



Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva y Social
Maestría en Salud Pública

**SOBRECARGA Y RESILIENCIA EN CUIDADORES INFORMALES DE ADULTOS
MAYORES DEPENDIENTES. PARROQUIA ANTONIO SPINETTI DINI, MÉRIDA –
VENEZUELA, 2023**

Bdigital.ula.ve

Autora:

Lic. Lizmery Abigail López Amesty

Tutor:

Prof. Dr. Joan Fernando Chipia Lobo

Mérida, enero 2024

C.C.Reconocimiento

Autor

Lizmery Abigail López Amesty

Lcda. en Enfermería. Universidad de Los Andes (ULA).

M.Sc. en Geriatria Gerontología y Envejecimiento. Instituto Internacional de Estudios Globales para el Desarrollo Humano, España.

Profesora de Gerencia de los servicios de enfermería. Escuela de enfermería. Facultad de Medicina, ULA

Tutor

Dr. Joan Fernando Chipia Lobo

Profesor Asociado de Bioestadística, Facultad de Medicina, ULA.

Editor jefe de la Revista GICOS, ULA.

Lic. en Educación mención Matemática, ULA.

M. Sc. en Educación mención Informática y Diseño Instruccional, ULA.

M. Sc. en Salud Pública, ULA.

Dr. En Ciencias Organizacionales, ULA

Bdigital.ula.ve

DEDICATORIA

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para lograr este objetivo, a mi abuela María García por su inquebrantable apoyo y guía a lo largo de este camino quien me ha enseñado a ser la persona que soy hoy, mis principios, valores, perseverancia y mi empeño.

También quiero dedicarle este trabajo a una persona que ya no está en mi vida. Pero que contribuyó para ser la persona que soy hoy, mi abuelo Roberto Rozo, gracias por tu paciencia, comprensión, empeño, por tu fuerza, por tu amor, que me diste hasta el último de tus días. Fuiste mi inspiración para llevar a cabo esta investigación. A mi madre quien no tuve la oportunidad de compartir mi vida con ella por designios de Dios, pero sé que siempre ha sido mi ángel protector.

A mi compañero de vida, Joan Fernando Chipia mi mayor apoyo y mi fuente inagotable de amor. Gracias por estar a mi lado en cada paso de este viaje académico. Tu aliento y comprensión han sido fundamentales en la culminación de este logro. Te dedico este trabajo con todo mi amor y gratitud.

A toda mi familia, mi padre Norberto López, mis hermanos Jean Franco y Angely mis pilares y mi mayor inspiración. Gracias por su amor incondicional y constante apoyo. A mis compañeros de estudio, a mis maestros y amigos, por su aliento y comprensión a lo largo de este desafiante camino académico.

AGRADECIMIENTO

Agradezco sinceramente a mi tutor por su incansable apoyo, orientación y sabiduría. Sus invaluable consejos y dedicación fueron fundamentales para la culminación de este trabajo. También quiero expresar mi gratitud a mis profesores, cuyo conocimiento y estímulo contribuyeron significativamente a mi formación. A mi familia, les agradezco por su amor incondicional y apoyo constante. A mis compañeros, por su amistad y colaboración en este camino académico.

Bdigital.ula.ve

**SOBRECARGA Y RESILIENCIA EN CUIDADORES INFORMALES DE ADULTOS
MAYORES DEPENDIENTES. PARROQUIA ANTONIO SPINETTI DINI, MÉRIDA –
VENEZUELA, 2023**

Autora: Lic. López Amesty, Lizmery Abigail

Tutor: Dr. Chipia Lobo, Joan Fernando

Fecha: diciembre, 2023

RESUMEN

Objetivo: analizar el nivel de sobrecarga y resiliencia en cuidadores informales, de adultos mayores dependientes, parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida, febrero-agosto, 2023. Metodología: estudio analítico, diseño trasversal de campo no experimental. Los instrumentos utilizados fueron: escala de Zarit (sobrecarga del cuidador), escala de Connor-Davidson (resiliencia del cuidador) e índice de Barthel (nivel de dependencia del adulto mayor). Muestra: 40 cuidadores informales, 40 adultos mayores dependientes. Resultados: cuidadores, femenino 80%, edad $48,95 \pm 9,37$ años; adultos mayores, sexo masculino 60%, edad $80,05 \pm 7,84$ años, nivel educativo: educación media completa 32,5 %. El 67,5 % no trabaja fuera de casa. 55% amas de casa, 75% con pareja estable. Los hijos cumplen el rol del cuidador (77,5%). El diagnóstico del adulto mayor fue enfermedades neurodegenerativas (42,5%), 47,5% presenta dependencia múltiple, grado de dependencia severa (índice de Barthel) 62,5%, tiempo de dependencia 61 a 120 meses (20%) y 49 a 60 meses (20%). El nivel de sobrecarga del cuidador fue intensa (82,5%). La resiliencia fue alta (72,5%). En las dimensiones se obtuvo persistencia-tenacidad-auto eficiencia (PTA) 100% nivel medio. Control bajo presión (CBP) 57,5% alta. Adaptabilidad y redes de apoyo (ARA) 72,5% alta. Control y propósito (CP) 67,5% alta. Espiritualidad (ESP) alta 80%. El 40% asumen la figura de cuidador desde hace 24 o menos meses, las horas diarias de cuidado 72,5% fue 8 a 16 horas. No se observó diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) con las variables sociodemográficas. 65% presenta resiliencia alta mientras que la sobrecarga es intensa. ARA el 70% alta con sobrecarga intensa con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Conclusiones: la sobrecarga del cuidador es intensa, con una resiliencia alta, la dependencia del adulto mayor es severa.

Palabras clave: carga del cuidador, adulto mayor, dependencia, resiliencia.

OVERLOAD AND RESILIENCE IN INFORMAL CAREGIVERS OF DEPENDENT OLDER ADULTS. ANTONIO SPINETTI DINI PARISH, MÉRIDA – VENEZUELA, 2023

Autora: Lic. López Amesty, Lizmery Abigail

Tutor: Dr. Chipia Lobo, Joan Fernando

Fecha: diciembre, 2023

ABSTRACT

Objective: to analyze the level of overload and resilience in informal caregivers of dependent older adults, Antonio Spinetti Dini parish, Mérida, February-August 2023. Methodology: analytical study, non-experimental cross-sectional field design. The instruments used were: Zarit scale (caregiver overload), Connor-Davidson scale (caregiver resilience) and Barthel index (level of dependency of the elderly). Sample: 40 informal caregivers, 40 dependent older adults. Results: caregivers, female 80%, age 48.95 ± 9.37 years; older adults, male 60%, age 80.05 ± 7.84 years, educational level: complete secondary education 32.5%. 67.5% do not work outside the home. 55% housewives, 75% with a stable partner. Children fulfill the role of caregiver (77.5%). The diagnosis of the older adult was neurodegenerative diseases (42.5%), 47.5% presented multiple dependence, degree of severe dependence (Barthel index) 62.5%, time of dependence 61 to 120 months (20%) and 49 at 60 months (20%). The level of caregiver overload was intense 82.5%. Resilience was high (72.5%). In the dimensions, persistence-tenacity-self-efficiency (PTA) was obtained at 100% medium level. Control under pressure (CBP) 57.5% high. Adaptability and support networks (ARA) 72.5% high. Control and purpose (CP) 67.5% high. Spirituality (ESP) high 80%. 40% have assumed the role of caregiver for 24 or less months, the daily hours of care for 72.5% were 8 to 16 hours. No statistically significant differences ($p > 0.05$) were observed with the sociodemographic variables. 65% have high resilience while the overload is intense. ARA 70% high with intense overload with statistically significant differences ($p < 0.05$). Conclusions: the caregiver's overload is intense, with high resilience, the dependency of the older adult is severe.

Keywords: caregiver burden, older adults, dependency, resilience.

TABLA DE CONTENIDO	pp.
Introducción	9
CAPÍTULO 1. PROBLEMA	11
Planteamiento del problema	11
Objetivos de la investigación	14
Justificación de la investigación	15
Alcances y limitaciones	17
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	18
Antecedentes	18
Bases teóricas	22
Bases legales	34
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO	36
Tipo y diseño del estudio	36
Variables de la investigación	36
Población y muestra	38
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	38
Procedimiento de recolección de datos	38
Análisis de datos	41
Consideraciones éticas	41
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	42
Resultados	42
Discusión	51
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
Conclusiones	57
Recomendaciones	58
REFERENCIAS	59
Anexo A. Consentimiento informado	66
Anexo B. Ficha de recolección de datos	67

LISTA DE TABLAS	pp.
Tabla 1. <i>Operacionalización de variables.</i>	37
Tabla 2. <i>Nivel educativo, trabaja fuera de casa, ocupación, pareja estable y parentesco de los cuidadores encuestados (frecuencia, porcentaje). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	44
Tabla 3. <i>Tipo de dependencia del adulto mayor (frecuencia, porcentaje). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	45
Tabla 4. <i>Grado de dependencia del adulto mayor (Índice de Barthel) (frecuencia, porcentaje). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	46
Tabla 5. <i>Tiempo de dependencia del adulto mayor (frecuencia, porcentaje). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	46
Tabla 6. <i>Nivel de sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes (Escala Zarit) (frecuencia, porcentaje). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	47
Tabla 7. <i>Tiempo de cuidado y horas diarias de cuidado (frecuencia, porcentaje). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	47
Tabla 8. <i>Niveles y dimensiones de resiliencia de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes (frecuencia, porcentaje). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	48
Tabla 9. <i>Relación entre las características sociodemográficas según sobrecarga de los cuidadores encuestados (frecuencia, porcentaje, Chi cuadrado). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	49
Tabla 10. <i>Relación entre resiliencia y dependencia según sobrecarga de los cuidadores encuestados (frecuencia, porcentaje, estadístico exacto de Fisher). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	50

LISTA DE GRÁFICOS	pp.
Gráfico 1. <i>Edad según sexo del cuidador del adulto mayor. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	42
Gráfico 2. <i>Edad según sexo del adulto mayor. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023</i>	43
Gráfico 3. <i>Diagnóstico primario del adulto mayor (%). Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.</i>	45

Bdigital.ula.ve

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial existe una tendencia global de envejecimiento de la población, siendo un elemento natural de la vida. Sin embargo, desde un punto de vista biológico, se observan diferentes cambios que pueden limitar la funcionalidad del adulto mayor. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define el envejecimiento como el resultado de la acumulación conjunta de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que ocasiona el descenso gradual de las capacidades físicas y mentales. Estos cambios no son lineales y difieren en cada persona. Por lo que cuidar será siempre indispensable para la sociedad.

Se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años (OMS, 2022); algunos de ellos son adultos mayores disfuncionales o dependientes debido a que, a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Además, las personas de la tercera edad son más vulnerables a diversas enfermedades y por lo tanto requieren una constante observación y atención médica.

No obstante, cuidar de un familiar que lo necesita puede ser una de las experiencias más gratificantes. Sin embargo, esta tarea no está libre de dificultades y problemas, pues afrontar con éxito las tareas del cuidado involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, que provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas. Por lo tanto, compromete la vida, la salud, el bienestar no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidado (Andreotti et al, 2018).

El cuidado de un familiar mayor dependiente constituye una situación de estrés crónico, cuyas implicaciones psicológicas han sido ampliamente documentadas en la literatura científica donde se han evidenciado las consecuencias negativas que la experiencia de asistencia tiene sobre el estado de salud mental del cuidador, destacando, entre otros efectos habituales, el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión, bajos niveles de bienestar y problemas físicos asociados al estrés (Crespo y Fernández-Lansac, 2015).

Sin embargo, muchos cuidadores se enfrentan con éxito a los estresores derivados del cuidado, e incluso obtienen beneficios de su experiencia, mostrándose resilientes. La resiliencia se definió como extensión física de un cuerpo ante una adversidad y la posterior vuelta a su ser evitando la deformidad. Más adelante, el concepto fue mejorado siendo la resiliencia el proceso de superación ante momentos difíciles con el objetivo de aprender de lo vivido y manejar habilidades para afrontar mejor la vida, es decir, una aspiración de superación continuo individual ante las adversidades del día a día de cada persona. También es un mecanismo de protección natural del individuo para disminuir los posibles factores de riesgo que le van surgiendo a lo largo de su vida (Soto-Fernández et al, 2021).

El estudio de la resiliencia en cuidadores surge de la observación de que ante una situación tan difícil como la de asistir a un familiar dependiente algunas personas se ven gravemente comprometidas, alterando su funcionamiento, mientras que otras, tienen que ajustar sus rutinas y se sienten psicológicamente afectadas, son capaces de asumir exitosamente su nuevo rol. Partiendo de esta premisa, el objetivo de esta investigación fue: analizar el nivel de sobrecarga y resiliencia en cuidadores informales, de adultos mayores dependientes, parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida, 2023.

Dentro de este orden de ideas se dan a conocer los pasos que estructuran el trabajo de investigación: Capítulo 1. Problema: planteamiento, formulación del problema, justificación de la investigación, objetivos, limitaciones. Capítulo 2. Marco Teórico: antecedentes y bases teóricas; Capítulo 3. Marco Metodológico: tipo y diseño, variables e hipótesis, población y muestra, técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos, análisis de datos. Capítulo 4. Resultados y discusión. Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sobrecarga del cuidador se refiere al estrés físico, emocional y mental que experimentan las personas que cuidan a familiares o seres queridos con enfermedades crónicas o discapacidades (Vega-Silva et al, 2023). La resiliencia, por otro lado, es la capacidad de adaptarse y recuperarse de situaciones estresantes. Los cuidadores pueden desarrollar resiliencia a través del apoyo social, el autocuidado, establecimiento de límites, y la búsqueda de recursos. Es importante reconocer la sobrecarga del cuidador y fomentar la resiliencia para promover la salud y el bienestar de quienes brindan cuidados a otros (Navarro-Abal et al, 2019).

Debido a que en los últimos años se ha incrementado la demanda de atención en salud siendo asociado a las enfermedades crónicas, estas son condiciones de larga duración y, por lo general, de progresión lenta, de alta prevalencia y no curable, siendo más frecuentes en la vejez y hasta el 80 % de las personas tienen al menos una de estas condiciones a partir de los 65 años (Christakis y Fowler, 2019).

Según la OMS (2022):

Las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Alrededor del 86% de todas las enfermedades crónicas ocurren en países de bajos y medianos ingresos, donde vive la mayoría de la población mundial y, por supuesto, afectan la calidad de vida de sus ciudadanos y los presupuestos destinados a la salud (p.1)

Por tal razón, los procesos de enfermedad de larga data, generan cambios en el enfermo y en aquellas personas que se encuentran a su alrededor, esto se debe a las atenciones continuas y demandantes que requiere el individuo dependiente, donde el cuidador se somete a múltiples cambios, para aprender a manejar la vida cotidiana y el nuevo rol que asumió; existiendo diversos factores que pueden influir y dar impacto en el cuidado como lo son la edad el grado de dependencia y discapacidad (Rondón, 2021).

Cabe destacar que, en el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Los países están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población. En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones (OMS, 2022).

Se vive más tiempo, pero con más discapacidad, en efecto, la discapacidad va en aumento. En gran medida, las enfermedades y las afecciones de salud que más muertes causan son las que provocan el mayor número de años de vida saludable perdidos. Las cardiopatías, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer de pulmón y la neumopatía obstructiva crónica provocaron en conjunto 100 millones más de años de vida saludable perdidos en 2019, en comparación con 2000 (OMS, 2020).

De tal manera, el cuidado de un anciano enfermo necesita de la dedicación de algún familiar cercano y casi siempre recae en una sola persona el cuidador principal. A este cuidador puede afectársele considerablemente su salud, debido a la sobrecarga emocional, física y hasta económica que requiere ese anciano enfermo (Andrionitti et al, 2018).

Fundamentalmente, el síndrome del cuidador indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado de una persona dependiente, es un trastorno caracterizado por un desgaste físico y psicológico de la persona que se asiste (Rondón, 2021). Pudiendo estar asociado a la responsabilidad que conlleva cuidar a una persona enferma debido a las diversas actividades constantes, como lo son la medicación, higiene, cuidados, alimentación, entre otras. Esto dependerá de la pérdida de independencia y adaptación a las necesidades del enfermo. Cabe decir, que dicho estado no se produce al tratar con situaciones puntuales, sino que es el resultado de un estrés continuo en la lucha diaria para ayudar a sobre llevar la enfermedad (Rondón, 2021).

En efecto, como una forma de intervención en el cuidador informal, se hace presente la resiliencia, que abarca aspectos informativos, comportamentales y emocionales. Siendo una capacidad universal que puede ser promovida a lo largo de los ciclos de vida, y que está vinculada con el desarrollo y crecimiento humano (Navarro et al., 2018). Cuando una persona se enfrenta a una situación adversa, de riesgo o traumática, lo hace de modo que pueda normalizar su vida sacando provecho de la experiencia, más no desarrollando patologías (Carretero, 2010). Sigue viviendo incluso en un nivel superior, como si la situación vivida hubiera desarrollado en ella recursos latentes e insospechados (Rodríguez y Ortunio, 2019).

Es oportuno señalar que la resiliencia es un constructo multidimensional de la personalidad. Desde un modelo salutogénico, se intentan destacar aquellos aspectos positivos del individuo (fortalezas humanas) que permiten hacer frente a las adversidades, adquirir un funcionamiento óptimo o aumentar la satisfacción (Mantilla y Vera ,2016). Además, al relacionar la resiliencia con los cuidadores de personas dependientes, esta se asocia a un mejor estado emocional y físico, a la percepción y afrontamiento, y a las características de la personalidad, más que a variables situacionales (Fernández-Lansac et al., 2012).

Se ha evidenciado por estudios a nivel internacional la preocupación por este tema. Según la OMS (2021) más de mil millones de personas viven en el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Como consecuencia, según datos del Banco Mundial para el año (2021) el 15 % de la población mundial, es decir, 1000 millones de personas, sufren algún tipo de discapacidad, y la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países en desarrollo. En Venezuela existen 4,5 millones de personas con alguna discapacidad.

La discontinuidad geográfica de Venezuela, está relacionado al fenómeno de migración donde la pirámide de población en el país será similar a naciones en guerra. En concreto, la población venezolana, es menor, porque casi 5 millones de personas dejaron el país desde el año 2015, pero también porque se incrementó el número de defunciones y se tiene un déficit de nacimientos. Además, la estructura demográfica cambió abruptamente por la pérdida de personas en edades

jóvenes, lo cual modificó los índices de envejecimiento y de carga demográfica. También, Venezuela perdió las ventajas del bono demográfico que suponían contar con el mayor volumen de población en edad de trabajar, que podía significar un factor de potenciación del desarrollo (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida [ENCOVI],2020)

De tal manera, la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre adultos mayores, y esto se debe al aumento a nivel mundial de enfermedades crónicas degenerativas que requieren un nivel de cuidado permanente, surgiendo la necesidad de estudiar aquella persona que cuida al enfermo. Considerando lo anterior, los adultos mayores que residen en la parroquia Antonio Spinetti Dini en conjunto de sus cuidadores, no escapan a esta realidad cultural, social y económica. Es así, como uno de los aspectos que incide directamente en las condiciones de vida de los cuidadores de adultos mayores, por lo que surge la necesidad de estudiar la sobrecarga y resiliencia en cuidadores informales de adultos mayores dependientes.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los cuidadores informales y adultos mayores dependientes, parroquia Spinetti Dini, Mérida, 2023?
- ¿Cuál es el diagnóstico, grado, tipo y tiempo de dependencia que posee el adulto mayor, de la parroquia Spinetti Dini, en el periodo indicado?
- ¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador informal y tiempo de cuidado de los adultos mayores dependientes, en el lugar y tiempo descrito?
- ¿Cuál es el nivel de resiliencia de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, de la parroquia mencionada en el 2023?
- ¿Cuál es la relación existente entre características sociodemográficas, resiliencia y grado de dependencia, en la sobrecarga del cuidador, parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida, 2023?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General

Analizar el nivel de sobrecarga y resiliencia en cuidadores informales, de adultos mayores dependientes, parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida, en el periodo febrero-agosto año 2023.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores informales y adultos mayores dependientes, en la parroquia Spinetti Dini, Mérida, 2023.
- Especificar el diagnóstico, grado, tipo y tiempo de dependencia del adulto mayor, parroquia Spinetti Dini, en el periodo indicado.
- Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador informal, y tiempo de cuidado de los adultos mayores dependientes, en el lugar y tiempo descrito.
- Determinar los niveles de resiliencia de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, de la parroquia mencionada en el 2023.
- Establecer la relación entre características sociodemográficas, resiliencia y grado de dependencia, en la sobrecarga del cuidador, parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida, 2023.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El cuidador tiene un rol significativo en la vida, de la persona a la que atiende, facilitando su día a día y ayudándola a superar las dificultades que su situación pueda presentar. El cuidado del sujeto dependiente requiere dedicación y supone un esfuerzo físico y emocional. Ayudar a la persona dependiente es una tarea difícil que, en muchas ocasiones, no está en manos sólo de los profesionales sanitarios, sino que, por lo general, recae también en la familia, ya que gran parte de la atención del adulto mayor tiene lugar en el domicilio.

Se hace necesario el estudio del cuidador ya que las actividades que ejecutan provocan impacto en su vida, generando cambios en su estado de salud debido a la sobrecarga, siendo esta una población desasistida que no es diagnosticada a tiempo ni que tampoco busca ayuda, esto se debe a que viven su vida para el otro y a pesar de sentir algún malestar es ocultado ya que sienten que no pueden abandonar su rol. La importancia de la realización de diferentes estudios con amplios abordajes de esta índole aporta la información necesaria para el diagnóstico de la situación actual del cuidador, lo que brinda la oportunidad de conocer el escenario por el que está pasando y así generar futuras intervenciones que ayuden a esta población desatendida.

Además, es importante resaltar los aspectos educativos, siendo una herramienta fundamental para en el manejo de los estresores que implican el cuidado, el cuidador al conocer que existe este fenómeno denominado sobrecarga observa la necesidad de aprender cómo lidiar con el mismo; también, al identificar la resiliencia del cuidador se pueden observar las dimensiones en la que se apoya para seguir adelante, y es allí donde basado en esa fortaleza servirá de impulso para mejorar su condición. De tal manera que al realizar este tipo de investigaciones el cuidador siente que es tomado en cuenta, a pesar de ser una fase diagnóstica demuestra la posibilidad de integración de la atención domiciliaria, los servicios de salud y la Universidad donde a través del trabajo en equipo se genera una integración para la captación del cuidador.

Así mismo, el trabajo se justifica a nivel teórico, porque se presenta una revisión de la literatura sobre el abordaje del cuidador diversos antecedentes que demuestran la situación por la cual esta población es afectada, encontrando múltiples abordajes con respecto al compromiso que implica el cuidado no solo el diagnóstico de la sobrecarga si no también la relación existente entre diversas variables como la ansiedad del cuidador, depresión, estrés y la diferencia del cuidado dependiendo la patología ya que algunas de ellas requieren de mayor asistencia. También investigaciones indican sobre la presencia del factor protector que utiliza el cuidador para seguir en pie denominado resiliencia, de allí que el aspecto teórico se hace fundamental para la fundamentación del trabajo.

A su vez, esta investigación busca contribuir con el conocimiento científico que siempre ha caracterizado a la Universidad de Los Andes, estimulando así el mejoramiento de la salud, lo cual redundará en la excelencia en la prestación de los servicios de salud y de la calidad de atención hacia los usuarios. De igual manera, se quiere contribuir con las comunidades a formar cada día un personal de salud preparado y saludable que pueda enfrentar de manera integral las situaciones laborales.

A nivel pragmático se justifica el estudio debido a que permitió generar la observación directa del fenómeno por el cual está pasando el cuidador enmarcado en el aspecto biopsicosocial; el cuidado de sí mismo y de su familiar, su entorno y su salud. Todos esos aspectos se pueden observar en el momento de estar en contacto con el cuidador aplicando los diferentes instrumentos.

Desde la perspectiva metodológica, servirá como antecedente para próximas investigaciones, además el hecho de tener los cuidadores captados servirá para futuras intervenciones, que podrán ser desarrolladas por el equipo de salud, por futuros investigadores o cualquiera que desee indagar sobre el fenómeno de estudio.

Desde el nivel institucional, en la Universidad de Los Andes este tipo de investigaciones y proyectos se realizan con la finalidad de identificar, resolver problemas que realmente aquejan a la población. Cabe agregar que la investigación se realizó bajo la línea de investigación de la Maestría en Salud Pública: educación para una cultura y vida saludable. Finalmente, esta investigación se considera viable debido a que conto con los recursos humanos, materiales y financieros aportados por el autor.

ALCANCES Y LIMITACIONES

En la investigación se logró obtener el nivel de sobrecarga con el que vive el cuidador informal. Aunado a la relación existente entre sobrecarga del cuidador y la resiliencia del mismo. De tal modo, la investigación consiguió la información sobre la situación actual del cuidador, convirtiéndolo en el diagnóstico previo que sirvió como base para la implementación de futuras intervenciones, enunciando la importancia que tiene la valoración previa para poder así dirigir las acciones específicamente en los aspectos donde se evidencian las necesidades.

Con respecto a las limitantes, en la recolección de los datos, fue una población difícil de captar debido a que no se encuentran concentrados en un solo sitio, sino que es dispersa, a través de la visita domiciliaria, también en las áreas de consulta, hospitalización, de diferentes centros de salud de la parroquia Spinetti Dini.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Irani et al. (2023) realizaron un estudio de análisis secundario de datos de 437 cuidadores informales con el objetivo de examinar si la resiliencia modera la asociación entre la sobrecarga de roles y los trastornos del sueño entre los cuidadores de personas con demencia está relacionada. Obtuvieron una edad media = 61,77 años, DE = 13,69) de personas con demencia en los Estados Unidos. Los datos de la ola de 2017 del Estudio Nacional sobre el Cuidado se analizaron mediante regresión múltiple con términos de interacción para evaluar el efecto de moderación de la resiliencia, mientras se controlaba la edad, la raza, el género, la educación, la autoevaluación de la salud, las horas de cuidado y la primaria de los cuidadores. estatus de cuidador. Una mayor sobrecarga de roles se asoció con una mayor alteración del sueño y esta asociación se atenuó entre los cuidadores con mayores niveles de resiliencia. Los hallazgos resaltan los efectos de la resiliencia para amortiguar el estrés en el contexto de alteraciones del sueño en cuidadores de personas con demencia. Las intervenciones para mejorar la capacidad de los cuidadores para recuperarse, resistir y recuperarse durante situaciones desafiantes pueden mitigar la sobrecarga de funciones y optimizar la salud del sueño.

Pérez (2022) realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la sobrecarga y resiliencia en cuidadores informales de pacientes con demencia en un hospital público de Lima. Método: correlacional de corte trasversal y no experimental. Se utilizó la escala de Zarit y la escala de resiliencia de Wagnild y Young. La población estuvo constituida por 120 familiares cuidadores de pacientes con demencia, con edades que oscilan entre los 18 a 77 años. Resultados: se encontró una relación moderada negativa significativa entre las puntuaciones totales de sobrecarga y resiliencia ($\rho = -.514$; $p < .001$). El 37.5% de la muestra total no presenta sobrecarga, el 35% sobrecarga intensa y el 27.5% sobrecarga leve. El 81.7% de la muestra total evidencia nivel alto de resiliencia, el 2.5% nivel medio y el 15.8% nivel bajo. La sobrecarga se relaciona negativamente con las dimensiones de resiliencia: perseverancia ($\rho = -.463$), sentirse bien solo ($\rho = -.461$),

confianza en sí mismo ($\rho = -.536$), ecuanimidad ($\rho = -.434$) y satisfacción personal ($\rho = -.426$). También, las tres dimensiones de Sobrecarga se relacionan negativamente con las cinco dimensiones de resiliencia. Conclusiones: Existe una relación moderada negativa significativa entre las puntuaciones totales de sobrecarga y resiliencia.

Mariezcurrana-Fernández et al. (2022) evaluaron la resiliencia y sobrecarga en cuidadores familiares de enfermos con demencias en Navarra. Metodología: se utilizó el cuestionario CD-RISC 10 (Connor-Davidson Resilience Scale), el cual mide el grado de resiliencia del paciente; formulario es la escala de carga del cuidador, y el cuestionario COPE-28, que evalúa las diferentes formas de respuesta ante el estrés. Resultados: el perfil más común del cuidador es una mujer de entre 50 y 60 años de edad, que lleva alrededor de 6 años cuidando a un enfermo de Alzheimer. Además, la mayoría de las personas encuestadas tienen resiliencia y sobrecarga medias, aunque los hombres obtuvieron mayor resiliencia (con significación estadística) y menor sobrecarga que las mujeres (sin ella). Respecto a la resiliencia, predominan las estrategias de aceptación, afrontamiento activo y planificación, de acuerdo con los resultados en CD-RISC-10, confirmados por los de COPE-28. Conclusiones: se ha conseguido ofrecer datos dirigidos a mejorar los enfoques de intervención psicológica en familiares cuidadores de enfermos con demencia, específicamente en el ámbito de Navarra, ya que establecen estrategias que COPE-28 ha probado que tienen correlación con la resiliencia. En definitiva, obtener evidencia científica sobre la que modificar los programas terapéuticos.

Rojas et al. (2022) determinaron el nivel de sobrecarga en cuidadores informales de personas mayores dependientes en un municipio del departamento de Córdoba- Colombia. Métodos: descriptivo transversal, se utilizó la escala de Zarit y una encuesta estructurada que se aplicó a 20 cuidadoras informales de personas mayores dependientes. Resultados: se evidenció que 100% de las cuidadoras pertenecen al sexo femenino, 95% de ellas vivía en estrato uno, 80% exteriorizó sobrecarga, de estas 50% presentó sobrecarga intensa, 30% sobrecarga leve y 20% ausencia de sobrecarga. Presentaron afectación en todas las dimensiones: física, psicológica y social. Expresaron un alto estado de agotamiento, cansancio, dolores de cabeza, sentir angustia, estrés y tener poco o ninguna red de apoyo familiar, social y del Estado en el desempeño de su labor. Conclusiones: se evidenció la sobrecarga y problemas de salud en los cuidadores.

Cipra (2022) realizó un estudio donde determinó la relación que existe entre la resiliencia y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con trastorno mental del hospital Víctor Larco Herrera 2021. El estudio fue de diseño no experimental, de alcance correlacional y corte transversal. La muestra estuvo constituida por 201 cuidadores informales de 18 a 75 años, a quienes se les aplicó el cuestionario de información general del cuidador informal y del paciente en tratamiento, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y la Escala de Sobrecarga de Zarit. Los resultados obtenidos mostraron que, existe relación moderada, inversa y altamente significativa entre la resiliencia y la sobrecarga emocional ($\rho = -.30$; $p < .001$); así como entre la resiliencia y las dimensiones impacto del cuidado ($\rho = -.28$; $p < .001$) y relación interpersonal ($\rho = -.24$; $p < .001$); no obstante, existe relación débil, inversa y significativa con la dimensión expectativas de autoeficacia ($\rho = -.22$; $p < .01$). En conclusión, a mayor nivel de resiliencia, menor sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con trastorno mental del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima 2021.

Rondón (2021) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre la sobrecarga, la calidad de vida y el funcionamiento familiar de los cuidadores de adultos discapacitados, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y de pacientes adscritos al Ambulatorio Urbano tipo III El Llano, del municipio Libertador del estado Mérida. Método: tipo correlacional, de campo no experimental y de corte transversal en 42 cuidadores de pacientes adultos discapacitados. Se utilizó el test de sobrecarga de Zarit, cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF(OMS), Apgar familiar e índice de Barthel. Resultados: 71,4% de sexo femenino, promedio de edad 41,45 años. La principal patología de los discapacitados fue por discapacidad motora. Se presentó sobrecarga en 83% de los cuidadores, 45% intensa y 38% leve, el 45% son familias moderadamente disfuncionales, existe una relación estadísticamente significativa entre la sobrecarga del cuidador y la calidad vida. Se evidenció que, a mayor sobrecarga, menor calidad de vida en las dimensiones salud física ($p = 0,0399$) y salud psicológica ($p = 0,002$). Conclusión: en los cuidadores de adultos mayores discapacitados se determinó sobrecarga, disminución de la calidad de vida y disfunción familiar.

Fajardo et al. (2020) identificaron el nivel de resiliencia en cuidadores formales e informales de adultos mayores en el hogar en Ibagué durante la pandemia del COVID-19. Mediante un estudio descriptivo y transversal con una muestra de 49 cuidadores formales e informales de adultos mayores en el hogar. Se aplicó la escala breve de afrontamiento resiliente (BRSC). Resultados: los cuidadores formales (69,4 %) y los cuidadores informales, en su mayoría familiares (30,6 %), tenían entre 18 y 30 años (65,30 %). Sus niveles de resiliencia fueron altos (16,3 %), moderados (61,3 %) y bajos (22,4 %). Hubo una asociación significativa entre el tipo de cuidador y el nivel de resiliencia ($p < 0,05$). Otras covariables estudiadas no mostraron una asociación significativa. Conclusiones: debido a las situaciones de estrés causadas por la atención durante el aislamiento social y el riesgo de muerte de los adultos mayores por COVID-19, la resiliencia es moderada en su mayoría.

Romero y Sánchez (2020) realizaron una investigación denominada sobrecarga del cuidador familiar en el cuidado del adulto mayor, Ambulatorio Urbano III "Belén", Mérida, Venezuela período octubre 2019 – marzo 2020. Objetivo: determinar la carga del cuidador familiar durante el desempeño de cuidado del adulto mayor, atendidos en el Ambulatorio Urbano III "Belén", de Mérida. Metodología: descriptiva con diseño de campo y de corte transversal a su vez la población de estudio la conformaron 23 cuidadores familiares. Resultados: los cuidadores familiares, fueron femenino con 65.21%, edades entre 36-45 años 43,79%, estado civil de unión libre 39,13%, tiempo de cuidados menor a 5 años en 52,19%, ocupación ama de casa en un 47,83%, parentesco esposa con un 43,48%, horas de cuidado al día de 24 horas con un 52,17%, grado de instrucción bachilleres 60,87%, con hijos de 1-2 47,83% y una precepción del estado de salud buena con un 52,17%. Los adultos mayores fueron en su mayoría de género masculino con 52,17% edades entre 60-65 años con un 43,48% estado civil casados con 47,87%, son adulto mayor dependientes en un 56,53%, y una precepción del estado de salud regular en un 86,96%. En la escala Zarit el grado de afectación física 56,52% y se evidenció una sobrecarga grave de un 56,52%. Conclusión: existe un nivel de sobrecarga grave en la mayoría de los cuidadores familiares de la comunidad Milla del estado Mérida.

Díaz (2019) realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación de la sobrecarga del cuidador según escala de Zarit en el cuidado de pacientes dependientes hospitalizados en las áreas

de la unidad de Medicina Interna del IAHULA. Método: descriptivo de corte transversal se aplicó el test de Zarit a 31 cuidadores informales de pacientes que se encontraban hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del IAHULA en Mérida. Resultados: 83,9% son del sexo femenino, 77% de los cuidadores femeninos presentan sobrecarga, 80% de los masculinos presentan sobrecarga, nivel de dependencia: 60% de los pacientes presentan incapacidad funcional severa (según escala de Barthel). Conclusiones: la mayor puntuación de Zarit está asociada a mayor edad del cuidador y número de horas semanales dedicadas al cuidado del paciente y no hubo correlación entre la puntuación Zarit y el tiempo que el sujeto lleva como cuidador o con el número de cuidadores a cargo del paciente.

BASES TEÓRICAS

Cuidado

El cuidado ha sido parte de la humanidad desde el principio de los tiempos; ha seguido la evolución del hombre y está inmerso incluso en las diferentes formas sociales. Cuidar de las personas ha sido un objetivo epistemológico en enfermería, basado en la promoción y recuperación de la salud. El cuidado relaciona cuerpo/mente y salud/enfermedad implica una relación y un proceso que tiene como objetivo ir más allá de la enfermedad (Silva, et al, 2009).

Cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional. Se habla del cuidado formal cuando los que lo brindan son los profesionales, y del cuidado informal o familiar cuando es realizado por allegados y amigos (De la Cuesta, 2007).

Es así como el cuidado va más allá de la atención médica, supone una relación horizontal, en la que participan, tienen responsabilidades y deberes, siendo una representación permanente y activa que comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados (De la Cuesta, 2007).

En cuanto al cuidado del adulto mayor, existe una responsabilidad significativa, una relación que implica paciencia, respeto y compromiso. En el cuidado del adulto mayor se deben realizar acciones que aseguren el cuidado físico, psicológico, social y espiritual de quien está siendo

cuidado (Da Silva, 2019). Al llegar a esta edad, el autocuidado se convierte en una variable importante para considerar; concepto asociado comúnmente con niveles de autonomía, independencia y responsabilidad personal. En algunas personas mayores se empieza a dificultar por diferentes enfermedades y por el tipo de red de apoyo que tengan (Pinilla, 2021).

El cuidar es complejo, se puede mencionar como componentes del cuidado: debe darse basado en el conocimiento para cuidar de una persona se necesita conocer su entorno y sus necesidades. Necesito conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones. Paciencia: la paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera, con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo, la paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento de cada persona. Sinceridad, en el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero, al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese, o como siente que debe ser. Si voy a ayudar a otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades de cambio (González et al, 2002).

Pero además de ver al otro como él es, debo también verme a mí como yo soy. Confianza: el cuidado implica confiar en el crecimiento de cada persona en el tiempo determinado. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje. Esperanza: existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado brindado. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades (González et al, 2002).

De tal manera que cuidar debe hacerse con amor, paciencia, convicción, pero además debe poseer un nivel de conocimiento, la teoría de Jean Watson, es la teoría del cuidado humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Filosofía de Jean Watson sostiene que el cuidado humano comprende; un compromiso moral (Proteger y realzar la dignidad humana;

va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión (mostrando interés profundo a la persona). El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado (Muñoz et al, 2009).

El cuidador

Se define como la persona que asiste o cuida algún afectado por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le impide desarrollar con normalidad las actividades vitales o relaciones sociales, haciéndose cargo, por cuenta propia o por encargo, de cuidar a esta persona con un grado de dependencia. Por lo tanto, el cuidador es considerado el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y especializados con el fin de satisfacer las necesidades de la persona cuidada, adquiriendo el compromiso de preservar la vida del otro (Rivas y Ostiguín, 2018).

En específico, se identifican cuatro tipos de cuidadores, dependiendo del tiempo y de la formación que posean. Según el tiempo destinado al cuidado, existen dos tipos de cuidadores, el principal y el secundario. El cuidador principal es el encargado de la mayor parte del cuidado de la persona, suele vivir en el mismo domicilio o muy cerca de este y tiene una relación familiar muy próxima; el cuidador secundario permanece la menor parte del tiempo a cargo del paciente, brindando el cuidado por pequeños lapsos (Gulayín, 2022).

Según la formación especializada, se distinguen el cuidador informal y el formal: el cuidador informal es una persona que muchas veces forma parte del entorno familiar y colabora en mayor o menor medida en el cuidado, pero no cuenta con una formación especializada; mientras que el cuidador formal tiene formación especializada o académica para asistir al enfermo, siendo reconocido económicamente (Pinzón y Carrillo, 2016).

De acuerdo con lo anterior, se conoce como cuidador principal informal a los que se encargan de realizar las tareas de cuidado de las personas que no son capaces de realizar por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria. Estas personas en su mayoría son familiares de la persona

dependiente, especialmente las mujeres. Se caracterizan por no tener una formación específica en dicho ámbito, no reciben remuneración económica por el trabajo realizado y no tienen un horario estipulado, dedicando la mayor parte de su tiempo a la tarea del cuidado (López, 2016).

Se ha evidenciado, al pasar los años las familias son menos numerosas, por lo que la tarea de cuidar a el individuo dependiente se divide entre un menor número de personas; este fenómeno, sumado a la incorporación de las mujeres al mundo laboral, hace que la tarea de cuidado de los sujetos dependiente se haga cada vez más difícil (Brodaty y Donkin, 2009).

Además, el cuidador principal se responsabiliza y encarga de proporcionar ayuda y cuidados que satisfagan las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona dependiente. De tal manera va asumiendo un rol para el que no está técnicamente capacitado y, generalmente, es una actividad forzada e invisible que no cuenta con una retribución económica ni con el adecuado reconocimiento social (Guato-Torres y Mendoza-Parra, 2022).

En efecto, poseen ciertas características comunes, prestan cuidados necesarios por muchos años y en largas jornadas diarias, con el fin de garantizar una mejor calidad de vida de la persona cuidada, además, en muchos casos, también realiza labores propias de mantenimiento del hogar, por lo que se asocia mayoritariamente a las mujeres, culturalmente vinculadas a los quehaceres domésticos (Pinzón y Carrillo, 2016). Estos cuidadores principales informales no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen, ni cuentan con capacitación para el cuidado, no obstante, tienen un fuerte compromiso para realizarlo, por el grado de afecto o parentesco que tienen con la persona cuidada. Lo anterior, implica que ellos mismos se plantean realizar el cuidado con mucha rigurosidad y sin límite de horarios, tratándose entonces de un apoyo informal, bondadoso y gratuito de familiares y/o allegados, aun cuando también pueden desempeñar este rol otros agentes o personas de redes que no pertenecen a la familia (Gulayín,2022).

El cuidador pasa por una serie de fases, que no aparecen en todos los pacientes ni se dan en el orden señalado, pero que se pueden resumir en: fase de perplejidad, de impotencia, de dualidad o ambivalencia; de adaptación o resignación; de cansancio y soledad, y finalmente de vacío o liberación al fallecer el paciente (Pérez et al, 1996).

Durante este proceso se puede observar la existencia intercalada de fases de esperanza seguidas o precedidas por otras de desánimo. En las fases de perplejidad, culpabilidad e impotencia está claramente disminuida la capacidad para tomar decisiones. Por ello es necesario que el cuidador haga un planteamiento objetivo de la realidad para poder enfrentarse correctamente a los problemas y aportar soluciones. Una de las primeras quejas de los cuidadores es el estrés emocional que tienen que soportar durante el largo proceso del diagnóstico y posteriormente la inadecuada comprensión de la naturaleza progresiva de la enfermedad que conlleva una negación de la enfermedad y más tarde un profundo sentido de pérdida y tristeza cuando la enfermedad progresa (Pérez et al, 1996).

El cuidador se siente desbordado por el problema. La salida puede ser no aceptar el proceso que, ante la falta de perspectivas de resolución o la incertidumbre sobre su futuro, genera gran ansiedad y depresión, que al asociarse al cansancio y agotamiento físico que conlleva el cuidado de estos pacientes y la falta de colaboración y apoyo social dificulta la resolución del problema y desencadena el denominado síndrome del cuidador (Pérez et al, 1996).

Sobrecarga del cuidador

En el ejercicio del cuidado surgen necesidades que el cuidador debe satisfacer a partir de la interacción con el entorno físico, social y cultural que le rodea, en un proceso continuo de asimilación y adaptación para mantener su propia salud. También presenta la necesidad de obtener recursos económicos y sociales adecuados o de planificar los cuidados, adaptar el entorno para asegurar el éxito de la labor, facilitar las tareas de cuidado, situaciones que, de ser resueltas, favorecen a mantener integralmente su propia salud (Sánchez et al, 2016).

La sobrecarga hace referencia a la valoración que hace el cuidador de los estresores que se asocian con el cuidar y su impacto, al conjunto de estresores primarios y secundarios asociados a los cuidados, al grado de implicación de los cuidadores en los cuidados, a las consecuencias que se derivan de cuidar sobre sus vidas (Lawton et al, 1989; Miller y Mc Fall, 1991; Pearlin, 1991; Zarit y Toseland, 1989; Zarit, 1996).

Miller y Montgomery (1990) y Zarit (1996) diferencian entre sobrecarga personal, referida a la valoración que hace el cuidador del grado en que sus actividades personales se encuentran limitadas, y sobrecarga interpersonal, que refleja la percepción que tiene el cuidador de las conductas problemáticas de la persona que cuida. Ambos autores han diferenciado entre sobrecarga objetiva, conceptualizada como el grado de dedicación a los cuidados y como impacto de los cuidados en la vida del cuidador; y sobrecarga subjetiva, que se refiere a la forma en la que el cuidador responde a la situación de cuidados, se define como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar y se relaciona con el grado en que el cuidador se siente agotado y percibe dificultades para manejar la situación de cuidados.

Para las personas que asumen el cuidado muchas veces aparece una serie de síntomas que dan lugar al síndrome del cuidador quemado. Este síndrome se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas, entre otros. Estas personas tienen sentimiento de culpa, dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, así como a sus amigos, para dedicarse plenamente a la tarea del cuidado; manifiestan también tristeza y tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad (Zambrano y Ceballos, 2007).

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Es un instrumento que valora el grado de sobrecarga que presentan los cuidadores de personas dependientes, siendo el más utilizado, pero no único; la versión original es en inglés desde 1983, siendo validada en varios idiomas incluyendo el español, son 22 afirmaciones tipo Likert de 5 opciones, que detallan como se siente el cuidador con cada una de ellas y que indicará la frecuencia con que se siente.

Escala de Zarit (todos los ítems): cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) y “sobrecarga intensa” (≥ 56). El

estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador (Mantilla y Vera ,2016).

Esta escala tiene una gran confiabilidad inter observador (coeficiente de correlación intraclase (CCI) 0,71 en su estudio original y en validaciones internacionales), consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países. Además de un índice Global de Carga; $r = 0,41$ con intervalos breves de síntomas. Con una sensibilidad de 93 % y una especificidad del 80% (Breinbauer et al, 2009).

Existe otra versión del mismo, la forma abreviada para cuidados paliativos validada en España, consta de 7 preguntas extraídas de la original, pero con la desventaja que no distingue “sobrecarga ligera” de “sin sobrecarga”. Siendo destacado como método de pesquisa para sobrecarga intensa, teniendo una sensibilidad de 100%, especificidad del 90.5%, valor predictivo positivo de 95.5% 100% de valor predictivo negativo (Breinbauer et al, 2009).

Escala de Zarit abreviada presenta 7 ítems. Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 16) y “sobrecarga intensa” (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador (Mantilla y Vera ,2016).

Resiliencia

La resiliencia es una variable que se considera protectora de la salud física y mental para estas personas, aunque todavía no se conocen completamente los factores asociados a esta entre familiares cuidadores. De este modo, avanzar en el conocimiento de estos factores permitiría mejorar, a su vez, los programas de intervención psicológica, ya que la inclusión del enfoque de resiliencia se ha demostrado que aporta beneficios (Mariezcurrera-Fernández, 2022).

Para García et al. (2016) la resiliencia es la presencia de una habilidad que se desarrolla durante la vida de un individuo y le permite enfrentar la adversidad y no causar disfunción o en su vida, pero puede mantener el equilibrio sin causar dificultades en su normal desenvolvimiento. La resiliencia se distingue de una serie de procesos intrapsicológicos y sociales que permiten una vida sana en

un entorno insalubre. Estos procesos se desarrollan con el tiempo en la relación del niño con su grupo familiar, social y cultural.

Entonces la resiliencia se puede describir como la capacidad de prepararse, recuperarse y adaptarse al estrés, el desafío o la adversidad. Cuando la persona es resiliente, puede recuperarse más rápido después de una situación difícil. Esto ayuda a compensar el desgaste prolongado que afecta no solo como persona, también a la familia y compañeros de trabajo. Al desarrollar mayor resiliencia, estará preparado, tendrá más flexibilidad y tomar mejores decisiones para mantener la calma en situaciones difíciles.

Luthar (2000) menciona que la resiliencia conduce a una buena adaptación en condiciones desfavorables, distinguiendo entre tres componentes esenciales como la adversidad, el trauma, el desarrollo del concepto de riesgos o amenazas al ser humano; adaptación positiva de los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que afectan a las personas o superan la adversidad y un proceso dinámico.

La resiliencia no significa no enfrentar situaciones difíciles. Significa tener la capacidad interior para tener la fuerza y el propósito de resolver y enfrentar cualquier circunstancia que surja. A medida que se aprenda y utilice las habilidades de gestión de la energía, aumentará la capacidad de reservas. De esta forma se dispone de más energía cuando se necesita. Si no se controla y utiliza la energía correctamente, se puede terminar agotado, lo que dificulta el manejo de la situación (Luthar, 2000).

Dimensiones de resiliencia

Según Connor y Davidson (2003)

Resiliencia espiritual: es la capacidad de producir respuestas ante la adversidad o situaciones traumáticas sin ningún síntoma característico de la patología, o a su vez sin verse afectado por habilidades vitales como un espíritu que se refiere a la capacidad de amar, perdonar o ayudar a los demás; y en presencia de un cuerpo sugestivo de funcionamiento saludable la práctica religiosa permite:

- Reconocido como persona.
- Regrese a la vida logrando un equilibrio significativo en su vida para lograr una aceptación y un ajuste completos.
- Descubrir el significado de la existencia.
- Disculpe la culpa.
- Mediación resolviendo asuntos pendientes y superando resentimientos.
- Una esperanza genuina que nos permite reforzar las gratificantes experiencias actuales.
- Amar y recibir amor para sentir la paz interior.

Persistencia, perseverancia, autoeficacia: definen la constancia como la capacidad de luchar y enfrentar la adversidad, de perseverar con una firme determinación de continuar, aunque todo parezca perdido, y a su vez son capaces de continuar donde otros ya se han rendido, perseverancia. Optimiza la salud de la persona con enfermedad crónica.

Adaptabilidad y redes de apoyo: se refiere a la flexibilidad para afrontar los cambios que se producen a lo largo de la vida de un objeto. La adaptabilidad es la adaptación al entorno social, la autoconfianza, la independencia, la adaptación del comportamiento al estilo de vida actual, contribuyendo a una comprensión realista de la vida.

Control bajo presión: control de las emociones e impulsos destructivos, autocontrol para resistir los altibajos emocionales, la capacidad de controlar la ansiedad, la capacidad de calmarse y consolarse.

Control y propósito: relacionado con un sentido de autonomía y autoeficacia, así como con la confianza de que el entorno puede controlarse hasta cierto punto, lo que les permite crear una visión clara del futuro. También se refiere a estar al 21 margen de los logros o pérdidas del momento y ver las cosas desde su perspectiva correcta, lo que les permite sentir dignidad y autoestima.

La resiliencia juega un papel importante porque aquí el individuo mide su propia fuerza en una variedad de desafíos y demandas, no solo académicas sino también psicosociales, evitando situaciones exigentes que lo lleven a situaciones dilemáticas en las que tiene que enfrentarse a sí mismo o ella misma para comprender mejor su potencial y capacidad para empoderarse, aprender y responder de manera efectiva mientras mantiene su salud mental y la confianza en su potencial y habilidades.

La escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)

Consta de 25 ítems, cada uno calificado en una escala de 5 puntos (0-4), y las puntuaciones más altas reflejan una mayor resiliencia. Evaluaron la confiabilidad, la validez y la estructura analítica factorial de la escala y se calcularon las puntuaciones de referencia para las muestras del estudio. Se examinó la sensibilidad a los efectos del tratamiento en sujetos de los ensayos clínicos. La escala demostró buenas propiedades psicométricas y el análisis factorial arrojó cinco factores. Un ANOVA de medidas repetidas mostró que un aumento en la puntuación CD-RISC se asoció con una mayor mejora durante el tratamiento. La mejora en la puntuación CD-RISC se observó en proporción a la mejora clínica general, observándose un mayor aumento en los sujetos con la mayor mejora global y un deterioro en la puntuación CD-RISC en aquellos con una mejora global mínima o nula. El CD-RISC tiene sólidas propiedades psicométricas y distingue entre aquellos con mayor y menor resiliencia. La escala demuestra que la resiliencia es modificable y puede mejorar con tratamiento, correspondiendo una mayor mejora a mayores niveles de mejora global (Connor y Davidson, 2003).

Envejecimiento

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar (OMS,2022).

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe mencionar la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la osteoartritis, las neumopatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y la demencia. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que se conocen habitualmente por el nombre de síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión (OMS,2022).

La edad y la situación de dependencia tienen una relación directa entre sí, en tanto que con el aumento de la edad se observa una mayor limitación en la capacidad funcional; sin embargo, también existen otras situaciones que ocasionan dependencia, como por ejemplo las situaciones de discapacidad y las enfermedades de tipo crónico (Pereira, 2003).

Agregando a lo anterior, los cambios epidemiológicos como el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y discapacidades físicas y psíquicas, generan un incremento en el número de personas con dependencia; aunque ésta no es una condición exclusiva de la población adulta mayor, su incidencia incrementa en edades avanzadas, por lo tanto, es un fenómeno que se ve influenciado con el cambio demográfico y se constituye como un reto en temas de políticas sociales, para hacer frente a las necesidades que se derivan del envejecimiento de la población. El aumento de personas dependientes, conlleva a la necesidad de cuidadores que asuman tareas básicas de cuidado y que ayuden a disminuir el impacto negativo que tiene la dependencia sobre la calidad de vida y bienestar. La responsabilidad de cuidar es asumida principalmente por

familiares, quienes se constituyen como la principal fuente de apoyo (Torres-Avenidaño et al, 2017).

Los ancianos constituyen un subgrupo de la población tradicionalmente discriminado en la sociedad y en algunas ocasiones por la medicina. El anciano, a diferencia de los adultos de menor edad, presenta mayor frecuencia de enfermedades crónicas e invalidantes. Pero lejos de ser una condición inevitable de la vejez, hoy en día se sabe que los problemas de salud que presentan los ancianos tienen sus propios factores de riesgo, siendo muchos de ellos susceptibles de intervención positiva, de manera que se contribuya a la corrección y disminución del riesgo de dependencia (Fiori et al, 2008; Vilches y Rodríguez, 2009).

El envejecimiento mundial está modificando la prevalencia de la discapacidad, ya que el riesgo de adquirir una deficiencia permanente que potencialmente genere discapacidad aumenta cada vez con los años. El envejecimiento mundial está modificando la prevalencia de la discapacidad, ya que el riesgo de adquirir una deficiencia permanente que potencialmente genere discapacidad aumenta cada vez con los años (Pinilla et al, 2021). El tema de discapacidad y envejecimiento lleva indefectiblemente a condiciones de salud como son el grupo de enfermedades neurodegenerativas, que inicialmente se presentan como trastorno neurocognitivo menor y más adelante comprometen en diferentes grados el funcionamiento, generando discapacidad (Pinilla et al, 2021).

Es un hecho que el aumento de las patologías a edades avanzadas, junto con otros factores (en los que se incluyen las barreras ambientales, familiares, situaciones de abandono, maltrato del adulto mayor, entre otras), generan situaciones de dependencia y discapacidad, provocando estados carenciales y situaciones de necesidad (Pinilla et al, 2021).

Dependencia

La dependencia es la incapacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria, que conlleva a necesidad de asistencia (Flores et al, 2012). Es esa necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, o, 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 ayudas importantes a fin de realizar los

actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (De la Fuente et al, 2012).

La discapacidad y la dependencia son situaciones conceptualmente próximas, pero no equiparables. Cada una de ellas determina unas condiciones concretas y diferenciadas, con limitaciones específicas para el individuo. Sin embargo, en la praxis diaria observamos que son términos comprendidos erróneamente por las personas (González-Rodríguez, 2017).

Las deficiencias pueden ser de las siguientes clases: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, de la audición, de la visión, viscerales, músculo esqueléticas, desfiguradoras y, finalmente, generalizadas, sensitivas y otras (González-Rodríguez, 2017).

Las discapacidades pueden ser de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una determinada aptitud y otras (González-Rodríguez, 2017).

La minusvalía se manifiesta en la orientación, la independencia física, la movilidad, la ocupación, la integración social, la autosuficiencia económica y otros factores. Son, por tanto, hándicaps para o en la participación social (González-Rodríguez, 2017).

Aproximadamente en el 70% de los casos, las personas con discapacidad son cuidadas por familiares, y en el 80% son las mujeres quienes brinda este cuidado, principalmente en edades avanzadas. este rol es asumido por voluntad, necesidad u obligación. Sin recibir capacitación y sin tener experiencia. Estas personas no solo asumen la responsabilidad del cuidado, sino también de las decisiones que involucran el bienestar y el cubrimiento de las necesidades básicas del sujeto de cuidado (Rosina, et al,2013).

Índice de Barthel

Publicada por Mahoney y Barthel (1965), este instrumento de evaluación funcional se convirtió en la escala más ampliamente divulgada y utilizada en la medición de la incapacidad física en pacientes geriátricos. En la actualidad es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica

de Geriátría para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en la persona mayor. Esta escala de valoración se utiliza principalmente en el campo de la Rehabilitación y de la Geriátría, así como en el ámbito de los ingresos residenciales (González-Rodríguez, et al 2017).

Recoge 10 ítems a valorar que incluyen ocho grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales (deposición y micción). Cada ítem puntúa 0, 5 o 10 puntos en función del desempeño de la persona valorada. La escala varía entre cero puntos (dependencia máxima) y 100 puntos (independencia). Un valor en la puntuación por debajo de 60 indica que la persona necesita supervisión o ayuda. Una puntuación de 35 o menor indica que hay incapacidad funcional importante. A partir de la versión original aparecieron otras versiones, existiendo una versión de 20 puntos y una de 10, incluso una versión del Índice de Barthel de tres ítems (González-Rodríguez, et al 2017).

BASES LEGALES

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Capítulo V de los Derechos Sociales de la Familia en el Art. 75 establece: “El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia”.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 80 afirma: el Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de los familiares y la sociedad está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantiza atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida.

El artículo 83 de la Constitución, dice: la salud es un derecho social, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en

su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

La Ley Orgánica de Salud de Venezuela (1998) tiene disposiciones específicas relacionadas con la salud del adulto mayor. El Artículo 84 de esta ley establece que el Estado garantizará programas de atención integral para las personas de la tercera edad, con el fin de promover su bienestar físico, mental y social. Estos programas incluirán servicios de salud, atención domiciliaria, centros de día, actividades recreativas y culturales, así como medidas para prevenir el maltrato y la discriminación hacia este grupo poblacional.

Ley orgánica para la atención y desarrollo integral de las personas adultas mayores (2021)

Capítulo I. Disposiciones Generales

Artículo 1. Esta Ley tiene por objeto garantizar el respeto a la dignidad humana de las personas adultas mayores y el pleno ejercicio de sus derechos y garantías, el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades, reconociendo su autonomía y libre desenvolvimiento de la personalidad, a través de la atención integral que deben brindarle el Estado, las familias y la sociedad para asegurar su buen vivir, bienestar, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable, activo, digno y feliz.

Igualdad y equidad de género; Artículo 6. El Estado, las familias y la sociedad deben promover, respetar y garantizar la igualdad y equidad de género en las personas adultas mayores. A tal efecto, las políticas, planes y acciones dirigidas a las personas adultas mayores deben adoptar todas las medidas necesarias y adecuadas para asegurar que la igualdad y equidad de género sea real y efectiva.

El objeto garantizar el respeto a la dignidad humana de las personas adultas mayores y el pleno ejercicio de sus derechos y garantías, el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades, reconociendo su autonomía y libre desenvolvimiento de la personalidad, a través de la atención integral que deben brindarle el Estado, las familias y la sociedad para asegurar su buen vivir, bienestar, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable, activo, digno y feliz.

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

ENFOQUE, TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo de tipo analítico, diseño no experimental de campo y de corte transversal.

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Características sociodemográficas del cuidador informal

- Edad.
- Sexo.
- Pareja estable.
- Parentesco.
- Nivel educativo.
- Situación laboral.

Características sociodemográficas del adulto mayor

- Edad.
- Sexo.
- Diagnóstico.

Dependencia del adulto mayor

- Diagnóstico
- Grado de dependencia.
- Tipo de dependencia
- Tiempo de dependencia.

Sobrecarga del cuidador informal

- Nivel de sobrecarga.
- Tiempo de cuidado.

Resiliencia del cuidador informal

- Nivel de resiliencia.
- Dimensiones de la resiliencia: aceptación positiva del cambio, competencia personal, control bajo presión, espiritualidad.

Tabla 1. Operacionalización de variables.

Objetivo general: Analizar el nivel de sobrecarga y resiliencia en cuidadores informales, de adultos mayores dependientes, parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida, 2023.

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Secciones del instrumento
Describir las características sociodemográficas de los cuidadores informales y adultos mayores dependientes, parroquia Spinetti Dini, Mérida, 2023.	Características sociodemográficas del cuidador	Edad, sexo, pareja estable, parentesco, nivel educativo, situación laboral.	Porcentajes, frecuencias, media, desviación estándar	Sección A
	Características sociodemográficas del adulto dependiente	Edad Sexo		Sección B
Especificar el diagnóstico, grado, tipo y tiempo de dependencia del adulto mayor, parroquia Spinetti Dini, Mérida, 2023.	Diagnóstico	Neurodegenerativas, Cáncer, ACV, Fx.	Porcentajes, Frecuencias.	Sección C. Índice de Barthel
	Grado de dependencia. Tipo de dependencia	Total, severa, moderada, leve. Múltiple, motora, cardiovascular, neuromusculoesquelética		
Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador, y tiempo de cuidado de adultos mayores dependientes, en el lugar descrito, 2023	Nivel de sobrecarga del cuidador Tiempo de cuidado	Meses	Porcentajes, Frecuencias.	Sección D. Escala de Zarit
		No sobrecarga Sobrecarga leve Sobrecarga intensa		
Determinar los niveles de resiliencia de los cuidadores de adultos mayores dependientes, parroquia Spinetti Dini, en el tiempo establecido.	Nivel de resiliencia Dimensiones de resiliencia	Meses	Porcentajes, frecuencias, media, desviación estándar.	Sección E. Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
		- Aceptación positiva del cambio: bajo, medio, alto. - Competencia personal: bajo, medio, alto. - Control: bajo, medio, alto. - Espiritualidad: Bajo, medio, alto.		
Establecer la relación entre características sociodemográficas, resiliencia y grado de dependencia, en la sobrecarga del cuidador, parroquia Spinetti Dini, Mérida, 2023.	Características sociodemográficas, resiliencia, grado de dependencia, sobrecarga del cuidador.		Chi-cuadrado Estadístico exacto de Fisher	Todas las secciones

Fuente: la autora (2023).

HIPÓTESIS

Las características sociodemográficas, resiliencia y grado de dependencia, influyen en la sobrecarga del cuidador, parroquia Spinetti Dini, Mérida, 2023.

POBLACIÓN

Estuvo conformada por los cuidadores de adultos mayores dependientes encontrados en la parroquia Spinetti Dini del estado Mérida, Venezuela, en el periodo febrero- agosto año 2023.

Según datos de la Dirección regional de salud integral fueron de 113 para el año 2021.

MUESTRA

Se aplicó un método de muestreo no probabilístico a conveniencia, incluyendo a 40 cuidadores informales y 40 adultos mayores dependientes, esto se debe a limitaciones de recursos. Tomando en cuenta:

Criterios de inclusión:

- Cuidador primario informal, mayores de 18 años que voluntariamente aceptaron ser parte de esta investigación.
- Cuidadores que tengan un tiempo igual o mayor a seis meses en el cuidado de algún adulto mayor, independientemente de la patología o grado de dependencia.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores de infantes discapacitados.
- Cuidadores secundarios.
- Cuidadores formales.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las *técnicas* utilizadas fueron la encuesta y la observación.

Instrumento

Ficha de recolección de datos con ítems de respuestas cerradas y abiertas que estarán divididas en:

Sección A. Datos sociodemográficos del cuidador.

Sección B. Datos sociodemográficos del adulto mayor.

Sección C. Índice de Barthel.

Sección D. Escala de sobrecarga de Zarit.

Sección E. Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).

Índice de Barthel (1965)

Es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia (Mahoney y Barthel, 1965).

El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos versión original. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario, cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia.

0 – 20: Dependencia total

21 – 60: Dependencia severa

61 – 90: Dependencia moderada

91 – 99: Dependencia escasa

100: Independencia

El índice de Barthel posee una confiabilidad en los coeficientes de consistencia interna pura Alpha Ordinal [Alpha=0.98, CI95% (0.96-0.98)] y Omega ordinal [Omega=0.99 CI95% (0.96-0.99)], y correcto ajuste [$\chi^2(35) = 49.28$, $p=0.06$, CFI=0.99, RMSEA=0.03 (IC95% 0,0.06) (Duarte-Ayala y Velasco-Rojano, 2022).

Test sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit, 1982)

En la escala de Zarit se exploran diferentes campos según las preguntas: los aspectos de sobrecarga, el abandono del autocuidado tanto en salud como en imagen, la vergüenza ante el comportamiento del enfermo, la irritabilidad ante la presencia del enfermo, el miedo por los cuidados o el futuro familiar, la pérdida de rol social y familiar a asumir los cuidados del familiar y el sentimiento de culpabilidad por no hacer lo suficiente.

La información se recolectó a través del instrumento: sobrecarga del cuidador de Zarit y Zarit, instrumento tipo formulario es anónimo, el cual se responde bajo consentimiento informado, contiene 22 preguntas tipo Likert con rango de respuesta de 1 a 5 (nunca, casi nunca, a veces, muchas veces, casi siempre). Rango de respuestas:

No sobrecarga: menor de 46

Sobrecarga leve: de 46 a 56

Sobrecarga intensa. mayor de 56

La escala en su versión original fue tomada para determinar la sobrecarga del cuidador primario. Posee un 100% de sensibilidad, 90,5% de especificidad, 95,5% de valor predictivo positivo (VPP) y 100% valor predictivo negativo (VPN) frente al diagnóstico de sobrecarga intensa (según EZ original), convirtiéndose en una excelente herramienta de pesquisa (Breinbauer et al, 2009).

Escala de Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) para evaluación de Resiliencia, elaborada por Connor y Davidson en el 2003, con 25 ítems que siguen un formato de puntuación tipo Likert de 5 puntos (desde 0 = nada de acuerdo hasta el 4 = totalmente de acuerdo con cada una de las afirmaciones), por lo que el rango total de la escala va de 25 a 100. El constructo se compone de cinco factores:

Persistencia-tenacidad-autoeficacia (*ítems: 10-12, 16, 17, 23-25*);

Control bajo presión (*6, 7, 14, 15, 18, 19, 20*);

Adaptabilidad y redes de apoyo (*1, 2, 4, 5, 8*);

Control y propósito (*13, 21, 22*)

Espiritualidad (*3, 9*).

Las puntuaciones de cada ítem se suman y se interpreta que, las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia y las más bajas menos resiliencia. Las puntuaciones totales en la escala toman valores entre 0 y 100.

La variable resiliencia fue categorizada de acuerdo a los valores del primer y tercer cuartil como:

Baja, si la resiliencia es menor que 25.

Media si los valores de resiliencia están entre 25 y 75.

Alta para puntajes superiores a 75.

La escala original de Connor y Davidson presenta un alpha de Cronbach total de 0.89 y una confiabilidad test-retest 0.87.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1) En la Parroquia Antonio Spinetti Dini funcionan dos centros de salud importantes: el Ambulatorio Urbano III Venezuela y el Hospital II Sor Juana Inés de la Cruz. A través de estos centros de salud, y de la visita domiciliaria, se realizó la captación de los cuidadores que asisten en compañía de sus adultos mayores a las diferentes consultas de medicina de familia, medicina

interna, rehabilitación, y otras especialidades que se relacionan en apoyo y atención de los adultos mayores durante el periodo febrero- agosto año 2023.

2) Se tomaron en cuenta los criterios de inclusión, para realizar la entrevista y así identificar a el cuidador principal con un tiempo igual o mayor de 6 meses de cuidado, se aplicó el instrumento, previamente se dio una explicación sobre el estudio y la posterior aplicación del consentimiento informado como aceptación y autorización para participar en el mismo.

3) Se le explicó al cuidador en que consiste la escala de Zarit y Escala de Connor-Davidson Resilience Scale, como llenarla, no influyendo en las respuestas para garantizar la veracidad de las mismas. Así mismo, se utilizó el índice de Barthel para definir el grado de dependencia del adulto mayor.

ANÁLISIS DE DATOS

Se halló descriptivamente frecuencia, porcentaje, media aritmética, mediana, desviación estándar, error estándar de la media. Inferencialmente se realizarán contrastes de hipótesis por medio de Chi-cuadrado y estadístico exacto de Fisher a un nivel de confianza del 95%, en otras palabras, si $p\text{-valor} < 0,05$, indica diferencias estadísticamente significativas. Para el procesamiento de datos y cálculo se utilizará el software estadístico IBM SPSS para Windows versión 27.0.

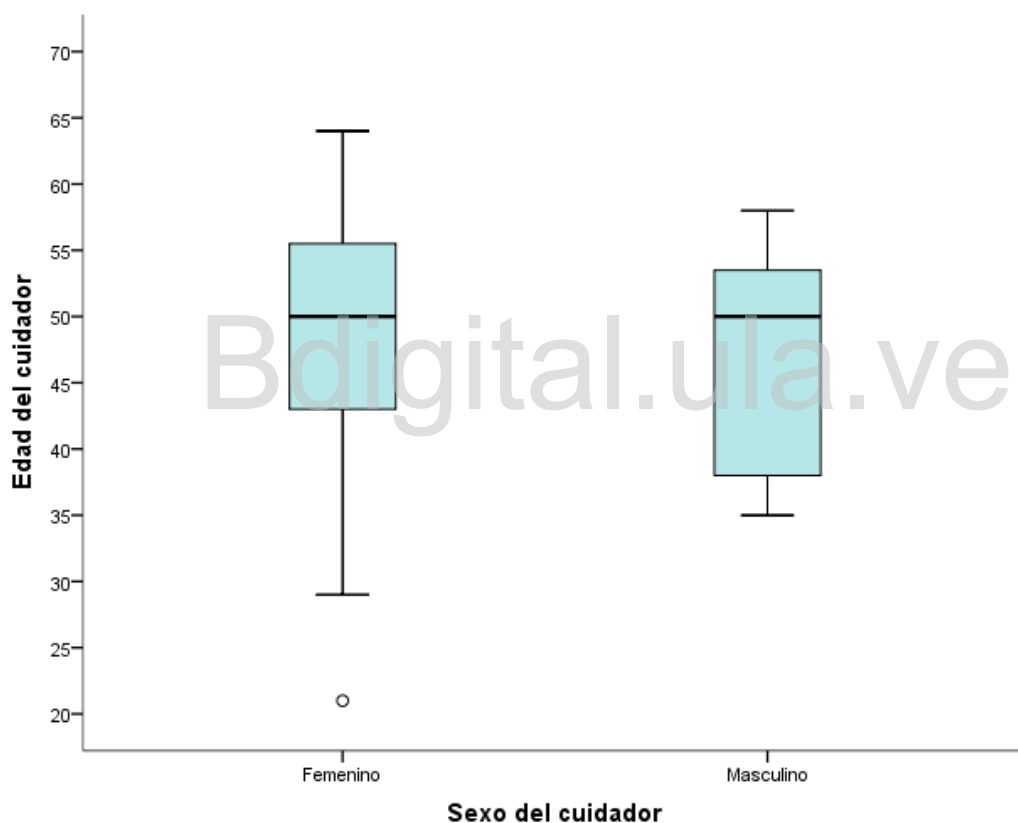
CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación cumplió con las normas éticas establecidas en la Asociación Médica Mundial (2013) en 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, basándose en la Declaración de Helsinki para preservar su integridad al momento de suministrar los datos. Por estas razones, en el presente trabajo se tomaron las siguientes consideraciones éticas: a) Obtener el consentimiento informado por parte de los cuidadores; b) Garantizar la confidencialidad; c) Utilizar la información obtenida solo con fines de investigación; d) Utilizar un instrumento de recolección de datos bajo criterios científicos.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

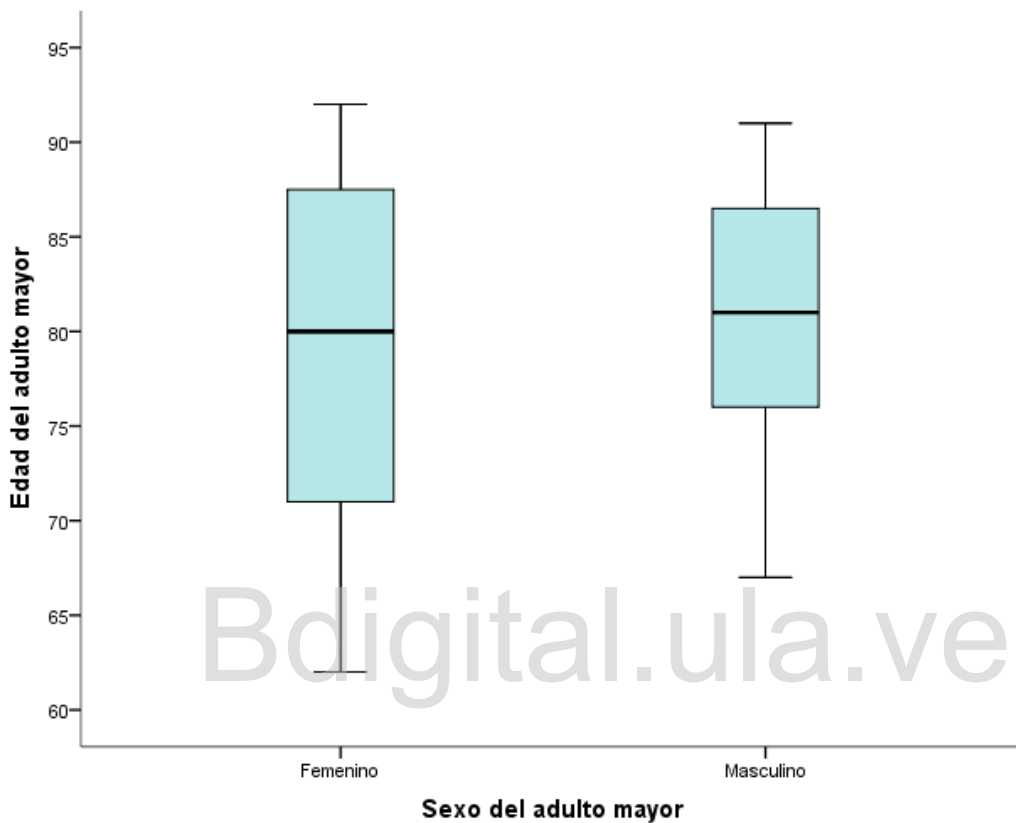
La muestra estuvo conformada por 40 cuidadores y 40 adultos mayores. En el grupo de cuidadores se distribuyeron en femenino 80% (n=32), masculino 20% (n=8). En cuanto a la edad, estuvo entre 21 y 64 años, media aritmética (48,95 años), mediana (50 años), desviación estándar (9,37 años); en femenino la media (49,44 años) y desviación típica (9,575 años) y en masculino (47,0 años) y desviación típica (8,816 años) (ver gráfico 1).



Fuente: cálculos propios.

Gráfico 1. Edad según sexo del cuidador del adulto mayor. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.

La distribución de los adultos mayores según sexo, fue femenino 40% (n=16), masculino 60% (n=24). Con respecto a la edad, estuvo entre 62 y 92 años, media aritmética (80,05 años), mediana (81 años), desviación estándar (7,84 años); en femenino la media (79,13 años) y desviación típica (9,45 años) y en masculino (80,67 años) y desviación típica (6,716 años) (ver gráfico 2).



Fuente: cálculos propios.

Gráfico 2. *Edad según sexo del adulto mayor. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.*

En la tabla 2 se observó el nivel educativo de los cuidadores comprendido en: educación media completa 32,5 % (n=13), seguido de universitario y media incompleta con el 27,5 % (n=11), y educación primaria con 12,5% (n=5). Además, el 67,5 % (n=27) refieren no trabajar fuera de casa y el 32,5 % (n=13) trabaja fuera de casa. El tiempo en el trabajo fue de 24 a 30 horas semanales 20% (n=8) y el 12,5 % (n=5) refieren trabajar de 16 a 23 horas semanales. Con respecto a la ocupación el 55% (n=22) de los cuidadores son amas de casa. El 75% de los cuidadores (n=30) tiene pareja estable. Además, se evidenció que el 77,5 (n=31) son hijos quienes cumplen el rol del cuidador del adulto mayor dependiente.

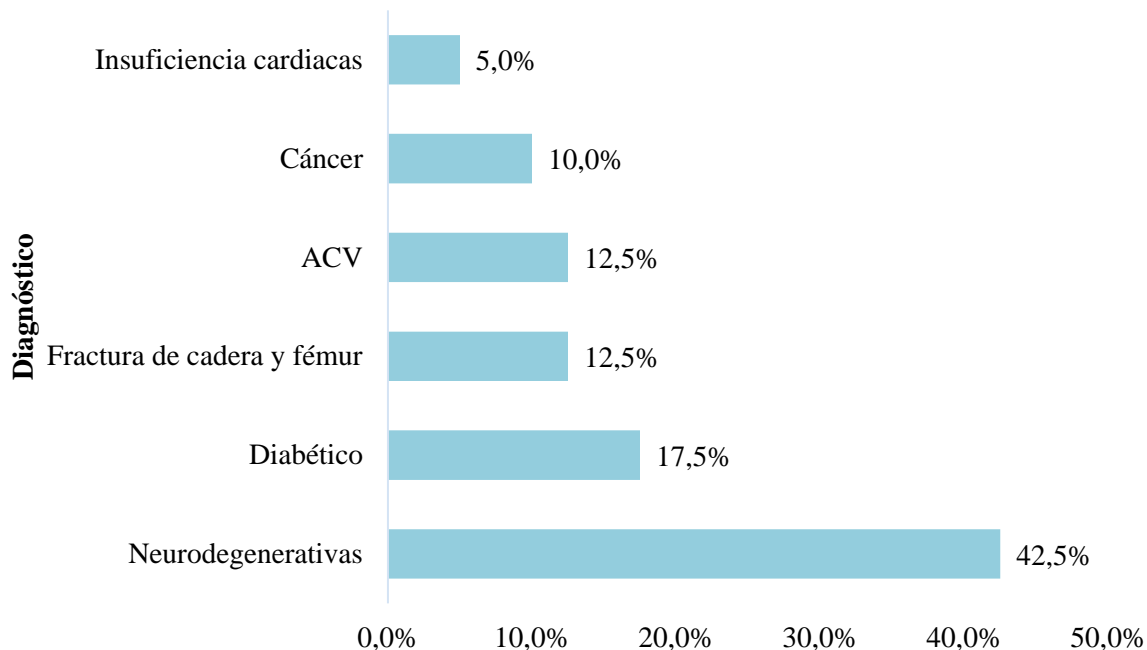
Bdigital.ula.ve

Tabla 2. Nivel educativo, trabaja fuera de casa, ocupación, pareja estable y parentesco de los cuidadores encuestados. Frecuencia y porcentaje. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.

<i>Nivel educativo</i>	<i>Frecuencia</i> <i>N=40</i>	<i>Porcentaje</i> <i>%=100,0</i>
Primaria	5	12,5
Media incompleta	11	27,5
Media completa	13	32,5
Universitario	11	27,5
<i>Trabaja fuera de casa</i>		
No	27	67,5
Sí	13	32,5
<i>Tiempo de trabajo (horas/semana)</i>		
No aplica	27	67,5
16 a 23	5	12,5
24 a 30	8	20,0
<i>Ocupación</i>		
Ama de casa	22	55,0
Obrero	6	15,0
Docente	6	15,0
Ninguna	5	12,5
Comerciante	1	2,5
<i>Pareja estable</i>		
Sí	30	75,0
No	10	25,0
<i>Parentesco</i>		
Hijo/a	31	77,5
Esposo/a	3	7,5
Hermano/a	3	7,5
Nieto/a	2	5,0
Nuera	1	2,5

Fuente: cálculos propios.

En el gráfico 3 se representaron los diagnósticos primarios encontrados en los adultos mayores, el 42,5% fueron enfermedades neurodegenerativas, el 17,5% son diabéticos, un 12,5% presentaron fracturas de tipo cadera y fémur, también un 12,5% presentan ACV además un 10% cursa con algún tipo de cáncer, y 5% insuficiencias cardiacas.



Fuente: cálculos propios.

Gráfico 3. Diagnóstico del adulto mayor. Porcentaje. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.

En la tabla 3 se menciona los tipos de dependencia encontrados en los adultos mayores, 47,5% presenta dependencia múltiple, 30% dependencia motora, 20% neuromusculoesquelética y 2,5% cardiovascular.

Tabla 3. Tipo de dependencia del adulto mayor. Frecuencia y porcentaje. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.

Tipo de dependencia	Frecuencia	%
Múltiple	19	47,5
Motora	12	30,0
Neuromusculoesquelético	8	20,0
Cardiovascular	1	2,5
Total	40	100,0

Fuente: cálculos propios.

En la tabla 4 se observó el grado de dependencia del adulto mayor, donde el 62,5% (n=25) presentaron dependencia severa, el 27,5% (n=11) dependencia total y un 10% (n=4) dependencia moderada.

Tabla 4. *Grado de dependencia del adulto mayor (Índice de Barthel). Frecuencia y porcentaje. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.*

<i>Índice de Barthel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Dependencia moderada	4	10,0
Dependencia severa	25	62,5
Dependencia total	11	27,7
Total	40	100,0

Fuente: cálculos propios.

En la tabla 5 se observa el tiempo de dependencia del adulto mayor observándose el 40% corresponde de 49 a 120 meses en dependencia. El 17,5% 25 a 36 meses. Un 15% de 13 a 24 meses, el 12,5% 37 a 48 meses y 10% 12 meses o menos.

Tabla 5. *Tiempo de dependencia del adulto mayor. Frecuencia y porcentaje. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.*

<i>Tiempo (meses)</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
12 o menos	4	10,0
13 a 24	6	15,0
25 a 36	7	17,5
37 a 48	5	12,5
49 a 60	8	20,0
61 a 120	8	20,0
121 a 180	2	5,0
Total	40	100,0

Fuente: cálculos propios.

Bdigital.ula.ve

En la tabla 6 se identifica el nivel de sobrecarga del cuidador donde el 82,5% (n=33) presenta sobrecarga intensa.

Tabla 6. Nivel de sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes (Escala Zarit). Frecuencia y porcentaje. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.

<i>Escala Zarit</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin sobrecarga	1	2,5
Leve	6	15,0
Intensa	33	82,5
Total	40	100,0

Fuente: cálculos propios.

En la tabla 7 se especifica el tiempo de cuidado, se obtuvo que el 40% (n=16) asumen la figura de cuidador principal desde hace 24 o menos meses. El resto 60% tienen más de 25 meses aplicando la función del cuidador. Las horas diarias de cuidado comprendieron el 72,5% (n=29) 8 a 16 horas de cuidado, el 27,5% (n=11) mayor a 16 horas.

Tabla 7. Tiempo de cuidado y horas diarias de cuidado. Frecuencia y porcentaje. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.

<i>Tiempo de cuidado (meses)</i>	<i>Frecuencia</i> <i>N=40</i>	<i>Porcentaje</i> <i>%=100,0</i>
24 o menos	16	40,0
25 a 48	12	30,0
49 o más	12	30,0
<i>Horas diarias de cuidado</i>		
8 a 16	29	72,5
>16	11	27,5

Fuente: cálculos propios.

En la tabla 8 se observó los niveles de resiliencia. El 72,5% (n=29) de los cuidadores presentaron resiliencia alta. Con respecto a las dimensiones se obtuvo en persistencia-tenacidad-auto eficiencia

(PTA) el 100% (n=40) fue media. Control bajo presión (CBP) se identificó alta 57,5% (n=23). Adaptabilidad y redes de apoyo (ARA) el 72,5% alta. Control y propósito (CP) con 67,5% (n=27) alta. Espiritualidad (ESP) alta 80% (n=32).

Tabla 8. Niveles y dimensiones de resiliencia de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes. Frecuencia y porcentaje. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto, 2023.

<i>Resiliencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Media	11	27,5
Alta	29	72,5
<i>PTA</i>		
Media	40	100,0
<i>CBP</i>		
Media	17	42,5
Alta	23	57,5
<i>ARA</i>		
Media	11	27,5
Alta	29	72,5
<i>CP</i>		
Media	13	32,5
Alta	27	67,5
<i>ESP</i>		
Media	8	20,0
Alta	32	80,0

Fuente: cálculos propios.

En la tabla 9 se observa la relación entre características sociodemográficas según sobrecarga de los cuidadores, con respecto al sexo y la edad de 43 a 64 años y los que tenían pareja estable el 67,5% presentaron sobrecarga intensa. En efecto los que tienen nivel educativo medio completo 27,5% (n=8) fueron en los que se encontró sobrecarga intensa. También con respecto al parentesco los hijos 62,5% (n=15) presentan sobrecarga intensa. Con relación a la ocupación las amas de casa tienen sobrecarga intensa 45% (n=18). Aquellos que no trabajan fuera de casa 55% (n=22) se evidencia sobrecarga intensa. Con respecto al tiempo de cuidado los que tienen 24 o menos meses

32,5% (n=13) presentaron sobrecarga intensa. Además, las horas de cuidado de 8 a 16 horas 60% (n=24) la sobrecarga fue intensa. No se observó diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$).

Bdigital.ula.ve

Tabla 9. Relación entre las características sociodemográficas según sobrecarga de los cuidadores encuestados. Frecuencia, porcentaje y Chi-cuadrado. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.

		Zarit		Total	p-valor			
		Sin / leve	Intenso					
Sexo del cuidador (*)	Femenino	N°	5	27	32	,611		
		%	12,5	67,5	80,0			
	Masculino	N°	2	6	8			
		%	5,0	15,0	20,0			
Edad del cuidador (*)	21 a 42	N°	1	8	9	1,000		
		%	2,5	20,0	22,5			
	43 a 64	N°	6	25	31			
		%	15,0	62,5	77,5			
Pareja estable (*)	Sí	N°	5	25	30	1,000		
		%	12,5	62,5	75,0			
	No	N°	2	8	10			
		%	5,0	20,0	25,0			
Nivel educativo (**)	Primaria	N°	0	5	5	,608		
		%	,0	12,5	12,5			
	Media incompleta	N°	2	9	11			
		%	5,0	22,5	27,5			
	Media completa	N°	2	11	13			
		%	5,0	27,5	32,5			
Universitario	N°	3	8	11				
	%	7,5	20,0	27,5				
Parentesco (*)	Hijo/a	N°	6	25	31	1,000		
		%	15,0	62,5	77,5			
	Otro	N°	1	8	9			
		%	2,5	5,0	22,5			
Ocupación (**)	Ninguna	N°	1	4	5	,966		
		%	2,5	10,0	12,5			
	Ama de casa	N°	4	18	22			
		%	10,0	45,0	55,0			
	Otra	N°	2	11	13			
		%	5,0	27,5	32,5			
Trabaja (*)	Sí	N°	2	11	13	1,000		
		%	5,0	27,5	32,5			
	No	N°	5	22	27			
		%	12,5	55,0	67,5			
Tiempo de cuidado (años) (**)	24 o menos	N°	3	13	16	,098		
		%	7,5	32,5	40,0			
	25 a 48	N°	0	12	12			
		%	,0	30,0	30,0			
	49 o más	N°	4	8	12			
		%	10,0	20,0	30,0			
	Horas diarias de cuidado (*)	8 a 16	N°	5	24		29	1,000
			%	12,5	60,0		72,5	
>16		N°	2	9	11			
		%	5,0	22,5	27,5			

Fuente: cálculos propios.

(*) Estadístico exacto de Fisher. (**) Chi-cuadrado

En la tabla 10 se determinó la relación existente entre resiliencia y dependencia según sobrecarga de los cuidadores, donde se observó que el 65% (n=26) presenta resiliencia alta mientras que la sobrecarga es intensa. Con respecto a las dimensiones de resiliencia se encontró la persistencia-tenacidad-autoeficiencia (PTA) 82,5% (n=33) fue media con una sobrecarga intensa. Control bajo presión (CBP) el 50% (n=20) fue alto con sobrecarga intensa. Mientras que adaptabilidad y redes de apoyo (ARA) fue un 70% (n=28) alta con sobrecarga intensa observándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Control y propósito (CP) con el 60% (n=24) alta con sobrecarga intensa. Espiritualidad (ESP) 62,5% (n=25) alta con sobrecarga intensa. Por otra parte, se evidencia el 75% (n=30) presentan Barthel severo y sobrecarga intensa. Sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Bdigital.ula.ve

Tabla 10. Relación entre resiliencia y dependencia según sobrecarga de los cuidadores encuestados. Frecuencia, porcentaje y estadístico exacto de Fisher. Parroquia Spinetti Dini, municipio Libertador, Mérida. Febrero-agosto. 2023.

			Zarit		Total	p-valor
			Sin / leve	Intenso		
Resiliencia	Media	N°	4	7	11	,075
		%	10,0	17,5	27,5	
	Alta	N°	3	26	29	
		%	7,5	65,0	72,5	
PTA	Media	N°	7	33	40	---
		%	17,5	82,5	100,0	
CBP	Media	N°	4	13	17	,432
		%	10,0	32,5	42,5	
	Alta	N°	3	20	23	
		%	7,5	50,0	57,5	
ARA	Media	N°	6	5	11	,001(*)
		%	15,0	12,5	27,5	
	Alta	N°	1	28	29	
		%	2,5	70,0	72,5	
CP	Media	N°	4	9	13	,187
		%	10,0	22,5	32,5	
	Alta	N°	3	24	27	
		%	7,5	60,0	67,5	
ESP	Media	N°	0	8	8	,309
		%	,0	20,0	20,0	
	Alta	N°	7	25	32	
		%	17,5	62,5	80,0	
Barthel	Total / severa	N°	6	30	36	,552
		%	15,0	75,0	90,0	
	Moderada	N°	1	3	4	
		%	2,5	7,5	10,0	

Fuente: cálculos propios.

Nota: (*) existen diferencias estadísticamente significativas a través del estadístico exacto de Fisher.

DISCUSIÓN

El cuidado a las personas con dependencia representa una sobrecarga objetiva importante en el cuidador informal, esto se debe a las implicaciones en términos de tiempo y esfuerzo dedicado a las tareas de cuidado. Las condiciones en que se desarrollan las actividades diarias del cuidador informal, lo hacen un ser vulnerable desde el punto de vista sanitario. Surgiendo la necesidad del presente estudio, el cual analizó el nivel de sobrecarga y resiliencia en cuidadores informales, de adultos mayores dependientes; la muestra estuvo conformada por 40 cuidadores y 40 adultos mayores.

En la investigación se obtuvo que el 80% de cuidadores fueron del sexo femenino, correspondiendo a lo descrito en la literatura, donde Mariezcurrena-Fernández et al. (2022) refieren que el perfil más común del cuidador es una mujer, relacionándose con Rojas et al. (2022) quienes evidenciaron que el 100% de los cuidadores pertenecen al sexo femenino. También Rondón en el (2021) evidenció el 71,4% del sexo femenino, similar a Romero y Sánchez (2020) la muestra fue de femenino con 65.21%. Lo antes señalado hace notas que la figura de la mujer ha estado involucrada a lo largo del tiempo con el cuidado. Los hallazgos de este estudio reafirman que el rol del cuidado continúa siendo ejercido por la mujer, asimismo, permite reflexionar sobre las diversas obligaciones que se atribuyen al sexo femenino, en especial asignándole la función de cuidadora, desconociendo sus otras responsabilidades y necesidades.

En cuanto a la edad, estuvo comprendida entre 21 y 64 años en las femeninas, observándose que la edad de las cuidadoras corresponde a la población adulto mayor, pudiendo atribuirse ese grupo de cuidadoras la condición de esposas que cuidan a su pareja, sin embargo, la media de edad fue de 49,44 años y en los masculinos de 47,0 años. Siendo una población que en su mayoría se encuentran en la etapa del ciclo de vida de la adultez. Estos resultados se relacionan con el estudio de Rondón (2021) quien obtuvo una media de edad similar en su grupo de estudio siendo de 41,45 años. Cabe resaltar que el estudio de este autor es un antecedente local siendo las condiciones del cuidador similares en diferentes aspectos este caso asociado a la pirámide poblacional que corresponde a la del estado merideño. Mientras que a diferencia de Fajardo et al. (2020) la muestra estuvo comprendida entre 18 y 30 años se observa que es una población muy joven de cuidadores, que asumieron el rol del cuidador en periodo de pandemia. Por otra, Mariezcurrena-Fernández, et

al. (2022) encontró cuidadores entre 50 y 60 años de edad. También correspondiendo a una población avanzada, además asociándose con Iraní et al. (2023) realizaron un análisis secundario de datos de 437 cuidadores informales cuya edad media fue de 61,77 años. Se observa que los cuidadores están cercanos al ciclo de vida adulto mayor, relacionándose con los cambios epidemiológicos como el envejecimiento poblacional.

En relación a los adultos mayores dependientes, predominó el sexo masculino, similar con la investigación de Romero y Sánchez (2020) los adultos mayores fueron en su mayoría del género masculino. La literatura indica que el hombre y la mujer enferman en forma diferente se considera importante diferenciar el género biológico y social, en las diferencias genético-biológicas: en el hombre, la existencia de un cromosoma (X) en su herencia (XY) lo predispone a una mayor susceptibilidad para las enfermedades, como las que se heredan en forma recesiva del cromosoma X, por ejemplo, la hemofilia. En las mujeres, debido al segundo cromosoma X (XX) se lentifica el proceso de envejecimiento. Las enfermedades de envejecimiento celular arterioesclerosis, ciertas formas de cáncer son, por lo tanto, menos frecuentes en las mujeres. En la parte social los hombres fuman y toman bebidas alcohólicas en mayor cantidad que las mujeres, practican deportes más peligrosos, tienen trabajos de mayor riesgo y sufren mayor número de accidentes (Boletín de Información Clínica Terapéutica, 2014). De tal manera en lo que se refiere a salud y enfermedad están relacionadas con el género.

Al respecto, la edad del adulto mayor, estuvo entre 62 y 92 años, con una mediana de 81 años; mientras que para Romero y Sánchez (2020) el rango de la edad fue menor 60-65 años. Estos resultados se asocian al fenómeno actual que atraviesa el país, donde la estructura demográfica cambió abruptamente en Venezuela por la pérdida de personas en edades jóvenes, lo cual modificó los índices de envejecimiento y de carga demográfica (ENCOVI, 2020).

Por otra parte, se observó el nivel educativo de los cuidadores fue educación media completa seguido de universitario. A diferencia de Romero y Sánchez (2020) el grado de instrucción encontrado fue bachillerato con el 60,87%. Se considera que una buena educación infunde conductas saludables (prevención de riesgos, adecuada nutrición, cuidado físico y seguridad personal) y ofrece preparación para enfrentar más eficazmente problemas asociados en la vida

(Banco Mundial,2020). Es decir, si el cuidador tiene mayor educación tendrá mejores oportunidades en el brindar los cuidados a su familiar y cuidar de su propia salud.

Además, el cuidador refiere no trabajar fuera de casa. Los cuidadores a pesar de estar en una etapa productiva, por necesidad o por parentesco se ven sometidos a desempeñarse como cuidadores, aplazando con ello, ciertos aspectos de su vida personal (educativo-laboral) y social; lo cual además de alterar su desarrollo, planes y metas afecta su salud física y mental. Con respecto a la ocupación, más de la mitad de los cuidadores son amas de casa y tienen pareja estable. Lo cual coincide con Rojas et al. (2022) respecto al estado civil, se encontró de las cuidadoras son casadas o tienen pareja estable. Siendo esta una variable positiva para el cuidador, ya que el hecho de estar casado o tener un apoyo familiar genera soporte emocional. Sin embargo, Cerquera et al. (2021) estudiaron los factores que influyen en la sobrecarga de cuidadores, encontraron que las mujeres con hijos y casadas o con pareja estable al tener mayor responsabilidad aumentaba la sobrecarga, al igual que aquellas que no tenían redes de apoyo.

En lo concerniente al parentesco entre la persona mayor dependiente y su cuidador, se encontró el 77,5% son hijos quienes cumplen el rol del cuidador, similar a Rojas et al. (2022), quienes evidenciaron que el 70% del cuidado fue proporcionado por los hijos. Este alto porcentaje de hijos cuidadores, puede obedecer al compromiso paterno filial y la obligación moral por cuanto no hay recursos económicos para contratar un cuidador, ni apoyo por parte del Estado o de las instituciones de salud para esta labor que generalmente es de tiempo completo. Además, es importante destacar en el Código Civil venezolano también protege a los adultos e indica en su Artículo 284 que “Los hijos tienen la obligación de asistir y suministrar alimentos a sus padres, y demás ascendientes maternos y paternos. Esta obligación comprende todo cuanto sea necesario para asegurarles mantenimiento, alojamiento, vestido, atención médica, medicamentos y condiciones de vida adecuados a su edad y salud, y es exigible en todos los casos en que los padres o ascendientes carecen de recursos o medios para atender a la satisfacción de sus necesidades o se encuentran imposibilitados para ello” (p.41). En las familias pueden ocurrir diversos fenómenos como un hijo adulto se encarga de la mayor parte de las tareas del cuidado con poca ayuda de sus hermanos, o si una persona asume los gastos médicos o del cuidado remunerado. En otros casos,

se pueden presentar luchas de poder entre los hermanos mayores y menores que creen saber lo que es mejor para sus padres, y desean controlar la toma de decisiones sobre su cuidado.

En relación a los diagnósticos encontrados en los adultos mayores, el mayor porcentaje fueron las enfermedades neurodegenerativas. Situación muy similar con la del resto de los países del mundo, donde más de 55 millones de personas tienen demencia de las cuales el 60% viven en países de ingreso mediano y bajo. Cada año, hay casi diez millones de casos nuevos (OMS, 2023). La demencia es el resultado de diversas enfermedades y lesiones que afectan el cerebro. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia y puede representar entre un 60% y un 70% de los casos (OMS,2023). Además, las caídas representan uno de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica generando uno de los llamados “grandes síndromes geriátricos”. Además, se constituyen en uno de los más graves problemas epidemiológicos que afectan a las personas mayores. Aproximadamente el 30%, sean o no independientes sufren una caída, al menos una vez al año. Este porcentaje, asciende hasta el 35% en los mayores de 75 años y a un 50% en los mayores de 80 años (Kaplan et al, 2009). También, la diabetes es una enfermedad frecuente, los cuidados de una persona con diabetes principalmente recaen en los miembros de la familia, en los cuales la mayoría de las veces carecen de las habilidades requeridas para proporcionar cuidado competente, a pesar de ello asumen la responsabilidad comprometiéndose a realizar las actividades durante un tiempo prolongado , estas actividades logran repercutir en la salud del cuidador, al asumir cargos de cuidados de mínima complejidad, pero en múltiples ocasiones también, brindan cuidados de mayor complejidad, los cuales requieren de seguimiento o de una estrecha vigilancia como la ministración de medicamentos, incluyendo la insulina, lo cual implica dependencia o pérdida de autonomía por parte del cuidador (Catalán et al,2020).

En cuanto a los tipos de dependencia encontrados en los adultos mayores, 47,5% presenta dependencia múltiple, el grado de dependencia del adulto mayor, es severa. Relacionándose con la investigación de Diaz, (2019) quien evidenció que más de la mitad de los pacientes presentan incapacidad funcional severa (según escala de Barthel). En la etapa de vida adulto mayor surgen pérdidas de diversas índoles no solo físicas si no también sociales y económicas, estas situaciones causan limitaciones, el adulto mayor vive en un proceso de adaptación en el que se cuestiona sobre los cambios que experimenta en su cuerpo (Duran-Badillo et al, 2018).

Con respecto al tiempo de dependencia del adulto mayor se observó el 40% tiene de 49 a 120 meses. La literatura indica que a mayor tiempo de dependencia existe mayor riesgo de presentar complicaciones propias de las enfermedades de base, si no se tiene un cuidado permanente, las enfermedades pueden generar complicaciones siendo estas asociadas con la dependencia progresiva. Es necesario desarrollar medidas orientadas al tratamiento y prevención de estas entidades crónicas que se asocian con dependencia (Barrantes-Monge et al, 2007).

Se identificó el nivel de sobrecarga del cuidador siendo de 82,5% sobrecarga intensa, evidenciándose un porcentaje muy elevado de sobrecarga intensa a diferencia del estudio de Pérez (2022) quien obtuvo solo el 35% de sobrecarga intensa, esto pudiera estar asociado a que este autor tomo su muestra de cuidadores con demencia en un hospital público de Lima, el hecho de estar dentro de una institución sanitaria cuenta con mayor apoyo en las diferentes tareas del cuidado. Por otra parte, Rojas et al. (2022) quien estudió la sobrecarga de cuidadores de adultos mayores dependientes, encontraron que la mitad presentó sobrecarga intensa. y Rondón (2021) determinó en su estudio sobrecarga en 83% de los cuidadores. Es importante tomar en cuenta diversas variables del cuidador que pueden influir en la sobrecarga del mismo como el tipo de patología del paciente que está a su cuidado, el grado de discapacidad, el tiempo de cuidado, redes de apoyo entre otras por esta razón al momento de estudiar al cuidador el decir si tiene o no sobrecarga sin tomar en cuenta los diferentes aspectos influyentes pueden afectar los resultados del estudio.

Es por ello, que se describen aspectos como el tiempo de cuidado, obteniendo que el 60% asumen la figura de cuidador principal desde hace 25 a 49 meses o más. Las horas diarias de cuidado comprendieron el 72,5% de 8 a 16 horas de cuidado. La literatura indica que la sobrecarga del cuidador no es un fenómeno que se desarrolla por una situación puntual si no que es un estado continuo de realización de tareas de cuidado, es decir que el tiempo dedicado a esta labor es una variable influyente, para padecer sobrecarga (Rueda, 2017). En la investigación realizada por Mariezcurrena-Fernández et al. (2022) encontraron que alrededor de 6 años tienen bajo la figura del cuidador. Muchas personas pasan gran parte de su vida ejerciendo el rol de cuidado, pero luego que la persona a la que cuidan deja de estar presente surgen otros problemas para el cuidador Pérez

et al, 1996 menciona las fases por las que pasa un cuidador, fase de adaptación o resignación; de cansancio y soledad, y finalmente de vacío o liberación al fallecer el paciente.

En el mismo contexto, se observaron los niveles de resiliencia el 72,5% de los cuidadores presentaron resiliencia alta. Con respecto a las dimensiones se obtuvo en persistencia-tenacidad-auto eficiencia (PTA) el 100% fue media. Control bajo presión (CBP) se identificó alta 57,5%. Adaptabilidad y redes de apoyo (ARA) el 72,5% alta. Control y propósito (CP) con 67,5% alta. Espiritualidad (ESP) alta 80%. La literatura refiere que la resiliencia es un factor protector, Irani et al. (2023) evidenciaron los efectos de la resiliencia para amortiguar el estrés, las intervenciones para mejorar la capacidad de los cuidadores para resistir y recuperarse durante situaciones desafiantes pueden mitigar la sobrecarga de funciones y optimizar la salud del cuidador. Otro autor con resultados similares fue Pérez (2022) quien encontró 81.7% con un nivel alto de resiliencia de los participantes de su investigación. Mientras que en el estudio de Mariezcurrena-Fernández, et al. (2022) tienen resiliencia media. Al igual Fajardo et al. (2020) sus niveles de resiliencia fueron moderados (61,3%).

En los sujetos de la muestra se obtuvo que el 75% de los cuidadores de adultos mayores que presentan un grado de dependencia severo tienen sobrecarga intensa, el hecho de que el adulto mayor tenga dependencia severa obliga al cuidador a realizar mayor actividad de asistencia pudiendo provocar sobrecarga intensa del cuidador. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$). También se observó la relación entre características sociodemográficas según sobrecarga de los cuidadores, el sexo femenino, la edad entre 43 a 64 años, los que tienen pareja estable, las amas de casa, presentaron sobrecarga intensa. No se observó diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$).

Resulta necesario especificar la relación existente entre resiliencia y dependencia según sobrecarga de los cuidadores, donde se observó que el 65% presenta resiliencia alta y la sobrecarga es intensa. Con respecto a las dimensiones de resiliencia se encontró la persistencia-tenacidad-autoeficiencia (PTA) fue media con una sobrecarga intensa. Control bajo presión (CBP) fue alto con sobrecarga intensa. Mientras que adaptabilidad y redes de apoyo (ARA) alta con sobrecarga intensa observándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$). Control y propósito (CP) alta

con sobrecarga intensa al igual que espiritualidad (ESP). De manera general se aprecia que el cuidador tiene presente en su vida ese factor de protección denominado resiliencia para poder continuar con su rol del cuidador. Diversos autores describen como la resiliencia influye en la sobrecarga uno de ellos fue Pérez (2022) quien encontró una relación moderada negativa significativa entre las puntuaciones totales de sobrecarga y resiliencia ($\rho = -.514$; $p < .001$).

Finalmente, y de acuerdo a los resultados señalados anteriormente, se determinó que el perfil del cuidador corresponde, principalmente a mujeres, con un nivel educativo medio, casadas o con pareja estable, que ejercen su rol de cuidadoras y de amas de casa. Siendo las hijas quienes ejercen este rol, bajo la motivación del cuidado está asociada a sentimientos amor, deber y altruismo.

Bdigital.ula.ve

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los cuidadores informales de adultos mayores dependientes de la parroquia Antonio Spinetti Dini, generalmente son del sexo femenino, en edades comprendidas entre 21 a 64 años, y un nivel educativo de educación media completa. La mayoría refieren no trabajar fuera de casa, en su mayoría son amas de casa, con pareja estable, siendo los hijos quienes cumplen el rol del cuidador del adulto mayor dependiente.

Con respecto al adulto mayor dependiente, son del sexo masculino, entre 62 y 92 años, con una media de 81 años. Los diagnósticos primarios fueron enfermedades neurodegenerativas, diabetes, fracturas de cadera y fémur, ACV, cáncer, insuficiencias cardíacas. Relacionándose con los tipos de dependencia encontrados, los cuales fueron dependencia múltiple, motora, neuromusculoesquelética y cardiovascular. Según el índice de Barthel el grado de dependencia fue severo con un tiempo de 61 a 120 meses en dependencia.

El nivel de sobrecarga que presenta el cuidador es intenso, en su mayoría desempeñaban el rol del cuidador desde hace 24 meses o menos, de 8 a 16 horas diarias de cuidado. La mayoría de los cuidadores presentaron resiliencia alta, con respecto a las dimensiones se obtuvo en persistencia-tenacidad-auto eficiencia fue resiliencia media. Control bajo presión, adaptabilidad y redes de apoyo; control y propósito; y espiritualidad fueron altas.

Además, no se observó diferencias estadísticamente significativas en relación a las características sociodemográficas según sobrecarga del cuidador, ya que de manera global ocho de cada diez presentaron sobrecarga intensa. Se obtuvo un grado de dependencia severo y sobrecarga intensa sin diferencias estadísticamente significativas.

La relación existente entre resiliencia y dependencia según sobrecarga de los cuidadores, se concluye que más de la mitad presenta resiliencia alta mientras que la sobrecarga es intensa. Con respecto a las dimensiones de resiliencia se encontró la persistencia-tenacidad-autoeficiencia fue media con una sobrecarga intensa. Control bajo presión fue alto con sobrecarga intensa. Mientras que adaptabilidad y redes de apoyo siendo alta con sobrecarga intensa y observándose diferencias estadísticamente significativas. Control y propósito, espiritualidad fueron altas con sobrecarga intensa.

RECOMENDACIONES

La promoción de la salud, enfocada en el autocuidado es necesaria para que el cuidador aprenda a manejar los diferentes estresores que conlleva el cuidar, para que encuentre una mejor disposición física y mental al realizar las tareas del cuidado.

Es necesaria la prevención para gestionar adecuadamente un ambiente de cuidados, útiles buscando evitar la sobrecarga y sus consecuencias, por lo tanto, en futuras investigaciones es importante la realización e implementación de un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica.

El equipo de salud debe realizar un enfoque holístico, es decir, incluir al paciente, su cuidador y su entorno, ofrecer orientaciones al cuidador sobre la enfermedad de la persona que cuida, el estar informado da seguridad. Tanto sobre los cuidados que ofrecen, lo que conlleva hacerlo de forma adecuada.

Se recomienda ampliar el estudio del cuidador evaluando el estrés, la ansiedad y la calidad de vida, además incluir al cuidador de paciente dependiente de cualquier edad.

REFERENCIAS

- Andreotti, M., Rodrigues, B., Neri, K., Golghetto, F., Correa, L., Leonardo, C., Martins, A. (2018). Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciencia Saude*, 23(11) <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>.
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki– principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Banco Mundial. (2021). Informe de Discapacidad. <https://www.bancomundial.org/es/topic/disability#:~:text=La%20inclusi%C3%B3n%20de%20la%20discapacidad,que%20las%20personas%20sin%20discapacidad.>
- Banco Mundial. (2023). La educación. <https://www.bancomundial.org/es/topic/education/overview#:~:text=La%20educaci%C3%B3n%20es%20un%20derecho,la%20paz%20y%20la%20estabilidad.>
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E., Gutiérrez-Robledo, L., & Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s459-s466.
- Boletín de Información Clínica Terapéutica. (2014). El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Revista de la Facultad de Medicina* (México), 57(2), 53-56. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000200053&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000200053&lng=es&tlng=es)
- Breinbauer, K., Vásquez, V., Mayanz, S., Guerra, C., y Millán, K. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137(5), 657-665. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>
- Brodsky, H., Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 11 (2): 217-28. doi: 10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty
- Catalán-Gómez, C., Guevara-Valtíer, M, Reyna-Ávila, L., Cárdenas-Villareal, VMargarita, & Paz Morales, María de los Ángeles. (2022). Experiencias en cuidadores de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 durante la pandemia COVID-19. *Sanus*, 7, e245. Epub 29 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.245>

- Cipra, M. (2022). Resiliencia y sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con trastorno mental del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima. [Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la Familia con Mención en Terapia Familiar]. Universidad Peruana Unión.
- Cerquera, A., Dugarte, E., Tiga, D., Plata, P., Castellanos, C., y Álvarez. A. (2021). Factores que influyen en la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con Trastorno Neurocognitivo debido a enfermedad de Alzheimer. *Javeriana*; 20(1):3
- Código Civil de la República de Venezuela (26 de Julio de 1982) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 2.990 (Extraordinario) https://www.oas.org/dil/esp/codigo_civil_venezuela.pdf
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*.18(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113. PMID: 12964174.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (30 de diciembre de 1999) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.860 (Extraordinario) https://www.oas.org/dil/esp/Constitucion_Venezuela.pdf
- Christakis, N. y Fowler, J. (2019). Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Stat Med*, 32(4), 556-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22711416>
- Crespo, M. y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31 (1), 19-27. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.158241>
- Da Silva, C. (2019). Ser cuidador: Estrategias para el cuidado del adulto mayor.; Editorial El Manual Moderno. <https://books.google.co.ve/books?id=tZCODwAAQBAJ>
- De la Cuesta, B. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1),106-112.
- De la Fuente, M., Bayona, I., Fernández, F., Martínez, M., Navas, F. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos*,23 (1),19-22.
- Díaz, A. (2019). Relación de la sobrecarga del cuidador según la escala de Zarit en el de cuidado de pacientes dependientes crónicos que están hospitalizados en el servicio de Medicina

- Interna del IAHULA durante el periodo de marzo - mayo del 2019 en Mérida, Venezuela. [Trabajo especial de grado no publicado para obtención del título de especialista en medicina interna]. Universidad de Los Andes. Venezuela.
- Duran-Badillo, T., Domínguez-Chávez, C., Hernández-Cortés, P., Félix-Alemán, A., Cruz-Quevedo, J., y Alonso-Castillo, M. (2018). Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta universitaria*, 28(3), 40-46. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1614>
- Duarte-Ayala, R. y Velasco-Rojano, A. (2022). Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horizonte sanitario*, 21(1). <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4519>.
- Encuesta Nacional de Condiciones de vida. (2020). ENCOVI 2019-2020. <https://www.proyectoencovi.com/>
- Fajardo, E., Núñez, M., y Henao, M. (2020). Resiliencia en cuidadores domiciliarios de adultos mayores durante la pandemia de COVID-19. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20 (2), 91-101.
- Fernández-Lansac, V., Crespo, M., Cáceres, R. Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(3), 109-109. doi:10.1016/j.regg.2011.11.004
- Fiori, K., Consedine, N., y Magai, C. (2008). The adaptive and maladaptive faces of dependency in later life: links to physical and psychological health outcomes. *Aging Ment Health*, 12(3), 700-12. <https://doi.org/10.1080/13607860802148863>
- Flores, G., Rivas, R., y Seguel, P. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc Enferm*, 18(1), 29-41.
- García, J., García, Á., López-Sánchez, C., Dias, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud y drogas*, 16 (1), 59-68 <https://www.redalyc.org/pdf/839/83943611006.pdf>
- González, G., Medina, R., Bracho, L., Zambrano, A., Marquina, M., Guerra, C. (2002). El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. *Rev Científica en Ciencias de la Salud*. 6(2), 18-22.
- González-Rodríguez, R., Gandoy-Crego, M., Díaz, M. (2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más

- utilizados. *Gerokomos*, 28(4),184-188.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400184&lng=es&tlng=es.
- González-Rodríguez, R. (2017). Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. *Index de Enfermería*, 26(3), 170-174.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011&lng=es&tlng=es.
- Guato-Torres, P. y Mendoza-Parra. (2022). Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2), 11 <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2917>.
- Guayán, M. (2022). Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica. *Arg Psiquiatr.* 33(155), 50-65.
<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/135/86>.
- Irani, E., Wang, F., Griggs, S., Hickman, R. (2023). Resilience as a moderator of role overload and sleep disturbance among caregivers of persons with dementia. *Geriatr Nurs.* 51(1) 49-53. doi: 10.1016/j.gerinurse.2023.02.014.
- Kaplan, R., Jauregui, J., Rubin, R. (2009), *Los Grandes Síndromes Geriátricos*, Editorial Edimed, 1 Edición, Argentina.
- Lawton, M., Keblan, M., Moss, M., Rovine, M., Glicksman, A. (1989). Measuring care giving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*; 44(1)61-71.
- Ley Orgánica para la atención y desarrollo integral de las personas adultas mayores (13 de septiembre de 2021) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.641 (Extraordinario).
- Ley Orgánica de Salud (11 de noviembre de 1998) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.579. (Extraordinario)
- López, E. (2016). Puesta al día: cuidador informal. *Rev Enferm CyL*, 8 (1) 71-7.
- Luthar, S. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3): 543–562.
- Mahoney, F. y Barthel, D. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J.* (14):61-5.

- Mantilla, R. y Vera, R. (2016). La resiliencia como factor de mitigación del síndrome de carga en el cuidador principal de pacientes con discapacidad severa, correspondientes al distrito de salud de Calderón, Ecuador. [Tesis de grado para la obtención del título de especialista en medicina familiar y comunitaria]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina.
- Mariezcurrera-Fernández, A., Lorea-González, I., Ramirez-de Ganuza, A., Ijalba-Pérez, P., Barea-Ullate, V., Jiménez-Acosta, A. (2022). Resiliencia y sobrecarga en cuidadores familiares de enfermos con demencias en Navarra. *Gerokomos*, 33(2), 88-94. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200005&lng=es&tlng=es
- Miller, B. y Montgomery, A. (1990). Family caregivers and limitations in social activities. *Res Aging*, 12(1): 72-93.
- Miller, B. y Mc Fall, S. (1991). The effect of caregiver's burden on change in frail older person's use of formal helpers. *J health Social Behav.*32:165-79.
- Miller, B., y Mc Fall, S. (1991). Stability and change in the informal task support network of frail older persons. *Gerontologist*, 31(6), 735-45.
- Muñoz, Y., Coral, R., Moreno, D., Pinilla, D., Suárez, Y. (2009). Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. *Rev Repertorio de Medicina y Cirugía*. 18(4):246-250.
- Navarro-Abal, Y., López-López, M., Climent-Rodríguez, J. Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 268-271. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Demencia. Nota descriptiva. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (2022) Enfermedades no transmisibles. Nota Descriptiva. Washington DC: OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud. Nota Descriptiva. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20ese%20momento%2C%20el%20grupo,habr%C3%A1%20duplicado%20\(2100%20millones\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20ese%20momento%2C%20el%20grupo,habr%C3%A1%20duplicado%20(2100%20millones).)

- Organización Mundial de la Salud (2021). Informe de discapacidad. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. Nota Descriptiva. <https://www.paho.org/es/noticias/9-12-2020-oms-revela-principales-causas-muerte-discapacidad-mundo-2000-2019>.
- Pearlin, L. (1991). The careers of caregivers. *Gerontologist*, 32(5): 647.
- Pérez, K. (2022). Sobrecarga y resiliencia en cuidadores informales de pacientes con demencia en un hospital público de Lima. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5735>.
- Pérez, J., Abanto, J., Labarta, J. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria*.18(4)194.
- Pereira, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saue Publica*.19(3):733-81. DOI 10.1590/S0102-311X2003000300009
- Pinilla, M., Ortiz, M., Suarez-Escudero, J. (2021). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Salud, Barranquilla* 37(2), 488-505 <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>.
- Pinzón, E., y Carrillo, G. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 34(2):9. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000200008.
- Rivas, H. y Ostiguín, M. (2018). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enferm univ*.8(1).
- Rojas, Á. Monsalve, L., y Ortega, L. (2022). Nivel de sobrecarga en cuidadores informales de personas mayores dependientes en un municipio de Córdoba – Colombia. [Trabajo de grado para obtener el título de licenciatura en enfermería]. Universidad de Córdoba. Colombia. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/6531>
- Rosina, E., Sawada, N., y Ferreira, J. (2013). Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. *Rev Latino-Am Enfermagen*, 21(5):1-8.
- Romero, M. Sánchez, G. (2020). Sobrecarga del cuidador familiar en el cuidado del adulto mayor. Ambulatorio Urbano III “Belén”, Mérida, Venezuela. Universidad de Los Andes. [Trabajo

- de grado no publicado para obtener el título de licenciatura en enfermería]. Universidad de Los Andes. Venezuela.
- Rondón, J. (2021). Sobrecarga, calidad de vida y funcionamiento familiar en los cuidadores de adultos discapacitados, del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y ambulatorio urbano el Llano Mérida, Venezuela. [Trabajo especial de grado no publicado para obtención del título de especialista en medicina de familia]. Universidad de Los Andes. Venezuela.
- Rodríguez, A. y Ortunio, M. (2019). Resiliencia en trabajadores de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Revista Venezolana De Salud Pública*, 7(1), 27-33. <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/2182>
- Rueda, E. (2017). Sobrecarga del cuidador de adultos con enfermedades terminales en el entorno del hogar. *Ene*, 11(1) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100009&lng=es&tlng=es.
- Sánchez, M., Molina, C., Gómez-Ortega, O. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: Un estudio piloto. *Rev Cuid*, 7(1).
- Soto-Fernández, I., Domínguez-Isabel, P., Espina, B., Bocos, M., Torres, M., Gómez-Cantarino, S. (2021). La resiliencia como factor protector del cuidador informal en la labor del cuidado: Una revisión sistemática cualitativa en salud. *Qualitative Research in Health: Advances and Challenges*, 8(1), 440–452. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452>
- Silva, I., Vieira, M., Dias, S., Iseé, S., Vera, R., Atherino, E., y De Santana, M. (2009). Cuidado, auto cuidado y cuidado de sí: una comprensión paradigmática para el cuidado de enfermería. *Rev. Esc. Enferm*, 43(3), 697–703. Doi: 10.1590/S0080-62342009000300028
- Torres-Avendaño, B., Agudelo-Cifuentes, M., Pulgarin-Torres, Á., Berbesi-Fernández, D. (2017). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Univ. Salud.*, 20(3), 261-269 <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3747>
- Vega-Silva, E., Barrón-Ortiz, J., Aguilar-Mercado, V., Salas-Partida, R., Moreno-Tamayo, K. (2023). Calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores con pacientes con complicaciones por la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 31;61(4), 440-448. doi: 10.5281/zenodo.8200209. PMID: 37540582; PMCID: PMC10484553.

- Vilches, M. y Rodríguez, P. (2009). Insuficiencia cardiaca y geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 44(1), 57-60.
- Zambrano, R. y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Rev Colomb Psiquiatr.* 36 (1), 26-39.
- Zarit, S., Reever, K., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist.*20(6), 649-55. doi: 10.1093/geront/20.6.649. PMID: 7203086.
- Zarit, S., Toseland, R. (1989). Current and future direction in family caregiving research. *Gerontologist.* 29(1), 481-3.
- Zarit, S. (1996). Behavioral disturbances of dementes and caregiver issues. *Int Psychogeriatr.* 8(3), 263.
- Zepeda, P. y Muñoz, C. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1),2-5. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100002&lng=es&tlng=es.

Bdigital.ula.ve

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CUIDADOR

Por medio de la presente hago constar que Yo, _____ con C.I. _____
Acepto colaborar con Lizmery Abigail López Amesty, titular de la C.I 20716078 la cual es estudiante de la maestría en Salud Pública de la Universidad de Los Andes en lo referente a la realización de su trabajo especial de grado titulado **“SOBRECARGA Y RESILIENCIA EN CUIDADORES INFORMALES DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES, PARROQUIA ANTONIO SPINETTI DINI. MÉRIDA – VENEZUELA. 2023”**. decidiendo responder de forma voluntaria los siguientes cuestionarios: 1) Índice de Barthel, 2) Test de sobrecarga de Zarit, 4) Cuestionario Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

El instrumento mencionado se aplicó en la parroquia Antonio Spinetti Dini, a usuarios adultos mayores dependientes y sus cuidadores, durante febrero-agosto del 2023, agradecimiento de antemano su gentil colaboración y explicándole que todos los datos aportados por Ud. serán mantenidos bajo estricta confidencialidad.

Firma:

Fecha:

ANEXO B.
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES

De antemano, agradezco su participación en esta investigación. A continuación, se presentan una serie de planteamientos a los cuales deberá contestar con una equis (X) o completar, según sea el caso que le corresponda. Su sinceridad es importante para el éxito de esta investigación y los datos suministrados se mantendrán en el anonimato.

FECHA: _____

SECCIÓN A. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL CUIDADOR

1. Edad: _____ 2. Sexo: M____ F____

2. Pareja estable: Si____ No____ 4. Nivel Educativo: _____

3. Parentesco con el paciente: _____

4. Situación laboral: _____

5. Ocupación: _____

Actualmente se encuentra empleado: Si ____ No ____

En caso afirmativo, indique la cantidad de horas que trabaja a la semana: _____

SECCIÓN B. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL ADULTO MAYOR

1. Edad: _____

2. Sexo: M____ F____

SECCION C. INDICE DE BARTHEL

1. Diagnóstico: _____

2. Tipo de dependencia: _____

3. Tiempo de dependencia: _____

<i>PARAMETRO</i>	<i>SITUACION DEL PACIENTE</i>	<i>PUNTUACION</i>
COMER	Totalmente independiente	10
	necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	Dependiente	0
LAVARSE	Independiente entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
VESTIRSE	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
ARREGLARSE	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
DEPOSICIONES (valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios	5
	Incontinencia	0
MICCION (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
USAR EL RETRETE	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
TRASLADARSE	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
DEAMBULAR	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
ESCALONES	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

SECCION D. TEST DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

1. Tiempo de cuidado: años ___ meses ___ horas al día ___
 Nunca= 1 Casi nunca= 2 A veces= 3 Muchas veces= 4 Casi siempre= 5

<p>Instrucciones para la persona cuidadora:</p> <p>A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p>	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?				
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?				
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?				
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?				
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?				
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?				
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?				
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?				
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?				
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?				
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?				
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?				
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?				
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?				
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?				
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?				
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?				
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?				

**SECCION E. ESCALA DE RESILIENCIA
(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)**

A continuación Ud. Encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de su vida. Por favor, no deje ninguno sin contestar, lea cada frase y conteste anotando la frecuencia pensando en qué grado está de acuerdo o no, con respecto a cómo se ha sentido durante las últimas semanas con cada afirmación, según la siguiente escala

0	1	2	3	4			
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo			
1.- Soy capaz de adaptarme a los cambios			0	1	2	3	4
2.- Tengo personas en las que puedo confiar							
3.- Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude							
4.- Puedo resolver cualquier acontecimiento							
5.- Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza							
6.- Veo el lado divertido de las cosas							
7.- Afrontar el estrés, me fortalece							
8.- Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades							
9.- Pienso que las cosas ocurren por alguna razón							
10.- Me esfuerzo al máximo en cada ocasión							
11.- Puedo conseguir mis metas							
12.- Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono.							
13.- Sé dónde acudir por ayuda							
14.- Bajo presión, pienso, me concentro y pienso claramente.							
15.- Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema							
16.- No me desanimo fácilmente por el fracaso.							
17.- Pienso que soy una persona fuerte.							
18.- Tomo decisiones difíciles o impopulares.							
19.- Puedo manejar sentimientos desagradables.							
20.- Sigo los presentimientos que tengo.							
21.- Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.							
22.- Siento que controlo mi vida.							
23.- Me gustan los desafíos.							
24.- Trabajo por conseguir mis metas.							
25.- Me siento orgulloso de mis logros.							