



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

“RELACIÓN DEL BIENESTAR DEL  
CUIDADOR PRIMARIO Y LOS  
CUIDADOS BÁSICOS BRINDADOS AL  
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE  
CRÓNICO, DEL HOSPITAL DE  
CHANCAY EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA DEL 2017”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRA EN GESTIÓN DEL CUIDADO EN  
ENFERMERÍA

MARIA JESUS LEON VELASQUEZ

LIMA - PERÚ

2021



**ASESORA.**

Mg. Doris Violeta Velásquez Carranza

**JURADO DE TESIS.**

MG. MARÍA FERNANDEZ PACHECO

PRESIDENTE

MG. LUIS HUAMAN CARHUAS

VOCAL

MG. MIGUEL ANGEL ALBINO LOPEZ

SECRETARIO

## **DEDICATORIA.**

A Dios ante todo por estar presente en mi vida.

A mis queridos padres María Paz y Márgaro  
por estar siempre presente espiritualmente.

A todos los cuidadores primarios,  
que enfrentan a diario una lucha  
constante en el cuidado de su familiar.

## **AGRADECIMIENTO.**

A todo el personal de enfermería que labora en el servicio de Medicina del Hospital de Chancay.

A mi asesora Doris Velásquez por su enseñanza y apoyo durante la culminación de mi tesis.

**FUENTES DE FINANCIAMIENTO.**

Tesis Autofinanciada

# bienestar del cuidador primario

*por* Maria Jesus León Velásquez

---

**Fecha de entrega:** 01-jul-2019 10:23p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1148593618

**Nombre del archivo:** TURNITIN-27-2019\_Word\_revisado\_Yudy.docx (166.51K)

**Total de palabras:** 12741

**Total de caracteres:** 69091



## bienestar del cuidador primario

---

INFORME DE ORIGINALIDAD

---

**20%**

INDICE DE SIMILITUD

**16%**

FUENTES DE  
INTERNET

**2%**

PUBLICACIONES

**12%**

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

---

3%

★ docplayer.es

Fuente de Internet

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 5 words

Excluir bibliografía

Activo

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
2.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
III.- MARCO TEÓRICO .....	9
3.1.- A NIVEL INTERNACIONAL.....	9
3.2.- A NIVEL NACIONAL .....	11
3.3.- NIVEL LOCAL.....	11
IV.- BASE TEORÍCA. ....	13
V.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. ....	30
VI.- OBJETIVOS .....	31
6.1.- OBJETIVO GENERAL. ....	31
6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS. ....	31
VII.- METODOLOGÍA .....	32
7.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO .....	32
7.2.- POBLACIÓN .....	32
7.3.- PROCESO DE RECOLECCIÒN DE DATOS: .....	32
7.4.-TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO .....	33
7.5.- DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO: .....	33
7.6.- PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	35
7.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36

<b>7.8.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>38</b>
<b>VIII.- RESULTADOS .....</b>	<b>42</b>
<b>IX.- DISCUSIÓN.....</b>	<b>47</b>
<b>X.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>XI.- RECOMENDACIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>60</b>
<b>XIII ANEXOS</b>	

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la relación del bienestar del Cuidador Primario y los cuidados básicos brindados al adulto mayor dependiente crónico del Hospital de Chancay en el servicio de Medicina junio-julio del 2017. **Material y Métodos:** El tipo de estudio cuantitativo, de diseño no experimental, correlacional, prospectivo y de corte transversal. Se utilizó para medir el bienestar del cuidador primario el “Instrumento (quality of life family versión) (qol) de Betty Ferrell “, en Bogotá-Colombia, que fue modificado por la autora, para medir los cuidados básicos del adulto mayor, el instrumento fue realizado por la investigadora, para determinar la correlación se utilizó la correlación de Spearman. **Resultados:** en cuanto a su bienestar, se observó que un 67.5% de los cuidadores presentan un bienestar bajo y un 7,5% bienestar medio, se puede apreciar que los cuidados brindados a los adultos mayores presentan un cuidado adecuado que representa un 32.5%, y un 67,5% inadecuado. **Conclusiones:** existe correlación entre el bienestar del cuidador primario y cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente. Con respecto al bienestar del cuidador, las dimensiones más afectadas fueron, psicológica 87.5% y física con un 82.5%. En cuanto a los cuidados básicos, la dimensión biológica, en un 80% y la dimensión psicológica, en un 65%.

**PALABRAS CLAVE: BIENESTAR, CUIDADOR PRIMARIO, ADULTO MAYOR DEPENDIENTE.**

## ABSTRACT

**Objective:** to determine the relationship between the well-being of the Primary Caregiver and the basic care provided to the elderly dependent of the Chancay Hospital in the Medicine service June-July 2017. **Material and Methods:** The type of quantitative study, non-experimental design, correlational, prospective and cross-sectional. The "Instrument (quality of life family version) (qol) of Betty Ferrell" was used to measure the well-being of the primary caregiver, in Bogotá-Colombia, which was modified by the author, to measure the basic care of the elderly, the instrument It was carried out by the researcher. Spearman's correlation was used to determine the correlation. **Results:** in terms of their well-being, it was observed that 67.5% of caregivers present low well-being and 7.5% medium well-being, it can be seen that the care provided to the elderly presents adequate care that represents 32.5% , and 67.5% inappropriate. **Conclusions:** there is a correlation between the well-being of the primary caregiver and the basic care provided to the dependent elderly adult. Regarding the well-being of the caregiver, the most affected dimensions were, psychological 87.5% and physical with 40%. Regarding basic care, the biological dimension, by 80% and the psychological dimension, by 65%.

**KEYWORDS: WELL-BEING, PRIMARY CAREGIVER, DEPENDENT OLDER ADULT.**

## **I. INTRODUCCIÓN**

El cuidador primario, es la persona que asume el cuidado del adulto mayor en condición de dependencia crónica, se hace cargo de los cuidados básicos para disminuir su sufrimiento; generalmente lo asume uno de los miembros de la familia, el cuidador se solidariza y compromete en el mantenimiento y cohesión de la familia. Se encarga del cuidado biológico: alimentación balanceada, higiene permanente, eliminación adecuada, sueño y reposo, en el aspecto social: busca relacionar al adulto con sus familiares y amigos manteniendo una comunicación entre ellos para evitar la soledad, en el aspecto psicológico: procura fortalecer la memoria, a través de distintas actividades como la lectura y las actividades lúdicas, en lo espiritual aumentando su fe y fortaleciendo sus creencias.

Para que el cuidador realice estas actividades es imprescindible que él cuide su propio bienestar, que para la OMS son todos los factores que mejoran su calidad de vida y que logra que la existencia de la persona se desarrolle en un ambiente de tranquilidad y satisfacción humana, ligada a sus fuerzas interiores y las relaciones de reciprocidad (1). En estas condiciones el familiar cuidador es movido por el amor y el cariño por su familiar que lo impulsa a cuidarlo, son estos los aspectos que procurarán su satisfacción; Durante este proceso el cuidador primario no mide sus capacidades ni su preparación para asumir una gran responsabilidad que supone el cuidado.

Al respecto Pender N, señala que el bienestar de la persona se basa en la

capacidad que tiene la persona para identificar, realizar sus aspiraciones, y satisfacer sus necesidades, motivados por una conducta favorable hacia el mantenimiento de su salud y de su familia. Por su parte Orem D, señala en su teoría del déficit del cuidado, que una persona que presentan algunas dolencias en su salud no puede hacerse cargo en el cuidado de otra persona y Leonardo Boff, señala que el cuidado trasciende la propia dimensión humana, es una responsabilidad muy grande ser cuidador pues cuidar es más que un momento de atención, implica la pasión por cuidar al otro ser (2,3).

Entre 2015 y 2050 la población mundial mayor de 60 años aumentará casi por dos, pasando del 12% al 22% (4). La expectativa de vida en la población peruana ha cambiado en los últimos años; en el año 1970 era de 55,52 años; en el 2005 69,82 años, y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025, así aunque se vive más tiempo, no se goza necesariamente de mejor salud que antes (5).

De acuerdo con el MINSA, el adulto mayor es la persona de ambos sexos comprendida entre los sesenta a más años de edad, produciéndose en esta etapa diferentes cambios en su salud propios del envejecimiento, como problemas físicos, emocionales y económicos, asimismo el MINSA, ha clasificado a este grupo etario en cuatro categorías: persona adulta mayor activa saludable, enferma, frágil y paciente complejo (6). La persona mayor dependiente o postrada es aquella con pérdida sustancial del funcionamiento en sus diferentes órganos, asociada a una disminución o ausencia física que limita el desempeño de sus actividades básicas (7).

Realizando el trabajo de investigación, la investigadora pudo evidenciar que en

el hospital de Chancay existe una alta demanda de atención del adulto mayor con su cuidador primario, quien llega al hospital manifestando su impotencia por no lograr entender a cabalidad lo que debe hacer para ver mejor a su familiar, explica “que no sabe atenderlo” y “que siente incompreensión de su familia”, esto le ocasiona, malestar, dolencias y hasta enfermedades somáticas, aun así el cuidador continua con el cuidado.

Es importante el estudio porque se pudo determinar la relación del bienestar del cuidador primario y los cuidados básicos brindados al adulto mayor dependiente, es decir conocer la realidad de salud del Cuidador y del Adulto Mayor dependiente crónico en sus cuatro dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales, permitiendo identificar qué las dimensiones del cuidador estarían incidiendo en el adecuado cumplimiento de los cuidados básicos que debe otorgarse a todo paciente postrado, de esta manera el profesional de enfermería capacita al cuidador primario entregando conocimientos y competencias que mejoren la calidad del cuidado, además de otorgar un soporte emocional, empático con el equipo de salud, ( psicólogos, asistente social, terapeuta física y sacerdote) mejorando su bienestar y a la vez mejorando los cuidados básicos brindados en el servicio de medicina de adultos del Hospital de Chancay.



## **II.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

El cuidador primario tiene bienestar cuando logra adaptarse e integrarse física, psicológica, social y espiritualmente. La Organización Mundial de la Salud define el bienestar como la percepción del individuo sobre su condición en su contexto cultural y de valores en los que se desarrolla durante su existencia (8). Uno de sus objetivos es cuidar a su familia, por ello asume como parte de su responsabilidad en su vida el continuar cuidando al adulto mayor.

El interés del cuidador es lograr que la persona a quien está cuidando también logre cubrir sus necesidades fisiológicas, psicológicas sociales y espirituales; sin embargo, en la práctica el cuidado para el cuidador toma otro sentido, cuando tiene que asumir mayores responsabilidades y debe decidir qué alternativas es menos complicadas; y si no logra manejar el cuidado, puede presentar dolencias en su salud física, y mental.

Por otro lado, el adulto mayor, pese a las carencias que tiene en casa de sus familiares, prefiere ser atendido en su hogar, un estudio realizado por Carretero, E y Col. Corrobora que un 80% de ellos recibe cuidado exclusivamente de su familia y sólo un 4,5% recibe en una institución (9). En este contexto el cuidador, que a su vez no recibe mayor orientación para asumir el cuidado de su familiar en actividades básicas como alimentación, higiene, vestido, proporcionar apoyo emocional y espiritual. El cuidador informal empieza a presentar cansancio, agotamiento físico, mental dificultando su labor.

El Hospital de Chancay es un establecimiento de Nivel II-2, la pirámide poblacional del distrito Chancay en el año 2019 era de 63,400 Hab, en comparación de años anteriores, el distrito de Chancay a partir del 2007 crece anualmente de 1,5 a 2 %, en el año 2012, el 35% (10295 Hab) de la población corresponde al grupo de adultos, tanto en el servicio de emergencia, consultorios externos y medicina de hospitalización. Los adultos mayores conforman el grupo etario de mayor mortalidad afectado con un 75%, por ser un grupo vulnerable registrándose un mayor número de defunciones. Respecto a las causas de mortalidad observamos, las septicemias con un 26%, seguida la insuficiencia respiratoria con un 18%, neumonías con un 15%, y la insuficiencia renal con un 5% (10).

El servicio de Medicina actualmente, cuenta con 20 camas, donde son hospitalizados adultos mayores dependientes con sus respectivos cuidadores, con un promedio de 15 días de estadía, se pueden observar en el servicio que, al interior de las familias, en la mayor parte de los casos es solo un integrante el responsable del cuidado del adulto mayor, su nivel económico es de medio a bajo. El cuidador es generalmente un miembro de la familia, por lo general son familiares cercanos. Los cuidadores primarios su ayuda es voluntaria, no reciben apoyo económico por esta actividad, están continuamente haciendo las visitas a sus familiares hospitalizados, además no son capacitados, en el cuidado del adulto mayor. y requieren adaptarse a las demandas del cuidado.

Atender a una persona adulto mayor crónico dependiente significa, mirar al familiar responsable quien lo cuida en casa, (cuidador primario), cuando esta persona se encuentra alterada su bienestar (física, psicológica, social y espiritual), ya sea por desconocimiento en la atención o falta de apoyo familiar e institucional no logrará un buen cuidado al adulto mayor crónico dependiente, por consiguiente, frecuentes reingresos en su hospitalización. Pérez C, en Cuba 2020 concluyó que el cuidado de los adultos se puede sobrellevar con el trabajo del cuidador familiar, siendo de vital importancia sus acciones en esta crisis sanitaria, para poder satisfacer sus necesidades del adulto mayor dependiente crónico (11).

El Cuidador Primario en el Servicio de Medicina, es la persona que se hace responsable del cuidado del adulto mayor en su domicilio, las cuales pueden ocasionar mala actitud hacia su familiar, cansancio, malestar general, y simplemente abandonar el papel de cuidador primario o comprometerse mucho más en la tarea. El cuidador en este periodo de su familiar hospitalizado refirió sentir impotencia por no conocer las formas de cuidar y por la falta de soporte de su familia, quienes no comprenden su rol, las indiferencias de las instituciones, las dolencias y enfermedades que padecen y a pesar de ellos tienen que seguir adelante, el sentimiento que les une de tristeza apatía irritabilidad, dejando de lado muchos aspectos de su vida personal.

Estudios realizados en Lima-Perú en el 2020, por Montalván N. un incremento de la sobrecarga de trabajo del cuidador genera un descenso en la calidad de vida, comprometiendo su salud psicológica y física. Villano S, en el 2016 demostró

en su estudio que un 82 % de cuidadores primarios presentaron problemas de salud en su salud mental y emocional. Beltrán L, 2017 en Lima-Perú, también concluyó que el área más afectada de los cuidadores primarios fue el psicológico seguido del físico el social, Estrada M, en México 2019 determinó que un 60% de la muestra presenta sobrecarga intensa y alteraciones de la salud general psíquica, el 80% presenta ansiedad y depresión, un 54.2%. (12,13,14,15).

Si bien es cierto el personal de enfermería en el hospital de Chancay son las personas responsables del cuidado del adulto mayor dependiente, es decir, es quien brinda una atención en prevención de riesgo, tratamiento y conservación de su calidad de vida, en la realidad, no se observa una atención integral al paciente adulto mayor dependiente, no existe una interacción con el cuidador primario no conoce su realidad, la salud del cuidador y de su familia.

Sin embargo, la labor del personal de enfermería, desempeña una función importante en el cuidado del adulto mayor y el cuidador primario, diseñando estrategias de gestión en el autocuidado del cuidador primario y brindando conocimientos sobre cuidados del adulto mayor crónico dependiente, a través de la creación de programas en los establecimientos de salud que involucren al cuidador y adulto mayor en sus domicilios a cargo de un equipo multidisciplinario.

El trabajo de investigación está orientado, desde el punto de vista preventivo-promocional dichos resultados se proporcionará al equipo de salud del Servicio de Medicina del Hospital de Chancay y a las autoridades.

## **2.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación del bienestar del Cuidador Primario y los cuidados básicos brindados al adulto mayor dependiente crónico del Hospital de Chancay en el servicio de Medicina junio-julio del 2017?.

### **III.- MARCO TEÓRICO**

#### **3.1.- A NIVEL INTERNACIONAL**

Salazar M, Garza E, García S. en (México) en el 2018, realizó el estudio con el objetivo determinar la sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor. El tipo de estudio es descriptivo y correlacional, muestreo por bola de nieve, la muestra conformada por 86 cuidadores de un centro comunitario. Para las mediciones se utilizó, la prueba de Zarit y la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Se aplicó la Prueba de Kolmogorov Smirnov y Prueba de Correlación de Spearman. Cuyos resultados fueron Los cuidadores con sobrecarga intensa fueron el 32.6%, el 8.1% percibió la calidad de vida deficiente. A mayor funcionamiento familiar mayor calidad de vida del cuidador ( $p<.05$ ) y a mayor sobrecarga, menor calidad de vida del cuidador ( $p<.05$ ) en todas las dimensiones (16).

Domínguez M. en el estudio realizado en (México) en el 2016. Tuvo como objetivo analizar la estructura del bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores utilizando diferentes modelos estructurales. Mediante un muestreo no probabilístico, se colectaron datos de 466 cuidadores familiares de adultos mayores Se aplicó la Escala de Bienestar Subjetivo para Cuidadores Familiares de Adultos Mayores – EBEMS/CFAM, En el presente estudio se identificó que el estrés afecta negativamente al bienestar, el apoyo social, cognitivo y afectivo afecta positivamente al bienestar (17).

García F. en (Chile) en el 2016 realizó el estudio con el objetivo de evaluar el bienestar psicológico estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales, se utilizó un diseño descriptivo correlacional y transversal. participaron 194 sujetos, la flourishing scale de Diener para evaluar bienestar psicológico, la escala multidimensional de apoyo social percibido (mspss) para evaluar el apoyo social percibido, además de un cuestionario socio-demográfico. se encontró una correlación significativa entre las estrategias de planificación, aceptación y del apoyo social percibido con el bienestar psicológico. La dimensión social (los amigos), influyen significativamente en el bienestar psicológico (18).

Pinzón E. en el estudio realizado en (Colombia) en el 2016, tuvo como objetivo determinar la carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica, el tipo de estudio fue cuantitativo descriptivo, de correlación, y corte transversal. Participaron 55 cuidadores familiares, se utilizaron los instrumentos: calidad de vida versión familiar de persona con enfermedad crónica el cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos (mucho, poco y ninguno), y Carga del cuidado con el instrumento de Zarit concluyó que el bienestar psicológico, social y físico son los que fueron afectados frente a la dimensión espiritual considerada como la que cumple un papel amortiguador (19).

Yapu R. en (Argentina) en el 2016, realizó el estudio con el objetivo identificar el cuidado y acompañamiento que brinda la familia al adulto mayor, internado en el servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Privado, el tipo de estudio descriptivo, diseño no experimental, transversal, se intervino a familiares de 20 pacientes hospitalizados, cuyos

resultados fueron, que existe limitaciones por parte de los familiares que afectan el cuidado que brindan a sus familiares adulto mayores. (20).

### **3.2.- A NIVEL NACIONAL**

Lipa M, en (Arequipa-Perú) en el 2018, realizó el estudio con el objetivo determinar la relación existente entre la sobrecarga y la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con cáncer en tratamiento. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional. A una muestra de 121 cuidadores familiares, con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizó la Ficha Individual, La escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario Calidad de Vida de Betty Ferrell, al evaluar la sobrecarga el 67.8% presenta sobrecarga habiendo un 46.3% que presenta sobrecarga intensa, respecto a la calidad de vida global el 81% es regular. (21).

### **3.3.- NIVEL LOCAL**

Cueva, J. en su investigación realizada en (Lima-Perú) en el año 2017. Con el objetivo fue describir la calidad de vida del cuidador informal en las personas con enfermedades crónicas, método: fue un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo transversal, con un muestreo no probabilístico por conveniencia La población de estudio estuvo conformada por 87 cuidadores informales de enfermos crónicos, a los cuales se les evaluó mediante el cuestionario mide calidad de vida (SF36), La calidad de vida de los cuidadores informales, fue afectada en algunas dimensiones, esto puede deberse a la falta de orientación sobre cómo manejar su salud y a la alta demanda de cuidados que se genera el cuidar a un enfermo familiar con patologías crónicas (22).



Villano, S. en su estudio de investigación realizada en (Lima-Perú) en el año 2016. Con el objetivo Determinar la relación entre la Calidad de vida y Sobrecarga del cuidador de pacientes ambulatorios con secuela de Enfermedad Cerebro Vascular en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas : El enfoque es cuantitativo, la población estuvo conformada por cuidadores primarios y la muestra es de 115 que asistieron a la Institución Nacional de Ciencias Neurológicas, que reunieron los criterios de selección, y a quienes desarrollaron el instrumento de Calidad de vida (SF-36) y Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit; A mayor sobrecarga menor es la calidad de vida que presentan los cuidadores primarios. Las dimensiones son afectadas el Rol Emocional y Función física, experimentan un nivel de sobrecarga Intensa (23).

#### **IV.- BASE TEORÍCA.**

*El Cuidador Primario*, según la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), lo define como la “persona del entorno del paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente para cubrir sus necesidades básicas, ya sea de manera directa e indirecta” (24). El cuidador primario, Según Lee D, (1994) y reforzado por, Abengozar R, (1998), es la persona que otorga su tiempo al cuidado de un familiar (hijo, esposa). al menos durante 6 semanas de haber realizado esta actividad continuamente.

Se dice de él también, que es la persona que se solidariza con el que sufre y es comprensible con el estado de salud de su familiar, por lo que toma la decisión de asumir esta responsabilidad. Conforme progresa la enfermedad del familiar, el rol del cuidador va adquiriendo mayor importancia en la familia, no sólo por el cuidado directo, sino por su contribución en la reorganización, mantenimiento y unión familiar. Dentro de las características identificadas en el cuidador primario, se tiene que es aquella persona que convive con la persona dependiente, busca satisfacer las necesidades del adulto mayor, se ocupa de las tareas domésticas, instrumentales (ir de compras) y el cuidador persona, no tiene límites de horarios, dedica gran parte de su tiempo y energía al adulto mayor, muchas veces renuncia a sus propias actividades para atender a su familiar (25).

El cuidador primario puede visualizarse según dimensiones dentro de las que se encuentra. *La Dimensión Física*, para el cuidador representa su salud física, que puede ser alterada durante el cuidado presentándose síntomas y alteraciones en su

salud, como alteraciones orgánicas, desgaste físico, hiporexia, que a su vez puede traer como consecuencia problemas emocionales como ansiedad, estrés y depresión. Según el nivel de dependencia del familiar el cuidador puede desencadenar problemas mayores en su salud. A mayor dependencia mayores consecuencias negativas en su salud.

*la Dimensión Psicológica*, comprende el reconocimiento y comprensión del estado cognitivo y afectivo del cuidador. El cuidador puede presentar problemas para lidiar con su propia vida y dificultad para concentrarse y reconocer las cosas de su entorno. Esta persona tiene un arduo trabajo; además, de cuidar al familiar en el hogar, debe visitar al médico, realizar sus propias actividades en el ámbito laboral y personal. Los síntomas de cansancio o agotamiento se incrementan cuando su entrega y dedicación le exige estar gran parte de su tiempo con su familiar; ello le genera cansancio, irritabilidad, sentimientos de culpa por no hacer todo lo que su familiar necesite. La consecuencia de todos estos aspectos ocasiona un deterioro en la dimensión emocional del cuidador primario.

*la Dimensión Social*, se define como la percepción que tiene toda persona en sus relaciones interpersonales, y su rol social con la sociedad. Puede alterarse cuando la persona al brindar el cuidado y dedicación no cuenta con el apoyo de sus familiares, ocasionando que la dimensión social se vea afectada (26). *La Dimensión Espiritual*, contiene un valor importante para afrontar dificultades, así como, para brindar orientación y sentido de vida, haciendo que el cuidador mejore sus capacidades para asumir con mayor compromiso y responsabilidad el cuidado

de su familiar. Cuando esta dimensión se ve afectada el cuidador presenta culpa, duda e incertidumbre que afecta su propia salud o vida. Así mismo, puede perder confianza y esperanza en su fe y en su propia fuerza para asumir la enfermedad. Por ello es difícil para el profesional de enfermería pueda tener injerencia en la dimensión espiritual debido a la diversidad de creencias y valores (27).

El cuidador se pueden clasificar en diferentes tipos. *El cuidador primario*, viene a ser el familiar más cercano, que asume la responsabilidad de cuidar y atender a su familiar diariamente. *El cuidador secundario*, es otro miembro de la familia que brinda parcialmente ayuda a un familiar. *El cuidador profesional*, es el trabajador que es remunerado por cuidar en el domicilio del adulto mayor. *El cuidador voluntario*, es la persona que generalmente pertenece a una ONG, que presta su colaboración en coordinación con la familia. (28).

Las fases de síndrome del cuidador son 4 por las que transita el cuidador durante el apoyo a su familiar. *La primera fase* consiste en el desgaste físico, la disminución de su tiempo para el cuidado del mismo, lo que trae como consecuencia deficiencias en la calidad de su cuidado. *La segunda* consiste en la presencia de síntomas de estrés, donde el cuidador presenta sentimientos de incompreensión, reconocimiento y soledad, por la falta de apoyo de personas relacionadas a ellos, es un proceso que no tiene una duración larga. *La tercera* consiste en que el cuidador ya presenta sintomatologías de desgaste psicológico: fatiga, ansiedad, insomnio, frialdad en el trato con el enfermo, justifica su comportamiento, pero es afectado por la culpa. *La cuarta fase* aparece cuando el adulto mayor ya ha

fallecido. El cuidador siente un vacío que esta por llenar, con las atenciones que antes brindaba, también presenta una falta de motivación para seguir viviendo (29).

*El Bienestar* según, Arriagada I, 2006, Temkin B, 2006, define bienestar en dos niveles: nivel objetivo y subjetivo, dentro del nivel objetivo señala que el bienestar se determina por la protección social de la que es beneficiario la persona: casa, educación, seguro de desempleo y pensiones de jubilación y desde el nivel subjetivo define el bienestar como la aspiraciones de los adultos mayores. Este concepto es muy utilizado en investigaciones bienestar de los cuidadores de los adultos mayores (30,31). Para la OMS, (The Whogol Group, 1995, p.1403), el bienestar es el resultado de cómo se perciben las personas en el contexto de su vida, su cultura, valores y metas. (32), (4). Félix A, 2012, bienestar es la adaptación e integración en las dimensiones físicas, psicológicas sociales y espirituales en el continua salud- enfermedad (33).

Existen diferentes tipos de Bienestar. *El Bienestar Físico*, según Benavides M, en el (2013), define como la capacidad que tiene el cuerpo para desempeñar cualquier actividad, relacionada a la agilidad, habilidad y flexibilidad. Para tener bienestar físico se requiere contar con una adecuada nutrición, higiene y realizar ejercicios, ninguno es mejor que el otro, por ello es importante que el adulto mayor realice todas estas actividades de manera equilibrada.

*El Bienestar Social*, según Benavides M. en el (2013), señala que el bienestar social depende de los factores que mejoran la calidad de vida, como son los recursos económicos, vivienda, acceso a la educación de la salud y tiempo de ocio.

*El Bienestar Psicológico*, es la actitud o sentimiento que posee la persona y que puede ser positivo o negativo. Se sostienen en las propias características personales como: sus sentimientos, formas de pensar y acciones de satisfacción consigo mismo, estas son transmitidas a los demás. *El Bienestar Espiritual*, es definido como el desarrollo personal armonioso que proviene de las fuerzas interiores del ser humano y que motivan al cuidado; se puede dar desde el componente afectivo y moral. El componente afectivo es de mayor contundencia para asumir el cuidado porque a través de ella la persona demuestra su amor filial, mientras que el componente moral involucra a las personas a cumplir con el cuidado por ser parte de sus obligaciones o deberes (34).

***El Adulto mayor*** según la (OMS) 1984, define como toda persona mayor de 60 años de edad, en esta etapa es donde la persona logra disfrutar de la tranquilidad de la vida, dejó de trabajar y tiene jubilación; de otro lado, también se describe como la etapa donde decrecen sus facultades, así como sus ingresos económicos y presentan problemas de salud considerándose una persona dependiente, que requiere parcial o totalmente del apoyo de terceras personas en cuanto a sus actividades básicas (35).

De acuerdo a su desarrollo y evolución pueden ser: que todos los seres humanos llegaremos a ser adultos mayores; la vida tiene un proceso donde la persona no podrá detener su edad; todos los seres vivos poseen diferentes formas de llevar su vida adulta depende de cada persona; todas las personas llegarán a perder su funcionalidad y finalmente la expectativa de vida se incrementa en la medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades (36).

Los Cambios que se producen en el Adulto Mayor; *En el aspecto Físico* puede o no ser visible, por ejemplo, la apariencia física, la disminución en el vigor, y la pérdida en habilidades y destrezas; *En el aspecto Psicológico*, se refiere a los cambios que presenta en su memoria, inteligencia, procesos de aprendizaje, emociones e impulsos; *En el aspecto Social*, está relacionado con el vínculo que tiene con su entorno y con las personas de mayor influencia. Todos estos factores se relacionan entre sí en la vida de la persona adulta mayor (37).

Según su grado de funcionalidad los adultos mayores se pueden clasificar en:

*Autovalente*, es la persona adulta mayor que tiene la posibilidad de realizar todas sus actividades básicas en su hogar. (Comer, vestirse, bañarse, manejar su medicación y su economía, no presenta problemas con su salud, emocionales, y sociales). *Frágil*, es la persona adulta que puede valerse por sí misma, pero tiene alguna dificultad para realizar sus actividades básicas en su hogar; conserva su independencia parcialmente porque corre el riesgo de perder su autonomía, puede tener de una a dos enfermedades. *Dependiente o Postrada* (No Autovalente), es el adulto mayor que necesita del apoyo de otras personas; puede tener una o más enfermedades crónicas; dependen para realizar sus actividades en casa; presentan problemas mentales neurodegenerativos, por lo que requiere atención en salud (38).

El envejecimiento no se debe sólo a las carencias biológicas, sino a la carencia de varios factores que están interrelacionados; como, por ejemplo, la pérdida de actitudes funcionales, la presencia de enfermedades: agudas, crónicas y la desnutrición; así como la marginación social y la pobreza.

*Discapacidad.* Se refiere a la limitación funcional o cognitiva que presenta el adulto mayor. La discapacidad está más relacionada con la función social. Se identifica en la brecha que existe entre las capacidades de la persona y las demandas del entorno; estas personas tienen limitaciones para desenvolverse en su entorno, laboral y social, para que puedan desarrollar sus actividades sus roles y tareas.

*Dependencia.* Es el proceso en el que las personas no pueden asumir sus necesidades y se constituye en un reto para las entidades que brindan servicio como: salud e instituciones sociales quienes tienen que afrontar nuevas necesidades y demandas sociales, en un contexto donde existen presiones políticas y económicas. Son necesidades que reclaman los cuidadores como los adultos mayores, para afrontar la situación de dependencia de sus familiares (39).

El adulto mayor está sujeto a diferentes tipos de dependencia como; *Dependencia física*, que aparece de manera progresiva o lenta, por ejemplo, la pérdida de la vista, del oído, dificultad para caminar etc., que son irreversibles por lo que se busca ayuda médica, rehabilitación y medicación para atenuar su autonomía; *Dependencia mental*, se da en forma progresiva, la reversión es casi imposible, la persona es incapaz de expresar sus necesidades y cuidarse; *Dependencia afectiva*, es provocada por un golpe emocional con cambios en el comportamiento, ocasionando repercusiones donde la persona pierde compañía, de la familia, cónyuge. Por lo que es importante que el adulto mayor esté acompañado y pueda relacionarse con los demás (40).



Para la investigación se utilizó la escala de la Cruz Roja, que es simple y fácil de usar, sin normas detalladas, el investigador clasificó al paciente en el grado funcional que más se aproximó a su situación. Se evaluó la incapacidad física, en la escala de 6 grados, que oscila entre 0 que es independiente hasta 5 que es de incapacidad total (inmovilizado en cama o sillón, incontinencia total, necesita cuidados continuos). La fiabilidad de este instrumento está en la correlación de 0.51 a 0.62 (41).

En el adulto mayor se han determinado diferentes grados de dependencia. *Dependencia leve*, las personas necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas al menos una vez al día, *Dependencia moderada*, las personas requieren ayuda para realizar las actividades básicas de 2 a 3 veces al día, sin necesidad de contar con un cuidador; *Dependencia severa*, que requiere de ayuda en varias actividades básicas, con pérdida de la autonomía mental o física. Si requieren de un cuidador (42).

*El cuidado* según Leonardo Boff, requiere de una responsabilidad y compromiso afectivo a la persona cuidada. Para el autor existen dos maneras básicas de ser en el mundo.

1).- El trabajo, se refiere a la forma como la persona interactúa e interviene en la naturaleza predominando la razón; por lo tanto, olvida su propio ser. El cuidado es la convivencia con las cosas, donde pierde su condición de ser meros objetos para vincularse de sujeto a sujeto.

2).-El cuidado, recupera el valor intrínseco de las cosas desapareciendo el

valor utilitario. No hay equilibrio en las dimensiones, siendo el trabajo el que predomina (43).

El cuidar a una persona mayor que no pueden satisfacer sus necesidades por sí solas, como levantarse, vestirse, deambular, etc., exige una gran capacidad humana para satisfacer sus cuidados básicas como físicas, psicológicas sociales y espirituales para ello debemos reflejarnos en el otro, es decir, cómo me gustaría que me cuidaran a mí el día de mañana. El cuidado también es una oportunidad para expresar el cariño a los padres, una oportunidad para sanar heridas o para reestablecer lazos perdidos.

El efecto de cuidar genera una fuente de estrés de larga duración y que puede institucionalizarse en el cuidador primario, afectando su vida. Ven disminuido su tiempo libre, sus actividades de ocio, restringen su vida social, y presentan dificultades en su vida laboral y su salud. El estrés se va aumentando a medida que el familiar al que atiende se va deteriorando, existe diferentes formas de reaccionar ante una situación estresante, puede ser positiva cuando el cuidador se adapta al cuidado pese a los problemas del familiar y negativa cuando se incrementa el estrés del cuidador (44).

Dicha teoría está sustentada por el “Modelo de Corbeil, Quayhagen y Quayhagen (1999)” explica que la relación que se establece entre el adulto mayor y el respectivo cuidador debe hacerse en un ambiente de motivación del aspecto cognitivo, donde se demuestra que el cuidador se encuentra adaptado o no al modo de vida del adulto mayor. Este modelo resalta la satisfacción del cuidador donde

se expresa sentimientos de cariño, respeto, interacción, respeto a la experiencia vital, por tal razón el modelo se basa en los aspectos positivos y no negativos (45).

*Cuidados básicos al adulto mayor según dimensiones*, el cuidado es definido como una acción de plenitud y abarca todos los aspectos de vida de los individuos; la falta de atención de ellas provocaría dificultades deficiencias en la salud del anciano. La persona es pluridimensional por tanto requiere de un cuidado en cada una de sus dimensiones para lograr su bienestar.

*La Dimensión Biológica*, se refiere a la estructura completa del cuerpo y que puede sufrir daños reversibles e irreversibles ocasionados por cambios moleculares u orgánicos, también puede haber cambios en los tejidos y en las defensas del organismo, problemas de su salud como enfermedades crónicas, ocasionando la disfunción y discapacidad (46).

Dentro de la dimensión biológica se consideran; *la necesidad de alimentación* del anciano: está es vital para la sobrevivencia del adulto mayor, por lo que la enfermera debe realizar un seguimiento, para ayudar en la mayoría de veces a mejorar los hábitos, que muchas veces los tiene incorporando y contextualizado con su entorno. Los factores que pueden influir para que se mantenga una inadecuada alimentación son las enfermedades crónicas como la anemia, desnutrición, trastornos digestivos como él (estreñimiento).

*Necesidad de la higiene* corporal en el anciano: para que los adultos mayores puedan protegerse del medio ambiente y de las infecciones requiere mantener su

piel cuidada, por tanto, su piel debe estar sana y cuidada a través del baño general, cuidado de las uñas, dientes, cavidad oral, nasal, perineal y genital. *Necesidad de eliminación*: se refiere a la función excretora del adulto mayor, donde se realiza la eliminación intestinal, vesical y de la piel; la insatisfacción de esta necesidad va a ocasionar cambios importantes en todas las áreas de su vida (social, económica).

La incontinencia fecal, representa una mayor repercusión negativa en la calidad de vida de los adultos mayores. *Necesidad de sueño, reposo y relajación*: genera en el organismo la energía necesaria para el restablecimiento de las funciones corporales, una disminución del sueño genera problemas de insatisfacción en el adulto mayor, cansancio, irritabilidad, disminución de la actividad física. La satisfacción de esta necesidad es imprescindible para el resto de las necesidades, para restituir el sueño el adulto mayor debe tener reposo y relajación. Uno de los trastornos es el insomnio que estrés, salud y psiquiátricos, ciertos fármacos (47).

*La Dimensión Social*, consiste en las habilidades personales que permiten integrarse a su entorno y fundamentalmente con su propia vida, que es definido también como la cultura del ser, que logra unir un colectivo social para lograr su progreso; la falta de equilibrio en esta dimensión puede ocasionar sufrimiento físico y moral. Se requiere de apoyo interinstitucional para contribuir con esta población en estado de vulnerabilidad y debilidad. En esta dimensión están integradas las relaciones interpersonales, conducta y comunicación asertiva,

además de las propias habilidades que debe tener el adulto mayor para mejorar su comunicación interpersonal. En este proceso el profesional de enfermería debe tener cuidado con su comunicación verbal y no verbal, permaneciendo siempre cortés.

*La Dimensión Espiritual*, pertenece a todos los seres humanos. el ser humano, tiene una estructura que es el cuerpo y espíritu que es alma. Si el objetivo es el bienestar holístico del adulto mayor no se debe dejar de lado esta dimensión; su carencia está relacionada con la disminución creciente de su bienestar. El respetar la dimensión espiritual requiere que se reconozca el pasado, encuentre el sentido de su presente y mantenga la esperanza en el futuro. Es importante que el adulto mayor se encuentre acompañado de personas queridas en su proceso de envejecimiento, de vivir y celebrar la fe. El cuidador debe tener tacto, cuidado, y sintonizar con su mundo anímico. El cuidador debe buscar que el adulto se exprese respetando su silencio he intentado una respuesta.

En la Dimensión espiritual de toda persona enferma requiere que se le reconozca su pasado, encuentre sentido a su presente, mantenga la esperanza en el futuro, de sentirse acompañado por personas queridas en su proceso de envejecimiento, de mantener vínculos de afecto con personas significativas, de vivir y celebrar la fe, todo ello es de importancia para la persona que cuida que consiste en ser empático y contribuir en su estado anímico, es importante que logre que el adulto mayor exprese sus sentimientos sin presionarlo, entendiendo que su silencio, su tristeza y su desconcierto debe ser respetado.

La espiritualidad se basa en el interés por el conocimiento de la fe que se encuentra apoyado por la esperanza y el sentido de colaboración con los demás. Esta dimensión tiene importancia en la fortaleza del ser humano, por tanto, la responsabilidad en el cuidado brindado por enfermería debe valorar este aspecto, con mayor razón si la persona se encuentra al final de su vida (48). *En la Dimensión Psicológica*, esta involucra los riesgos que tiene el adulto mayor en su forma de pensar, actuar y sentir; esto se debe fundamentalmente, a la forma de relacionarse con uno mismo y con los demás, y a sus propias características de su personalidad como el afesión activo, cognitivo y conductual (49).

*El proceso perceptivo.* - se refiere al deterioro de los sentidos, principalmente del oído y la vista del adulto mayor que se va incrementando con la edad. Este deterioro afecta en la percepción del adulto mayor, puede en estas circunstancias perder la vista (tener ceguera) y quedarse sordo, además, se ve afectado los órganos sensoriales, ocasionando una respuesta motriz lenta.

*En el orden intelectual.* - se refiere a la disminución y deterioro de la atención concentración y memoria del adulto mayor, dificultando su relacionamiento con su entorno. Por ejemplo: tiene dificultad para recordar, se percibe pérdida de la secuencia en las conversaciones, disminuye su capacidad de atención y aprendizaje, lo que puede asociarse a cuadros depresivos u otros.

*Los procesos afectivos.* - se refiere a los cambios de estado de ánimo del adulto mayor que va desde la alegría hasta la tristeza; así como los cambios emocionales como: irritabilidad, indiferencia, pesimismo; por estas razones el adulto mayor está en riesgo de padecer alteraciones psíquicas.

*En la depresión.* - incluyen los aspectos genéticos, bioquímicos, endocrinos, del adulto mayor. Las consecuencias se pueden presentar asociadas a las enfermedades como la artropatía, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, esqueléticas, respiratorias, alteraciones en el sueño, tensión y memoria, manifestando una actitud negativa hacia sí mismo y los demás (50).

***Teorías de enfermería que fundamentan la investigación.***

***La teoría de Nola Pender***, señala que las personas o grupos, para alcanzar su bienestar, deben ser capaz de realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades; así mismo, explica que para lograr este bienestar la persona debe sentirse motivada y querer mejorar sus recursos personales, así como modificar su conducta, actitudes y motivaciones, para promover su salud. La autora se basa en las teorías del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (51).

El personal de enfermería a través del Modelo de Prevención de la Salud (MPS), trabajará con el cuidador para mejorar su bienestar y a la vez mejorar los cuidados del adulto mayor, con los tres elementos que componen el Modelo de Promoción de la Salud. Los elementos que componen el modelo de Promoción de la Salud son:

*-Características y experiencias individuales del Cuidador Primario y Adulto Mayor crónico dependiente.* Se consideran la conducta previa relacionada, que considera las vivencias que pudo haber tenido el cuidador con estilos de vida saludables y los factores personales que responden a su formación biológica, psicológica, social y cultural.

*-Los conocimientos y afectos como sentimientos, emociones, de la conducta, tanto del Cuidador como del Adulto Mayor dependiente crónico, comprende 6 conceptos. Primero:* Se refiere a la forma positiva que asume el cuidador para garantizar un resultado adecuado en el cuidado de la salud. *Segundo:* Se refiere a las debilidades concebidas por el cuidador sobre sus propias acciones para el cuidado. *Tercero:* es la percepción de uno mismo auto eficacia y competencia.

*Cuarto:* consiste en cómo se relaciona nuestras emociones o reacciones con nuestros pensamientos que pueden tener un efecto positivo o negativo. *Quinto:* Se refiere a la influencia de las interrelaciones personales a fin de promover cambios relacionados con el cuidado. *Sexto* indica las influencias del entorno que pueden incrementar o minimizar la participación comprometida del cuidador durante sus actividades de cuidado.

*-Resultado Conductual, constituye el resultado final deseado.* Está involucrada la demanda y preferencia. La demanda significa que las conductas no logran ser controladas por el cuidador por la existencia de obstáculos en el entorno, mientras que las preferencias personales ayudan al cuidador en la elección del cuidado.

El Modelo de Promoción de la Salud, sustenta que la conducta puede ser modificada generando resultados positivos que contribuyan en la mejora de la salud (52).

***El modelo del autocuidado de Dorotea Orem,*** los profesionales buscan que las personas mejoren su propio cuidado para mantener sus capacidades funcionales. Es en este proceso donde el profesional de enfermería debe fortalecer al cuidador, ya



que su contribución hacia el adulto mayor es fundamental. El autocuidado también debe abarcar la dimensión biológica, social y espiritual y no solamente centrarse en la recuperación sino en la promoción de la salud.

El modelo de autocuidado consta de tres teorías que son. *La teoría del autocuidado*: en la que explica que el autocuidado puede contribuir en el bienestar de las personas y mejorar su estilo de vida, además como el cuidador primario puede auto cuidarse para mejorar su bienestar. *La teoría del déficit de autocuidado*: explica que la persona tiene dificultades para realizar su autocuidado, esto se presenta en personas sometidas a limitaciones en su salud y por lo tanto requieren del cuidado profesional. Tanto el cuidador como el adulto mayor pueden tener un déficit de autocuidado, o uno de ellos puede influir en el déficit del otro. *La teoría de sistemas de enfermería*. Determina la importancia del cuidado hacia una persona dependiente.

La teoría de sistemas está conformado por. *Sistemas de enfermería totalmente compensadores*: El profesional de enfermería asume el cuidado de las necesidades de la persona. *Sistemas de enfermería parcialmente compensadores*: Enfermería se centra en el cuidado. y *Sistemas de enfermería de apoyo-educación*: El profesional de enfermería contribuye a lograr el autocuidado del adulto mayor, brindando orientación, cuidados, y enseñando a que la persona cumpla con sus roles.

Para el logro de estos objetivos, el profesional de enfermería deberá ser capaz de: Discriminar los aspectos normales de los anormales de la persona en relación a la salud tanto física como psicológica y en su condición social. Para ello debe estar

preparada en el uso adecuado de las técnicas de la observación, la entrevista y el examen físico. Tomar decisiones para brindar el tipo de asistencia que requiere el adulto mayor en base a la información que recolectó y analizó. Asistir a la persona de edad avanzada y a sus familiares durante la enfermedad y después del proceso de muerte. De esta manera el personal de enfermería puede ayudar no sólo al adulto mayor si no al cuidador primario mejorando su bienestar para que él pueda brindar los cuidados básicos al familiar (53).

***Teoría de virginia henderson.*** Es la teoría de las necesidades, donde el individuo requiere cubrir cada una de ellas, estas necesidades son vitales y que sirven para la sobrevivencia del ser humano, estas son las necesidades físicas, biológicas, de protección, seguridad, amor, prosperidad, autoestima y autorrealización.

La atención a las personas en proceso de enfermedad e invalidez requiere de conocimientos y habilidades, estos conocimientos también deben interactuar para cuidar sus diferentes dimensiones de la persona. La autora recalca que la persona y su entorno debe contar con fuerza, voluntad, conocimiento necesario para satisfacer sus necesidades (54). Para este estudio se ha considerado algunos de las necesidades básicas que menciona la teórica que son: La alimentación, higiene, confort, eliminación, reposo y sueño.

## **V.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

Este estudio del bienestar del cuidador primario, nos va a permitir a mejorar el bienestar y el cuidado del adulto mayor crónico dependiente, ya que ellos asumen el cuidado en su totalidad después de la alta, además se evidencia la ausencia de un programa dirigido al cuidador y al adulto mayor crónico dependiente en el establecimiento de salud, por lo tanto es de importancia capacitar y supervisar el trabajo del cuidador primario, la cual si no se realiza, afectaría la salud del cuidador, del adulto mayor y de la familia, ocasionando un problema de Salud Pública. Los resultados del presente estudio permitirán beneficiar a los cuidadores primarios, entregando conocimientos y competencias que mejoren su autocuidado y la calidad del cuidado, lo que se traducirá en una mejor atención al paciente postrado no solo en la institución si no en su domicilio. El estudio está orientado, desde el punto de vista preventivo promocional, y el sistema de salud en nuestro país continúa centrado en la atención de enfermedades, por lo tanto, se requiere de un cambio en la atención de los servicios de salud, que nos permitan ayudar en las necesidades y problemas identificados en el presente estudio, tanto a los cuidadores primarios y a los adultos mayores.

## **VI.- OBJETIVOS**

### **6.1.- OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la relación del bienestar del Cuidador Primario y los cuidados básicos brindados al adulto mayor dependiente crónico del Hospital de Chancay en el servicio de Medicina junio-julio del 2017.

### **6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Identificar las características socio demográficas del cuidador primario y del adulto mayor dependiente crónico.
- Identificar el nivel de bienestar del Cuidador Primario en su dimensión: física, psicológica, social y espiritual.
- Identificar los cuidados básicos brindados por el cuidador primario al adulto mayor dependiente crónico en las dimensiones: biológico, psicológico, social y espiritual.

## **VII.- METODOLOGÍA**

### **7.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO**

El tipo de estudio cuantitativo, de diseño no experimental, correlacional, de corte transversal.

### **7.2.- POBLACIÓN**

La población del estudio estuvo constituida por 40 cuidadores primarios de pacientes adultos dependientes del servicio de medicina del hospital de Chancay, quienes cumplieron con los criterios de selección.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Fueron cuidadores que permanecieron durante los turnos diurno y nocturno, los que cuidaron al paciente adultos mayores crónicos dependientes en sus domicilios más de 6 meses consecutivos, entre 18 a 70 años de edad, aceptaron firmar el consentimiento informado. No se excluyó a ninguno cuidador.

### **7.3.- PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

1. Se presentó la investigación a la Unidad de Investigación Ciencia y Tecnología; y al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
2. Se solicitó permiso correspondiente al director del Hospital de Chancay para la ejecución del estudio, previa aprobación del Comité de Ética del Hospital, se envió un comunicado a Jefatura de Enfermería del departamento y jefa de los servicios de medicina del Hospital de Chancay,

explicando los objetivos del trabajo de investigación, solicitando la autorización para la recolección de datos.

3. Los datos se recolectaron en horario de 4pm -7pm, 3 horas diarias durante dos meses, nos tomó 20 minutos para entrevistar a cada uno de los cuidadores primarios de adultos mayores con los respectivos instrumentos, el cual se realizó desde el mes de junio hasta el mes de julio del año 2017.
4. Durante la hospitalización del paciente adulto mayor crónico dependiente, se procedió a realizar la selección de la población objetivo mediante los criterios de selección, donde se informó a los Cuidadores primarios los objetivos de la investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado. Se aplicó la encuesta tipo cuestionario con preguntas de selección múltiple, al Cuidador Primario

#### **7.4.-TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO**

La técnica que se uso fue la encuesta y dos instrumentos uno que evalúan el bienestar del cuidador primario (Betty Ferrell) y el otro evalúa los cuidados básicos brindados al adulto mayor de estudios anteriores modificado por la autora. Se utilizó la escala de Likert en la formulación de los ítems de los instrumentos, que fue auto aplicado, en todo momento y se mantuvo la confiabilidad de los datos que se aplicó considerando la privacidad.

#### **7.5.- DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO:**

**I.-PARTE.** -el cuestionario para determinar características sociodemográficas del cuidador primario y del adulto mayor, se utilizaron preguntas cerrada y abierta

para obtener información del cuidador informal respecto a: características sociodemográficas de éste (edad, género, escolaridad, ocupación, etc.), características de salud del cuidador, redes de apoyo, capacitación.

**II.-PARTE.** - el Instrumento permitirá medir las dimensiones del bienestar del cuidador primario.

Es un instrumento validado en el estudio de Investigación titulado “Instrumento para medir la calidad de vida en su versión de la familia (quality of life family version) (qol) de Betty Ferrell “, en Bogotá-Colombia 2010, que fue modificado por la autora, después de la validación y confiabilidad del instrumento consta de 4 dimensiones, biológico, social, psicológico, y espiritual, con categorías de 0-3 (ninguno, leve, moderado y severo) y un total de 12 preguntas, se categorizó los resultados de la variable bienestar según el siguiente puntaje. Bienestar alto =.0-12, Bienestar medio = 13-24, Bienestar bajo = 25-36.

**III: -PARTE.** - el instrumento fue realizado por la investigadora, teniendo como base estudios previos. Esté instrumento cuenta con 4 dimensiones biológico, social, psicológico, y espiritual, cada uno de estos ítems tiene a su vez subítems, con un total de 21 preguntas que permitirán determinar su cumplimiento, de los cuidados básicos del adulto mayor dependiente crónico, es adecuado moderado deficiente, fue sometido a juicio de expertos, y a una prueba piloto, se aplicó a 20 cuidadores primarios.

Los indicadores conforman el 100%, se considerará que cumple con los cuidados según dimensión, física, psicológica social y espiritual de las cuales

suman en cada dimensión 12 puntos que equivale al 100 % si es menos de 12 puntos no llega al 100% no cumple. Se categorizó los resultados de la variable cuidados básicos según los siguientes puntajes. Adecuado = 22-42, Inadecuado = 0-21.

### **VALIDACIÓN:**

La validación del instrumento se realizó considerando el contenido, constructo y criterio, se utilizó el juicio de expertos, para lo cual se describió las variables y definiciones, cuyos resultados se presentan en el anexo V.

### **CONFIABILIDAD:**

Para la confiabilidad se aplicó la prueba piloto, mediante la aplicación del coeficiente Alpha de Crombach, a 20 cuidadores primarios con iguales características en el hospital de Huaral, servicio de Medicina.

La confiabilidad del instrumento bienestar del cuidador primario, llega ser 0.734, siendo así un instrumento de confiabilidad moderada, en cuanto a los cuidados básicos del adulto mayor, la confiabilidad llega ser 0.726, siendo así un instrumento de confiabilidad moderada.

### **7.6.- PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.**

Para analizar los datos de la presente investigación se aplicó el método estadístico. Se realizó con el software estadístico SPSS versión 19, se tabularon en Excel, posteriormente a SPSS, se determinó los rangos y niveles de las variables y dimensiones usando el método Dalinius. Se presentó la media y el coeficiente de variación para las variables cuantitativas y tablas de frecuencia y gráficos de barra



para variables y dimensiones.

Asimismo, para determinar la correlación entre las variables y dimensiones se utilizó la correlación de Spearman puesto que las variables son de tipo ordinal y los puntajes son de escala de intervalo que no sigue una distribución normal. A los dos conjuntos de jerarquías se le asigna valores a la muestra de X e Y, que representan a las variables ordinal o de escala intervalo (Wayne, 2002).

### **7.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Antes de ejecutar el proyecto de investigación se solicitó formalmente autorización al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, posteriormente se solicitó autorización formal al Departamento de Enfermería y al Servicio de Medicina del Hospital de Chancay y a los cuidadores primarios de los adultos mayores dependiente se le entregará el consentimiento informado, solicitando su autorización para el recojo de la información.

Durante el proyecto de investigación se tendrá en cuenta los principios éticos de:

- ❖ **Beneficencia:** los resultados de la investigación permiten mejorar el bienestar del cuidador primario, mejorando el cuidado brindado al adulto mayor.
- ❖ **Autonomía:** se respetará la decisión de los cuidadores primario para la participación o no participación del proyecto de estudio, así como también de retirarse durante el proceso de estudio.
- ❖ **Justicia:** explicarle los benéficos que ellos podrán tener en todas sus dimensiones, aclarando todas las interrogantes que ellos pudieran tener.

- ❖ **No Maleficencia:** no se prevén riesgos de daño, durante la realización de este estudio, toda la información se mantendrá en secreto por parte del investigador.

### 7.8.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA DE
Bienestar del cuidador primario.	Percepción que tiene la persona en sus diferentes dimensiones subjetivas y objetivas dentro de su contexto cultural y de valores.	<b>FÍSICA.</b>       <b>PSICOLÓGICA.</b>	Acciones que se realiza para la base corporal de la existencia y los cuidados necesarios del cuerpo.       Actitud o sentimiento que posee el cuidador primario, que le permite guiar su conducta creativa y armónica.	Nivel de bienestar del cuidador primario	-Bienestar Alto. (0-12) -Bienestar Medio (13-24) -Bienestar Bajo. (25-36)

		<p><b>SOCIAL.</b></p> <p>Capacidad de interactuar comunicarse y desarrollar sus roles sociales.</p>			
		<p><b>ESPIRITUAL.</b></p> <p>Experiencia interior que conduce a dotar su sentido a la existencia.</p>		<p>Nivel de bienestar del cuidador primario</p>	<p>-Bienestar Alto. (0-12)</p> <p>-Bienestar Medio (13-24)</p> <p>-Bienestar Bajo. (25-36)</p>

Cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente.	Atención de las necesidades básicas del adulto mayor crónico dependiente.	<b>BIOLÓGICA.</b>	Brindar la atención debida al cuerpo y sus funciones que realiza.	Cumplimiento de los cuidados básicos	-Adecuado. (22-42) -Inadecuado. (0-21)
		<b>PSICOLÓGICA.</b>	Prestar atención a la salud emocional, cognitiva y conductual.	Cumplimiento de los cuidados básicos	-Adecuado. (22-42) -Inadecuado. (0-21)

		<b>SOCIAL</b>	Estimular la participación en actividades sociales según el nivel de tolerancia	Cumplimiento de los cuidados básicos.	-Adecuado. (22-42) -Inadecuado. (0-21)
		<b>ESPIRITUAL</b>	Acciones trascendentes de valor y moral que se tiene con el adulto mayor, el estar ahí.	Cumplimiento de los cuidados básicos.	-Adecuado. (22-42) -Inadecuado. (0-21)

## VIII.- RESULTADOS

**TABLA N° 1**  
**CORRELACIÓN ENTRE BIENESTAR DEL CUIDADOR**  
**PRIMARIO Y LOS CUIDADO BÁSICO BRINDADOS AL**  
**ADULTO MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO.**

Hipótesis

H<sub>0</sub>: No existe correlación entre bienestar del cuidador primario y cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente.

H<sub>1</sub>: Existe correlación entre bienestar del cuidador primario y cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente.

Correlación entre bienestar del cuidador primario y cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente. (Rho. Spearman).	<b>0.42**</b>
Grado de Significancia (p)	<b>0.007</b>
<hr/>	
Población:	<b>40</b>

**Nota: \*\*: Como el grado de significancia (0.007) es menor al nivel de significancia (0.05) se acepta la hipótesis de la investigación, es decir La correlación es significativa a un nivel de significancia de 0.05.**

En la tabla N° 1 se presenta la correlación entre bienestar del cuidador primario y cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente, donde podemos observar que existe correlación de nivel directa moderada entre estas dos variables, es decir a mayor puntaje de bienestar del cuidador primario, mayor puntaje en cuanto al cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente crónico, con una probabilidad menor que el nivel de significación ( $r = 0,42^{**}$ ,  $p < 0.01$ ).

**TABLA N° 2**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR**

**PRIMARIO.**

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR		N.º	%
		(26, 80) AÑOS	
Edad			
Sexo	Masculino	9	22,5%
	Femenino	31	77,5%
Estado civil	Soltero	14	35,0%
	Casado	16	40,0%
	Divorciado	3	7,5%
	Conviviente	7	17,5%
Relación con el paciente	Hijo (a)	29	72,5%
	Nieto	4	10,0%
	Hermano	2	5,0%
	Nuera	5	12,5%
Grado de instrucción	Primaria	10	25,0%
	Secundaria	19	47,5%
	Técnico superior	8	20,0%
	Universitario	3	7,5%
Tiempo de cuidado (años)			2.4 [0.6 , 10.0]; 99%
Experiencia de cuidado	Si	8	20,0%
	No	32	80,0%
Padece de alguna enfermedad	Si	28	70,0%
	No	12	30,0%
Recibió algún curso por parte de profesionales de salud	Si	1	2,5%
	No	39	97,5%

La tabla N° 2 muestra, las características sociodemográficas y antecedentes del cuidador, se puede observar que la edad promedio es de 46 años de sexo femenino (77,5%); casados (40%), es el hijo (72,5%), con grado de instrucción secundaria (47,5%); no han tenido experiencia en cuidar (80%) con alguna enfermedad (70%), tiempo de cuidado en años, mayor de 2 años 4meses (99%) y la mayoría no ha recibido algún curso por parte de profesionales de salud (97,5%).



**TABLA N° 3**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADULTO  
MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO.**

CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR		N°	%
<b>Edad</b>		(60, 98) AÑOS	
<b>Sexo</b>	Masculino	19	31.7%
	Femenino	41	68.3%
<b>Enfermedad que padece actualmente</b>	Arritmia (cardiaca, diabetes)	4	10.0%
	Diabetes	4	10.0%
	Cirrosis hepática	3	7.5%
	Derrame cerebral	3	7.5%
	Hipertensión	3	7.5%
	Artritis	2	5.0%
	Cáncer del útero	2	5.0%
	Infección (respiratoria, próstata)	2	5.0%
	ITU	2	5.0%
	Paraplejia	2	5.0%
	Otros	7	17,5%

En la tabla N° 3 se observa, que la edad promedio de los pacientes fue 79 años con una edad mínima y máxima de 60 y 98 años respectivamente. Los pacientes actualmente padecen las enfermedades de: fibrosis pulmonar, (15,0%), arritmia cardiaca (11,7%), cirrosis hepática (10,0%) y diabetes mellitus en un (10,0%).

**TABLA N° 4**

**NIVEL DEL BIENESTAR DE CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO  
MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO.**

NIVEL DE BIENESTAR	N°	%
BIENESTAR ALTO	10	25.0
BENESTAR MEDIO	3	7.5
BIENESTAR BAJO	27	67.5
TOTAL	40	100,0

En la tabla N° 4 se observa, que el nivel de bienestar del cuidador primario presenta un bienestar bajo en un (67.5%) y un bienestar medio (7.5%).

**NIVEL DEL BIENESTAR DEL CUIDADOR PRIMARIO SEGÚN  
DIMENSIONES**

DIMENSIONES		FÍSICA	PSICOLÓGICO	SOCIAL	ESPIRITUAL
ALTO	N	7	5	8	16
	%	17.5	12.5	20	40
MEDIO	N	20	4	16	6
	%	50	10	40	15
BAJO	N	13	31	16	18
	%	32.5	77.5	40	45

En el nivel de bienestar según dimensiones, la más afectada es la dimensión psicológica con un (87.5%) seguida de la dimensión física con un (82.5%).

**TABLA N° 5**  
**CUIDADOS BÁSICOS BRINDADOS AL ADULTO MAYOR**  
**DEPENDIENTE CRÓNICO.**

CUIDADOS	N°	%
BÁSICOS		
ADECUADO	13	32,5
INADECUADO	27	67.5
TOTAL	40	100,0

En la tabla N° 5 se puede observar, que los adultos mayores presentan un cuidado inadecuado un 67.5% y adecuado un 32,5%.

**CUIDADOS BÁSICOS BRINDADOS AL ADULTO MAYOR**  
**DEPENDIENTE CRÓNICO SEGÚN DIMENSIONES.**

DIMENSIONES		BIOLÓGICA	PSICOLÓGICO	SOCIAL	ESPIRITUAL
ADECUADO	N	8	14	18	16
	%	20	35	45	40
INADECUADO	N	32	26	22	24
	%	80	65	55	60

La dimensión más afectada en el adulto mayor es la dimensión biológica (Inadecuado) con un 80% y psicológica (Inadecuado) con un 65%.

## **IX.- DISCUSIÓN**

El resultado de la investigación determinó, que hubo correlación directa moderada entre las dos variables en estudio, que se muestra mediante la prueba no paramétrica de Spearman,  $0.42^{**}$ , con un nivel de significancia de 0.1% (Tabla 1). No se encontraron estudios similares en correlación con las dos variables, sin embargo, sí se pudo encontrar con algunas de las variables de estudio. La correlación directa moderada de este estudio demostró que se encontró afectada el bienestar del cuidador primario, mostraron también afectación los cuidados básicos del adulto mayor. En el estudio de Domínguez G. 2016 (México), señala que el bienestar, potencia la calidad de los cuidados que provee, a los cuidadores Primarios de adultos mayores dependientes (55).

El resultado de este estudio se debería a que los cuidadores primarios, tenían un promedio de 2 años 4 meses cuidando a su familiar, y durante este periodo su condición de bienestar habría decaído por su dedicación a tiempo completa, para cubrir sus necesidades básicas, además el desconocimiento al cuidado al adulto mayor postrado. En el estudio de Cueva C. 2017, (Perú), señala que La calidad de vida de los cuidadores informales, se ve afectada por la falta de orientación sobre cómo manejar su salud y a la alta demanda de cuidados que se genera el cuidar a un adulto mayor con enfermedades crónicas (56).

En relación a los datos sociodemográficos del cuidador primario y del adulto mayor determinó que, en relación al cuidador primario, el mayor porcentaje fueron mujeres, con un promedio de edad de 46 años, de estado civil casados, hija,

con grado de instrucción secundaria y con tiempo de cuidado mayor de 2 años. Sobre el adulto mayor la mayoría fueron mujeres con un promedio de edad de 80 años, con enfermedades cardiovasculares y diabetes (Tabla 2).

Con respecto a los datos demográficos se asemeja al estudio de Pinzón E. que en el año 2016 en Colombia determino que los cuidadores primarios en su mayoría fueron mujeres, hijas, casadas, con un media de edad 58,6 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1 a 5 años cuidando, dedican 21 a 24 h diarias, sin actividad recreativa, sin ayuda de otras personas (57); comparado con el estudio realizado por Cueva J, en el año 2017 en Perú encontraron que los cuidadores primarios en su mayoría fueron mujeres con un promedio de 42 años, estado civil casadas o en unión libre hijo/a, baja escolaridad, con dedicación a las labores del hogar, sin actividad productiva o con ingresos limitados (58).

La presencia mayoritaria de mujeres, adultas como cuidadoras primarias (tabla 2), se debería al rol que se le otorga socialmente a las mujeres como cuidadoras de la familia y la casa; así mismo a su grado de instrucción (bajo) de estas cuidadoras, quienes se verían obligadas a quedarse en casa porque no encontrarían otro trabajo u otras formas de ingreso económico; (personas con posibilidad económicas logran contratar a profesionales preparados para esta labor, esto disminuiría la carga emocional y física del cuidador primario). De otro lado, la mujer cuidadora según el estudio no recibe apoyo de sus familiares porque sería considerada como la persona más cercana al adulto mayor, los hermanos o demás

familiares no se involucrarían por falta de conciencia respecto a la magnitud de la necesidad del cuidado y porque asumirían que el cuidado al adulto mayor provocaría cambios mayores en su dinámica familiar la que no estarían dispuestos a modificar. No existe una ley que obligue a todos los hijos a hacerse cargo del adulto mayor postrado.

Con respecto a las características sociodemográficas del adulto mayor, el resultado de esta investigación demostró que las mujeres mayores de 80 años son en su mayoría las que requieren del cuidado del familiar, esto se debería al incremento de la expectativa de vida en las mujeres; pero que sin embargo, esto no sería garantía de buena salud ni de una vejez apacible ni tranquila, sino estaría limitada sus funciones por la edad y las enfermedades haciéndose en muchos casos dependientes de sus familiares. Esto se debería a la falta de programas de apoyo a las personas crónico dependientes quienes se encuentran abandonados por el estado a responsabilidad de la familia.

En relación al adulto mayor, el estudio se asemeja al realizado por Alanya J. que, en Lima, Perú, 2019 determinó que un 63% fueron mujeres, de edades entre 76 a 80 años (59). Así también se asemeja con el estudio de Quiroz Y. que, en el 2019 en Perú, determinó que en un 60.7% son mujeres, tienen tres o más enfermedades como las siguientes Hipertensión, Diabetes y Osteoartrosis (60).

Con respecto al bienestar del cuidador primario en sus cuatro dimensiones, se observa que un 25% de los cuidadores presentan un bienestar alto un 67.5% bajo,

un 7,5% un bienestar medio, se encuentra afectado el cuidador en algunas de sus dimensiones físicas, psicológicos, sociales y espirituales, la más afectada fue la dimensión psicológica, seguida de lo física, lo social y espiritual.

Dicho resultado del bienestar del cuidador puede ser comparado con el estudio realizado por Ruiz T, 2016 en Perú, concluye que los cuidadores informales presentan un deterioro general de su calidad de vida, ocasionado por el estrés (61). Beltrán L, 2017 en Perú, realizó un estudio donde encontró mala calidad de vida en forma global (62). También se asemeja con los estudios encontrados por Silva J. realizado en Lima en el año 2017 y Villano S. en Perú en el año. 2016 donde determinaron que las dimensiones más afectadas fueron la dimensión psicológica y física (63, 64 ).

Asimismo, en el estudio de Ruiz T. en el 2016 en Chiclayo-Perú, donde encontró que los cuidadores principales se mantienen en una situación de estrés constante y sufren grandes repercusiones bio- psico- sociales afectando drásticamente su calidad de vida. (65). Según estudio realizado por Cordero M. en el 2016 en Cuba, afirma que los cuidadores familiares de pacientes crónicos se hacen cargo de múltiples tareas razón por el cual incrementa el riesgo de padecer problemas físicos y psicológicos (66).

El cuidador primario realiza estas acciones de manera empírica, llevadas por la emoción y el cariño a su familiar, al no comprender todos estos elementos, teóricos, filosóficos, procedimentales, se afectan física, emocional y psicológicamente, llegando a situaciones de cansancio, estrés y al deterioro severo de su salud. Así

mismo muchas de estas cuidadoras asumen su rol sin tener experiencia previa de cuidado, esto se debería a la falta de programas de capacitación a cuidadores primarios por parte del estado o entidades privadas, y a programas de protección al cuidador, “cuidado del cuidador”

Al respecto Swanson señala que el bienestar de la persona depende del cuidado, para la autora el profesional de enfermería debe considerar que el cuidado es un proceso interconectado entre las diferentes dimensiones de los seres humanos, con el conocimiento de la realidad, estar con (estar emocionalmente con el otro) el hacer por (hacer por otros lo que se haría por sí mismo), facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y mantener las creencias (67). Este es el concepto delimitado para el quehacer de un profesional de enfermería.

Roger señala en su modelo de los procesos vitales, que es de suma importancia que las personas se conozcan a sí mismas, fortalezcan su conciencia e integridad para interrelacionarse con su entorno y logren su máximo desarrollo humano (68).

Según Ruíz, la alteración del bienestar del cuidador primario ocasionado por una sobrecarga en el cuidado del adulto mayor origina cambios con los familiares, en el trabajo, en lo económico, en el tiempo libre, en su salud y en su comportamiento, cuando ocurre en forma frecuente, puede convertirse en una lucha diaria frente a la enfermedad del adulto mayor, debido a las tareas monótonas y repetitivas que pueden agotar el aspecto psicológico y físico la persona, repercutiendo en los cuidados básicos del adulto mayor (69).Banda, O, en su estudio demuestra que el



cuidado proporcionado al adulto mayor en escenario no institucionalizado, solo contribuye al mantenimiento de sus capacidades físicas o ayudarlo a realizar actividades de la vida diaria; sin embargo no se puede afirmar que esto contribuya a su calidad de vida (70).

También se ha señalado, que el cuidador primario padece problemas psíquicas, sociales y físicas, que repercuten tanto su bienestar, como el cuidado del adulto mayor lo que pueden llevarle a convertirse en cualquier momento en paciente (71). El cuidador principal en quien generalmente recae el mayor impacto ante la enfermedad del adulto mayor, dicho impacto (carga) será modulado por el tipo, por el curso y gravedad de la enfermedad, por el apoyo socio familiar por las estrategias de afrontamiento del cuidador, así mismo será importante tener en cuenta, el tipo de sentimientos, motivos del cuidador principal y el tipo de organización familiar (72).

De otro lado, en estudios revisados donde el cuidador primario su calidad de vida no se encuentra alterada, se debió a que los estudios se realizaron en los centros hospitalarios cuya responsabilidad del cuidado era solo de parte de la enfermera. Que los adultos mayores eran frágiles y no crónico dependientes y que el instrumento que aplicaron los investigadores lo hicieron cerca del familiar, alterando los resultados de la investigación (73).

Los resultados encontrados en nuestro estudio respecto al bienestar del cuidador primario alterados en la dimensión psicológica y física se deberían en la dimensión física, el cuidador primario utiliza mayor esfuerzo físico para realizar las acciones

básicas del cuidado al adulto mayor (movilizar al paciente postrado, alimentarlo, masajes, baño, higiene), sin contar con conocimiento sobre técnicas de movilización ni ayuda de otros miembros de la familia. Se debería también a la falta de concientización del cuidador primario sobre las acciones de fuerza que realizan y que derivan en dolores musculares, agotamiento físico y contracturas; ellos realizan los movimientos, llevados por su desesperación o preocupación sin medir las consecuencias en su salud y bienestar físico por abocarse totalmente a su familiar. Por estas razones no acudirían tampoco a terapias físicas de ayuda. Según Suehignett y Linn Mcatamney, el realizar cargas mayores a 25 kilos, cambios bruscos de postura, movimientos repetitivos traen desordenes corporales y posibles lesiones posturales (74).

Según estudios realizados, refieren que en el bienestar psicológico del cuidador tiene relación directa con el apoyo social que le brinden, mejorando significativamente su funcionamiento físico psíquico, la cual se sugiere formar redes de apoyo, ya sea en su comunidad, pares, amigos o familiares, además, promover la aceptación del familiar con enfermedad o discapacidad, los conocimientos respecto al cuidado que entregan a los adultos mayores y actividades de autocuidado al cuidador primario (75). Así, Horlow H en relación al aspecto social, señala que el sentimiento de pertenencia a un grupo es importante a lo largo de la vida, ser miembro de un grupo brinda seguridad; además, es fuente importante de apoyo, se ha visto que las personas con mayor apoyo social viven mejor, son más felices, se enfrentan más a los retos y evolucionan mejor cuando están enfermos, el no pertenecer a un grupo supone el aislamiento social (76).

En relación a los cuidados básicos recibidos por el adulto mayor en estado crónico dependiente de parte del cuidador primario en el estudio se demostró que el adulto mayor ha recibido cuidados básicos inadecuado con un 67.5%. En los resultados también se identificó que los cuidados más afectados en global fueron la dimensión biológica 80% y dimensión psicológica 65%. Al respecto Ponce G. señala, que, si el cuidador primario presenta problemas en su bienestar personal, como limitación física, psicológica, cognitiva o poca interacción social, repercutirá negativamente en su cuidado básico al adulto mayor (77). Comparando con Yapú R. Argentina 2016, señala los cuidadores requieren de una preparación para realizar cumplimiento de los Cuidados Básicos al adulto mayor postrado tanto en la hospitalización como en el hogar (78).

CELADE (2017), en América Latina y el Caribe, y en muchos lugares del mundo las políticas de cuidado de largo plazo se sustentan en la familia y la comunidad sin prestar atención a las limitaciones de los cuidadores, trayendo graves repercusiones en la calidad del cuidado no remunerado, en los ingresos y en la salud de las familias cuidadoras (79).

CEPAL (2014). en la reunión de las Américas, se sostuvo que los sistemas de salud carecen de estructura funcional y organizacional en el cuidado del adulto mayor, atendiéndose en la mayor parte de los países con un enfoque biologista (enfermedades), si no proporcionarles una atención integral, con todo un equipo multidisciplinario, para que vivan sus últimos años con dignidad y las familias tengan el apoyo de los gobiernos para brindar una atención en sus domicilios,

equitativamente con todos los miembros de la familia y no solo a uno de ellos como en muchos casos se ve a la mujer o a la persona más vulnerable responsable de dicha tarea (80).

Por su parte la profesional de enfermería del Ministerio de Salud MINSA tampoco estaría brindando apoyo a la persona en dependencia por no existir un programa de cuidado a domicilio de adultos mayores crónicos dependientes como si lo hay en Es Salud (PADOMI).

Varios países de la OCDE (2017), han desarrollado estrategias para atender el problema del envejecimiento estos esquemas cuentan con tres pilares: pensiones (los países aportan un ingreso mínimo a las personas adultas mayores), cuidado (algunos países han diseñado esquemas de seguro para el cuidado, con aportes contributivos mensuales, mientras que otros han delineado sistemas de cuidado financiados totalmente con recursos fiscales) y trabajo ( la OIT, promueve la protección de trabajadores con responsabilidades familiares) (81).

Los países de Alemania España y Japón, todos ellos entregan servicios, donde se beneficia al adulto mayor con algún grado de dependencia ya sea en su hogar o en el hogar de un familiar, como servicios de prevención de las situaciones de dependencia y en la promoción de la autonomía personal, aportes económicos para cubrir cuidados en el entorno domiciliario, asistencia a Centros de Cuidado Diurno y nocturno asistencia domiciliaria cuando los familiares cuidadores temporalmente no puedan asumir los cuidados, servicio de Tele asistencia (82).

Plan Estratégico Sectorial Multianual (2018-2022), dentro del Sector Mujer y Poblaciones Vulnerables, protegen a las familias y personas adulta mayores con discapacidad en conjunto con el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (83). (PLANPAM) 2013 – 2017, en uno de sus Lineamientos, tenemos el envejecimiento saludable, cuyo objetivos es, mejorar el bienestar físico, psíquico y social del adulto mayor, a través del incremento en la cobertura y calidad en los establecimientos de salud, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad, cuya acción estratégica es realizar intervenciones preventivo-promocionales sobre envejecimiento saludable, brindar capacitación a los cuidadores(as), contar con información actualizada de la situación de salud integral de las PAM(83), (84).

## **X.- CONCLUSIONES**

Al término de la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Existe relación moderada entre las dimensiones de la variable “bienestar del cuidador primario” y “cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente”. La correlación entre las variables nos demuestra que a mayor bienestar del cuidador primario habrá un mayor cuidado brindado al adulto mayor crónico dependiente.
2. Con respecto al bienestar del cuidador primario, en sus cuatro dimensiones, se encuentran afectadas, Por consiguiente, el estudio permitió comprender que el dedicarse a cuidar a una persona, no es tarea fácil para un solo cuidador, y se requiere involucrar a toda la familia y la sociedad.
3. Se logró evidenciar que los cuidados básicos brindados de parte de los cuidadores primarios, a los adultos mayores presentan un cuidado inadecuado en su mayor parte, siendo afectado el cuidado del adulto mayor, razón por el cual existe falta de conocimientos sobre los cuidados básicos al adulto mayor, a sus enfermedades y la prevención de las mismas afectando su bienestar en sus diferentes dimensiones.

## **XI.- RECOMENDACIONES**

### **Para investigación.**

1. Realizar replicas en futuras investigaciones con respecto al bienestar del cuidador primario y los cuidados básicos brindados al adulto mayor.
2. Realizar investigaciones actualizadas, sobre el perfil del cuidador primario, las causas que influyen en su cuatro dimensiones físico, psicológico, social y espiritual y el impacto en su salud que pueda tener tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario, puede ayudar a conocer más al cuidador y proponer mejoras en la salud del cuidador.
3. Uno de los aspectos importantes a tener en cuenta en las futuras investigaciones es la dimensión física, biológica y psicología considerando que son las dimensiones con mayor porcentaje de influencia en las dos variables.

### **Para los centros asistenciales.**

1. Brindar mayor apoyo y sobre todo información a los familiares para despejar dudas y/o preocupaciones que puedan afectar el equilibrio y la salud mental de los familiares, creando espacios y momentos de día.
2. Promover y viabilizar atención psicología a los familiares y pacientes que se atraviesen situaciones agudas de estado mental.
3. Implementar programas recreativos y educativos para el cuidador primario sobre los cuidados post alta, intradomiciliarios y autocuidado.

**Para enfermería.**

1. Incentivar en las prácticas clínicas del estudiante de enfermería, los cuidados básicos del adulto mayor, evaluando la comprensión y aprendizaje captado por el cuidador.
2. Considerar la importancia del apoyo social (relación enfermera-familiar) dentro de las actividades de enfermería, para mejorar el bienestar del cuidador primario, brindando actividades para mejorar el apoyo en sus cuatro dimensiones.



## **XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1). Ayala J. Calidad de vida asociada a las características sociodemográficas, condiciones de salud y acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín. [tesis de licenciatura en fisioterapia]. Colombia: Universidad Ces 2018.
- (2). Guecha P, López K. Promoción de la salud y factores que influyen en los estilos de vida saludable de los docentes del Colegio Integrado Juan Atalaya según la Teorista Nola pender del 2018. [tesis maestría en enfermería]. Colombia: Universidad de Santander; 2018.
- (3). Miramira, L. Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de Salud-Minsa. [tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2015.
- (4). Meza Salcedo, G. El cuidado para la humanidad: una mirada desde la antropología de la ternura. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 22(52). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.14>
- (5). Organización Panamericana de la Salud. *Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica*. Washington: OPS/OMS; 2014.
- (6). Flores A, Adeva J, García MC, Gómez MP. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Índex Enferm.* [Internet]. 2007; 3(1218): 261-272. Disponible. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000100004](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004).

- (7). Alanya J. Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019 [tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019.
- (8). Organización mundial de la salud, constitución de la organización mundial salud.45.ginebra.;2015 [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constituti on\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constituti on_sp.pdf). links ].
- (9). Carretero, E y Col. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. [maestría en psicología]. Cuba: Universidad de Cuba; 2016.
- (10). ASSIS del Hospital de Chancay, 2017.
- (11). Pérez C. El cuidador del adulto mayor: mirada en tiempos de COVID. [Internet]. Cuba: VOX JURIS; 2020.
- (12). Montalván N. Sobrecarga y Calidad de vida del cuidador informal de pacientes con hemiplejía post - acv en un Instituto especializado. [tesis de licenciatura terapia física rehabilitación]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
- (13). Villano S. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico instituto nacional de ciencias neurológicas. [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima- Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
- (14). Beltrán L. Calidad de vida y satisfacción de los cuidadores principales en pacientes esquizofrénicos en el Instituto de Salud Mental Noguchi. [Magíster en Gestión de los Servicios de la salud]. Perú: Universidad César Vallejo; 2017.

- (15). Estrada M. Cuidadores Informales: una aproximación multidisciplinar a su perfil y necesidades. [tesis doctoral]. México: Universidad de Zaragoza; 2019.
- (16). Salazar M. Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enferm. Univ.* [Internet]. 2019; vol.16: no.4. Disponible en [www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000400362](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400362).
- (17). Domínguez M. Bienestar en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores: Un Derecho, una Aspiración y un Constructo Psicológico. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, vol. 1, núm. 41, enero-junio, 2016, pp. 104-117; Portugal.
- (18). García F. Bienestar psicológico estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2016; vol. 15: no. 3. Disponible [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242016000300010](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300010).
- (19). Pinzón E, Carrillo G. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista FNSP* [Internet]. mayo-agosto, 2016, vol. 34, núm. 2, pp. 193-201. Disponible en: <file:///c:/users/windows/desktop/exp-abril->
- (20). Yapu R, Mora E, Cano M. La familia en el cuidado y Acompañamiento del adulto mayor durante el proceso de envejecimiento. [tesis de licenciatura en enfermería]. Argentina: Universidad de Cuyo; 2016.

- (21). Lipa M. Sobrecarga y Calidad de vida en cuidadores familiares de personas con cáncer en tratamiento. [tesis de licenciatura]. Arequipa-Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2018.
- (22). Cueva J. Calidad de vida del cuidador informal en personas con enfermedades crónicas, en comunidades de la Red Túpac Amaru. [tesis de licenciatura]. Lima- Perú: Universidad César Vallejo; 2017.
- (23). Villano S. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico instituto nacional de ciencias neurológicas. [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima- Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
- (24). Guerrero J, Romero G, Martínez M. Percepción del cuidador primario sobre las Intervenciones de Enfermería al paciente en estado terminal. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2016 [citado 2019 Sep 10]; 24:91. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162d.pdf>.
- (25). Domínguez I. Plan de cuidados al cuidador informal de un enfermo de Alzheimer. Madrid. irenedominguezparra@gmail.com\_2016.
- (26) (21). Lipa M. Sobrecarga y Calidad de vida en cuidadores familiares de personas con cáncer en tratamiento. [tesis de licenciatura en enfermería]. Arequipa-Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2018.
- (27). Montalvo A. Espiritualidad en cuidadores familiares principales de pacientes con Alzheimer. [tesis de licenciatura enfermería]. Colombia: Universidad de Cartagena; 2018.

- (28). Castro I. Nivel de Sobrecarga en el cuidador familiar principal del Adulto mayor con dependencia adscrito al programa de atención domiciliaria, marzo-abril 2019. [tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad nacional de Piura; 2019.
- (29). Armendáriz A. Síndrome del cuidador en cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de leucemia. [tesis de licenciatura en psicología]. Quito: Universidad central del Ecuador; 2018.
- (30). Manfredi M, Actis E. La relación entre bienestar objetivo y subjetivo: una comparación internacional. Universidad Nacional Mar de la Plata (Facultad de Ciencias Sociales) Argentina 2018.
- (31). Domínguez M. Bienestar en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores: Un Derecho, una Aspiración y un Constructo Psicológico. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, vol. 1, núm. 41, enero-junio, 2016, pp. 104-117; Portugal.
- (32). Herrera S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: Impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. vol.10 no.2 Santa Cruz de La Palma ago. 2016. Disponible en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988)
- (33). Gómez R. ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad-Gómez. Universidad de Antioquia. Red Colombiana. Recibido: 01/04/2018. Aprobado: 04/06/2018. Publicado: 23/07/2018.
- (34). Pérez L. Calidad de vida y satisfacción de los cuidadores principales en pacientes esquizofrénicos en el Instituto de salud mental Noguchi. [tesis de

- maestría]. Lima-Perú: Universidad César Vallejo; 2017.
- (35). Pasache Z. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor de la casa de reposo madre Josefina Vannini. [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018.
- (36). Huamani D. Estrategias socio-culturales y económicas de supervivencia del adulto mayor frente al abandono familiar en el centro integral de atención al adulto mayor. [tesis de licenciatura en ciencias histórico sociales]. Arequipa- Perú: Universidad nacional de san Agustín; 2019.
- (37). Esmeraldas E, Falcones M. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.1, enero, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 58-74 DOI: 10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74URL, Disponible: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>.
- (38). Alanya J. Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019 [tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019.
- (39). Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2015 (citado 10 Sep. 2019). Disponible en :[://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/diferencia-y minusvalia.pdf](http://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/diferencia-y-minusvalia.pdf).
- (40). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [On line]. 2012. Discapacidad en América Latina y el Caribe, desafíos para las políticas públicas | CEPAL [citado el 10 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.cepal.org/notas/74/Titulares2.html>.

- (41). Escala de la Cruz Roja. [Internet]. 2017. (citado 14 Sep. 2015). Disponible en <https://meiga.info/escalas/EscalaDeLaCruzRoja.pdf>.
- (42). Palomares J. Estilos de vida y grado de dependencia en el adulto mayor en el centro de atención Residencial Geronto geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro, Rímac. [tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad privada Norbert. Perú Wiener; 2018.
- 43). Comins I. La Filosofía del Cuidado de la Tierra como Ecosofía Daimon. Revista Internacional de Filosofía, n° 67, 2016, 133-148 ISSN: 1130-0507 (papel) y 1989-4651 (electrónico) <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/201501>.
- (44) Guerreros K, Gutiérrez J, Vargas L. Relación entre la sobrecarga y estrategias de afrontamiento en el Cuidador Primario de paciente con cáncer en fase terminal, del Hospital Cayetano Heredia. [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima-Peru: Universidad Peruana Cayetana Heredia; 2019.
- (45). Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa Cómo mantener su bienestar, 2da Edición. Madrid: INSERSO; 2011.
- 46). Jimenez D, Huamanguilla E. Percepción del paciente adulto mayor sobre la calidad del cuidado que brinda el personal técnico de enfermería en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion. [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima-Peru: Universidad Peruana Cayetana Heredia; 2019.
- (47). López A. Necesidades del adulto mayor según el modelo de Virginia Henderson. [tesis de licenciatura en enfermería]. Colombia: Universidad CES Medellín; 2019.

- (48). Bach. N. Percepción del Cuidado espiritual de pacientes atendidos por enfermeros del servicio de medicina Hospital regional docente las Mercedes. [tesis de licenciatura en enfermería]. Pimentel– Perú: Universidad Nacional de Chiclayo; 2018.
- (49). Miramira L. Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de Salud-Minsa. [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima, Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2015.
- (50). Cardenas S, Granada D, Zárate D. Dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la salud mental del Cuidador del Adulto mayor. [tesis de licenciatura en enfermería]. Cali-Colombia: Universidad de Colombia; 2020.
- (51). Julcamoro B. Estilos de vida según la teoría de Nola pender en los estudiantes de enfermería. [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima- Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
- (52). Tejada T. Capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de ayapata [tesis de licenciatura en enfermería]. Puno-Peru: Universidad de Puno; 2018.
- (53). Miramira, L. Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de Salud-Minsa. [tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2015.
- (54). Raile M, Marriner A. Modelos y Teorias en Enfermeria; Elsevier, séptima edición. España; 2018.
- (55). Domínguez G. Bienestar en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores: Un Derecho, una Aspiración y un Constructo Psicológico. Revista. ID



E.[Internet]. 2016 ( enero-junio, 2016); vol. 1, núm: 41, pp: 104-117.  
Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459646901010.pdf>.

- (56). Cueva K. Calidad de vida del cuidador informal en personas con enfermedades crónicas, en comunidades de la red Túpac Amaru. [tesis de licenciatura en enfermería] Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2017.
- (57). Pinzón E, Carrillo G. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. Revista FNSP [Internet]. mayo-agosto, 2016, vol. 34, núm. 2, pp. 193-201. Disponible en: <file:///c:/users/windows/desktop/exp-abril->
- (58). Cueva K. Calidad de vida del cuidador informal en personas con enfermedades crónicas, en comunidades de la red Túpac Amaru. [tesis de licenciatura en enfermería] Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2017.
- (59). Alanya J. Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán. [tesis de licenciatura en enfermería] Lima, Perú, 2019.
- (60). Quiroz Y. Factores biopsicosociales y la depresión del adulto mayor. Puesto de salud Agocucho. [tesis de licenciatura en enfermería] Peru, 2019.
- (61). Ruiz T. Calidad de vida del cuidador principal de los pacientes con enfermedad en fase terminal de una clínica privada. [tesis de licenciatura en enfermería]. Chiclayo- Perú: Universidad del Señor de Sipán; 2017.
- (62). Beltrán L. Calidad de vida y satisfacción de los cuidadores principales en pacientes esquizofrénicos en el Instituto de Salud Mental Noguchi. [Magíster en Gestión de los Servicios de la salud]. Perú: Universidad César Vallejo; 2017.

- (63). Gonzales J. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av Enferm.* 2017;34(3):251-258.
- (64). Villano S. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico instituto nacional de ciencias neurológicas. [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima- Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
- (65). Ruiz T. Calidad de vida del cuidador principal de los pacientes con enfermedad en fase terminal de una clínica privada. [tesis de licenciatura en enfermería]. Chiclayo- Perú: Universidad del Señor de Sipán; 2017.
- (66). Cordero M. Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud. *Rev Ciencias Médicas.* [Internet]. 2019; vol 23: no. 2. Disponible en: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S15611942019000200195](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15611942019000200195)
- (67). Ponce JM. Los cuidadores al final de la vida. *Enferm Comun (edición digital)* 2010 Disponible <<http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a38-42.php>> .
- (68). Luengo C. Cuidados básicos del usuario postrado: Factores del cuidador informal que influyen en su cumplimiento. [tesis de licenciatura en enfermería]. Chile: Universidad del Bio Bio; 2010.
- (69). Ruiz A, Nava MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol.* 2012; 11(3):163-169.
- (70). Banda O. Calidad del cuidado del adulto mayor en escenario no institucionalizado. [tesis doctoral. España: Universidad de Alicante; 2015.
- (71). Beltrán J. Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados. [ maestría en investigación de la salud].

Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016.

- (72). Luengo C. Cuidados básicos del usuario postrado: Factores del cuidador informal que influyen en su cumplimiento, en Chile en el 2010.
- (73). Personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva-regional. <https://www.cepal.org/es/notas/envejecimiento>.
- (74). Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) Chile, 2001.
- (75). Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadoras y su participación en el mercado laboral Julio, 2014 OCDE
- (76). Elaborado para la Comisión Permanente de Familia y Adulto Mayor de Cámara de Diputados, (ELEAM), Boletín N°9431, en Primer trámite constitucional. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. María Pilar Lampert –mlampert@bcn.cl – 05-11-2014.
- (77). Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables PLANPAM-2013-2017 N 002-2013-MIMP.
- (78). Yapu R, Mora E, Cano M. La familia en el cuidado y Acompañamiento del adulto mayor durante el proceso de envejecimiento. [tesis de licenciatura en enfermería]. Argentina: Universidad de Cuyo; 2016.
- (79). Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL). Los cuidados en América Latina y el Caribe. Copyright © Naciones Unidas, diciembre de 2018.

- (80). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3/Rev.1), Santiago, 2017.
- (81). Batalla C, Bautista J, Alfaro R. Ergonomía y evaluación del riesgo ergonómico. Barcelona.: OPE-WP.2015/01 (20150117),
- (82). Miramira, L. Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de Salud-Minsa.[tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2015.
- (83). Sector Mujer y poblaciones vulnerables; Plan Estratégico Sectorial Multianual(2018-2022),Disponible:  
[https://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/pesem/pesem\\_2018\\_2020-dcto-prospectivo-al-2030.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/pesem/pesem_2018_2020-dcto-prospectivo-al-2030.pdf).
- (84). Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables; Plan Nacional para las personas Adultas mayores, (PLAMPAN-2013-2017). Disponible:  
<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>.

### **XIII.- ANEXOS**

#### **ANEXO N°1**

##### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Estimada Sr(a):

Previo saludo cordial a nombre de la Universidad Cayetano Heredia y de mi persona, se le hace llegar la invitación a participar en una investigación titulada “Relación del bienestar del cuidador primario y los cuidados básicos brindados al adulto mayor dependiente crónico del Hospital de Chancay en el servicio de Medicina en junio-julio del 2017”. Se le solicita que participe en este estudio de investigación debido a que usted podría ser una persona que percibe la sobrecarga en el cuidado hacia el adulto mayor dependiente crónico.

El objetivo principal de la investigación es determinar la relación del bienestar del Cuidador Primario y los cuidados básicos brindados al adulto mayor dependiente crónico del Hospital de Chancay en el servicio de Medicina, cuya importancia radica en ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, mejorando su bienestar físico, psicológico espiritual y social del cuidador primario y respetando su autoestima, la energía, la motivación, calidad de vida y sus creencias del paciente adulto mayor dependiente crónico. Usted ha sido seleccionada en participar voluntariamente en la investigación. Esta investigación incluirá a 40 personas que realizan actividades de cuidados a adultos mayores.

Este es un formulario de consentimiento que le brindará información acerca de este estudio. El personal investigador, hablará con usted acerca de este estudio, y estará en libertad de hacer todas las preguntas requeridas. Y si está de acuerdo en participar se le solicitará que firme el presente documento de consentimiento, para la cual se proporcionará una copia para que la guarde.

Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas. Se le efectuará dos entrevistas, para contestarlas en una sola sesión. La decisión de participar en este estudio es suya. Puede decidir no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. La decisión de no participar o de

abandonar el estudio no representará ningún perjuicio para usted, ni perderá ninguno de los beneficios a los que tenga derecho.

**Beneficios - Riesgos:** No obtendrá beneficios ni riesgos directos personales, pero en grupo ayudará a tener datos estadísticos sobre este tema relacionado con la salud de los cuidadores. Si alguna pregunta resultara incomoda y le genera algún tipo de sentimiento de tristeza, tiene el derecho a no contestarla, automáticamente se le comprenderá y se cancelará la investigación. Los resultados serán manejados con absoluta confidencialidad.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

No se realizará pago alguno (económico y de alguna otra forma) para que acepten participar en el estudio.

Usted puede preguntar sobre cualquier aspecto que no comprenda. El personal del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio.

Si tuviera alguna duda acerca de la investigación, deberá comunicarse con el investigador Lic. María Jesús León Velásquez al teléfono 998999241o al correo electrónico: [maryjesusleon16@gmail.com](mailto:maryjesusleon16@gmail.com)

## ANEXO N° 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA-FACULTAD DE ENFERMERÍA

Yo, \_\_\_\_\_, a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Relación del bienestar del cuidador primario y los cuidados básicos brindados al adulto mayor dependiente crónico del Hospital de Chancay en el servicio de Medicina en junio-julio del 2017”. Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento, será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_  
Nombre y apellidos                      Firma del Participante

Del participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_  
Firma del investigador

### ANEXO N° 3

#### TABLAS Y GRÁFICOS

#### COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPERMAN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA VARIABLE BIENESTAR DEL CUIDADOR PRIMARIO Y CUIDADO BÁSICO BRINDADOS AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO.

Bienestar del cuidador primario	Cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente.			
	Dimensión biológica	Dimensión psicológica.	Dimensión social	Dimensión espiritual.
Dimensión física	0.217	0.276	0,326*	0.261
Dimensión psicológica	0.129	0.103	0.172	0.045
Dimensión social	0.257	-0.063	0.144	0.214
Dimensión espiritual.	0.157	-0.031	-0.019	0.036

Nota: \*: La correlación es significativa a un nivel de significancia de 0.05 (significativo)

\*\*: La correlación es significativa a un nivel de significancia de 0.01 (muy significativo)

En la tabla 6 se observa la correlación múltiple entre las dimensiones de la variable “bienestar del cuidador primario” y “cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente”, donde podemos apreciar que las mayoría de las correlación son inversas y no son estadísticamente significativos ( $p\text{-valor} \geq 0.05$ ), sin embargo si existe correlación directa y moderada entre las dimensiones “Física” y “Social” de las variables “bienestar del cuidador primario” y “cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente” respectivamente, es decir a mayor puntaje de bienestar del cuidador primario en la dimensión física , mayor puntaje en cuanto al cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente en la dimensión social, mediante la prueba no paramétrica de Spearman, se encontró que la probabilidad es menor al nivel de significación, por lo que se rechaza la hipótesis nula ( $r = 0,326^*$ ,  $p < 0.05$ ), en conclusión, con un nivel de significancia de 5% existe suficiente evidencia para afirmar que existe correlación entre las dimensiones “Física” y “Social” de las variables “bienestar del cuidador primario” y “cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente” respectivamente.



**TABLA N° 1**

**NIVEL DE BIENESTAR DEL CUIDADOR PRIMARIO SEGÚN  
DIMENSIÓN FÍSICO.**

NIVEL DE BIENESTAR FÍSICO	N°	%
BIENESTAR ALTO	7	17.5
BIENESTAR MEDIO	20	50.0
BIENESTAR BAJO	13	32.5
TOTAL	40	100,0

En la tabla N° 1, se observa que el nivel de bienestar en la dimensión físico del cuidador primario es bajo en un (32.5%) y con un (50.0%) con un bienestar medio.

**GRÁFICA N°1**

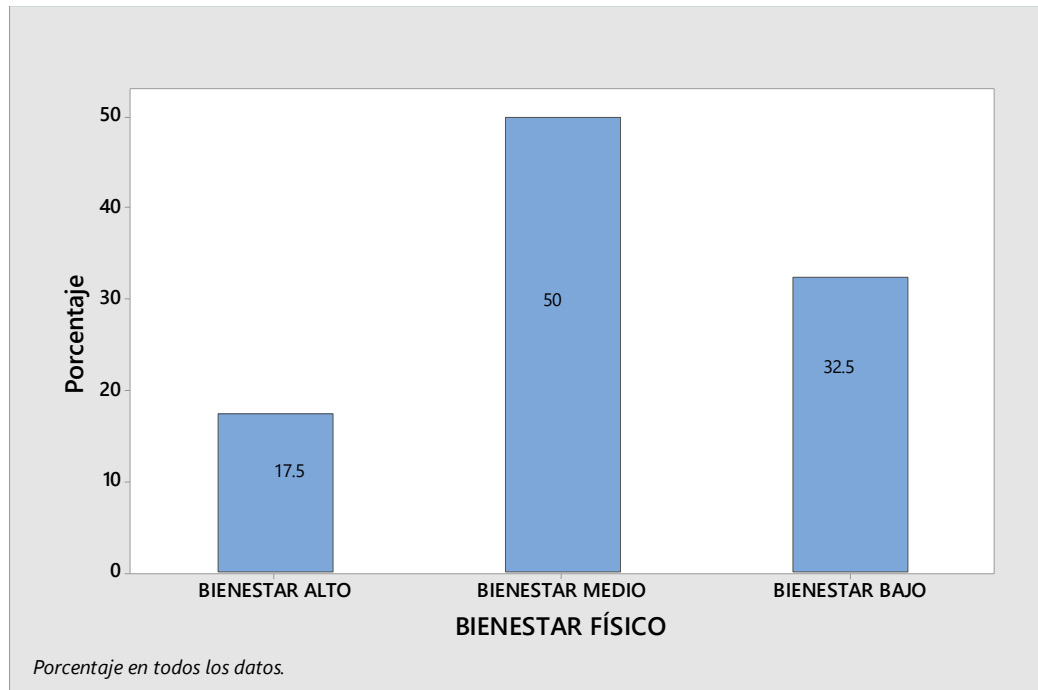


Figura 1. Gráfica de barra de cuidador según el nivel de bienestar físico.

**TABLA N° 2**

**NIVEL DE BIENESTAR DEL CUIDADOR PRIMARIO SEGÚN  
DIMENSIÓN PSICOLÓGICO.**

NIVEL DE BIENESTAR PSICOLÓGICO	N°	%
BIENESTAR ALTO	5	12.5
BIENESTAR MEDIO	4	10.0
BIENESTAR BAJO	31	77.5
TOTAL	40	100,0

En la tabla N° 2, se observa que el nivel de bienestar en la dimensión psicológico del cuidador primario es bajo en un (77.5%) y un bienestar medio con un (10.0%).

**GRÁFICA N°2**

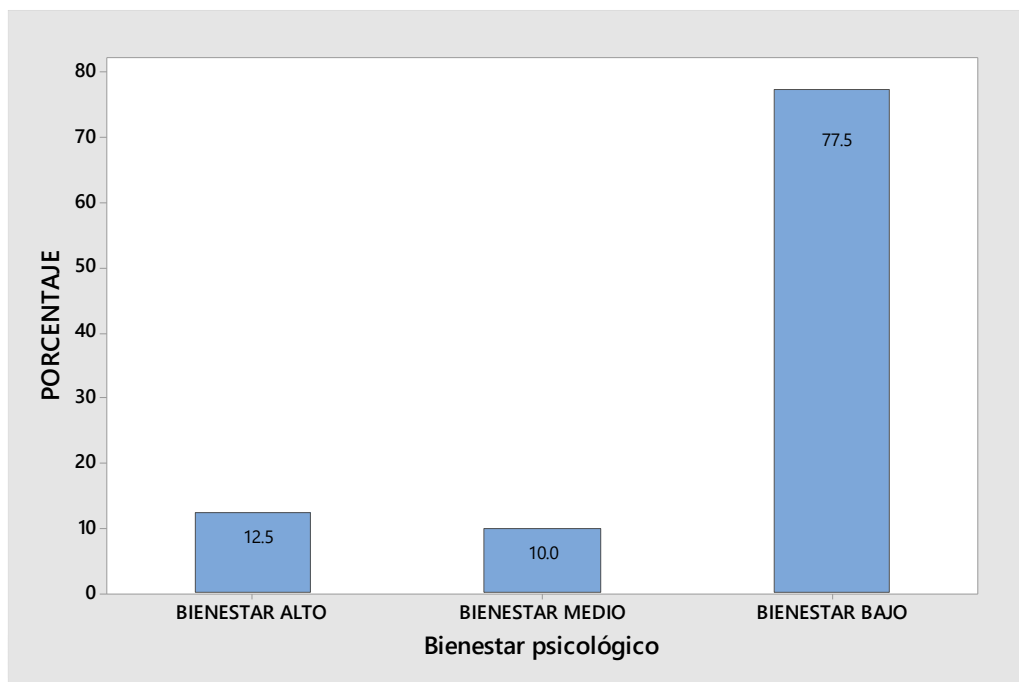


Figura 2. Gráfica de barra de cuidador según el nivel de bienestar psicológico

**TABLA N° 3**

**NIVEL DE BIENESTAR DEL CUIDADOR PRIMARIO SEGÚN  
DIMENSIÓN SOCIAL**

NIVEL DE BIENESTAR SOCIAL	N°	%
BIENESTAR ALTO	8	20.0
BIENESTAR MEDIO	16	40.0
BIENESTAR BAJO	16	40.0
TOTAL	40	100,0

En la tabla N° 3, se observa que el nivel de bienestar en la dimensión social del cuidador primario es bajo en un (40.0%) y un bienestar medio con un (40.0%).

**GRÁFICA N°3**

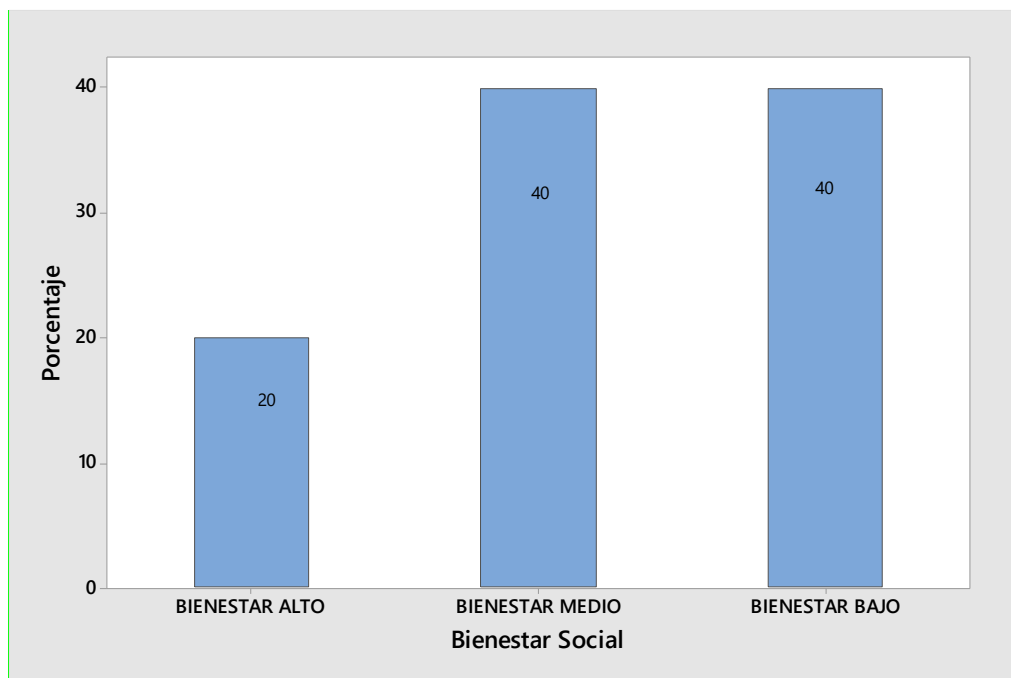


Figura 3. Gráfica de barra de cuidador según el nivel de bienestar social.

**TABLA N° 4**

**NIVEL DE BIENESTAR DEL CUIDADOR PRIMARIO SEGÚN  
DIMENSIÓN ESPIRITUAL**

NIVEL DE BIENESTAR ESPIRITUAL	N°	%
BIENESTAR ALTO	16 8	40.0
BIENESTAR MEDIO	6	15.0
BIENESTAR BAJO	18	45.0
TOTAL	40	100,0

En la tabla N° 4, se observa que el nivel de bienestar en la dimensión espiritual del cuidador primario es bajo en un (45.0%) y un bienestar medio con un (15.0%).

**GRÁFICA N°4**

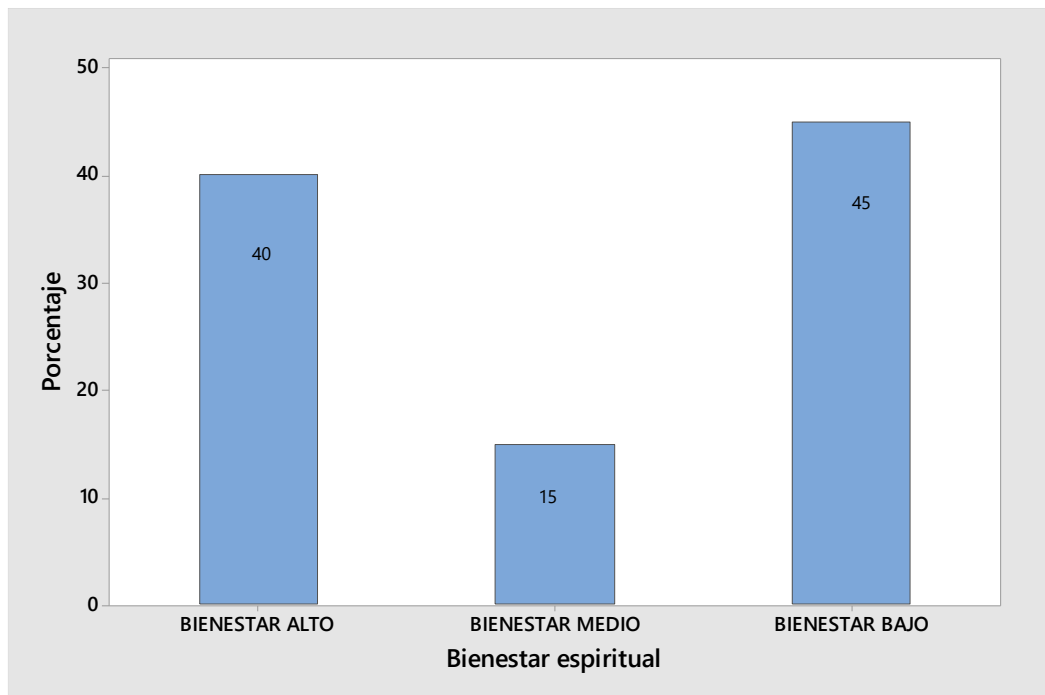


Figura 4. Gráfica de barra de cuidador según el nivel de bienestar espiritual.

**TABLA N° 5**

**CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL ADULTO  
MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO.SEGÚN DIMENSIÓN  
BIOLÓGICA.**

CUIDADOS BÁSICOS	N°	%
ADECUADO	8	20.0
INADECUADOA	32	80,0
TOTAL	40	100,0

En la tabla N° 5, se observa que la dimensión biológica del cuidador primario es inadecuada en un (80.0%) y un (20%) adecuada.

**GRÁFICA N° 5**

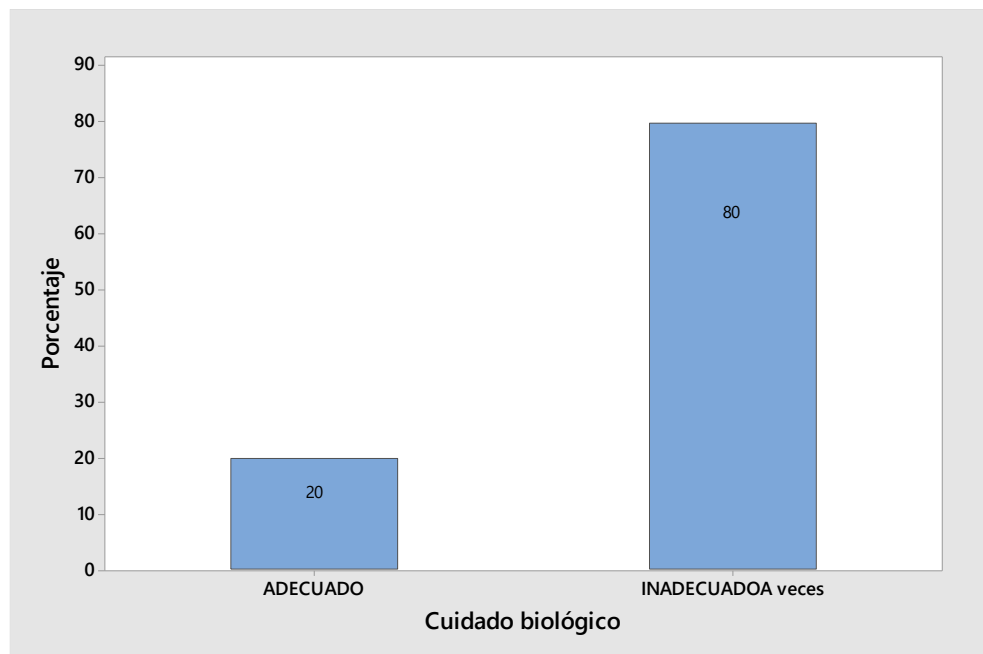


Figura 5. Gráfica de barra del adulto mayor según dimensión biológico.

**TABLA N° 6**

**CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL ADULTO  
MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO.SEGÚN DIMENSIÓN  
PSICOLÓGICA.**

CUIDADOS BÁSICOS	N°	%
ADECUADO	14	35.0
INADECUADO	26	65.0
TOTAL	40	100,0

En la tabla N° 6, se observa que la dimensión psicológica del cuidador primario es inadecuada en un (65.0%) y (35.0%) adecuada.

**GRÁFICA N° 6**

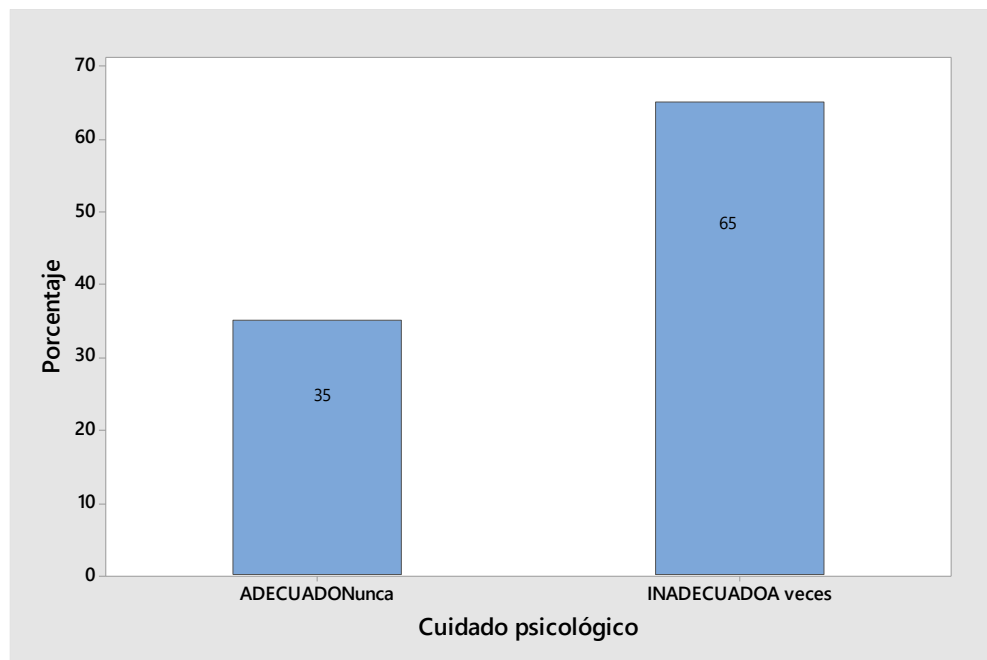


Figura 6. Gráfica de barra del adulto mayor según dimensión psicológico.

**TABLA N° 7**

**CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL**

**ADULTO MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO.SEGÚN**

**DIMENSIÓN SOCIAL**

CUIDADOS BÁSICOS	N°	%
ADECUADO	18	45.0
INADECUADO	22	55.0
TOTAL	40	100,0

En la tabla N° 7, se observa en la dimensión social del cuidador primario es inadecuada en un (55.0) % y (45.0%) adecuada.

**GRÁFICA N° 7**

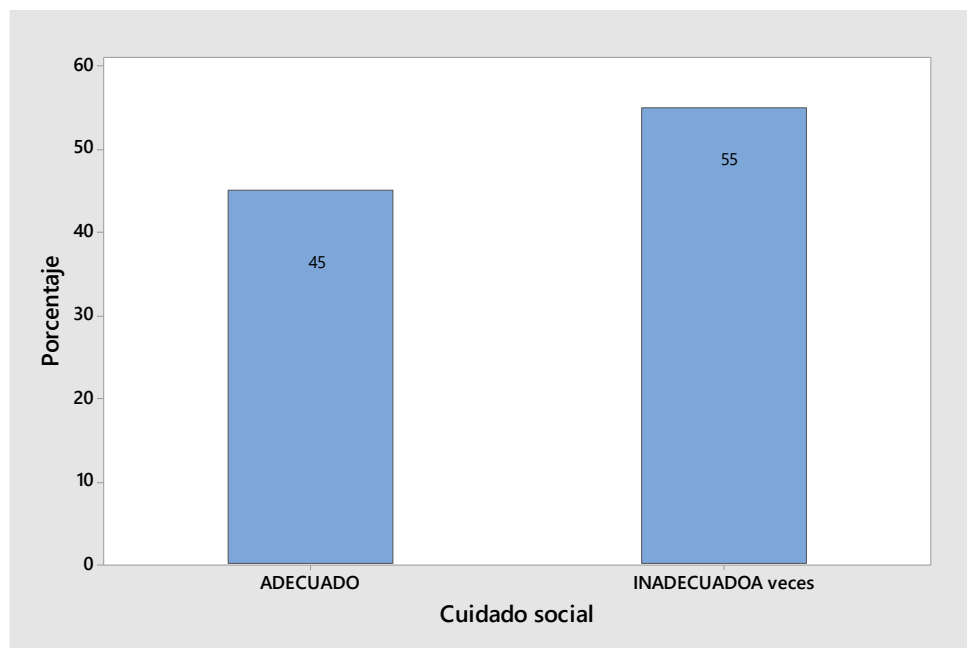


Figura 7. Gráfica de barra del adulto mayor según dimensión social.

**TABLA N° 8**  
**CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL ADULTO**  
**MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO.SEGÚN DIMENSIÓN**  
**ESPIRITUAL**

CUIDADOS BÁSICOS	N°	%
ADECUADO	16	40.0
INADECUADOA	24	60,0
TOTAL	40	100.0

En la tabla N° 8, se observa en la dimensión espiritual del cuidador primario es inadecuada en un (60.0%) y (40.0%) adecuada.

**GRÁFICA N° 8**

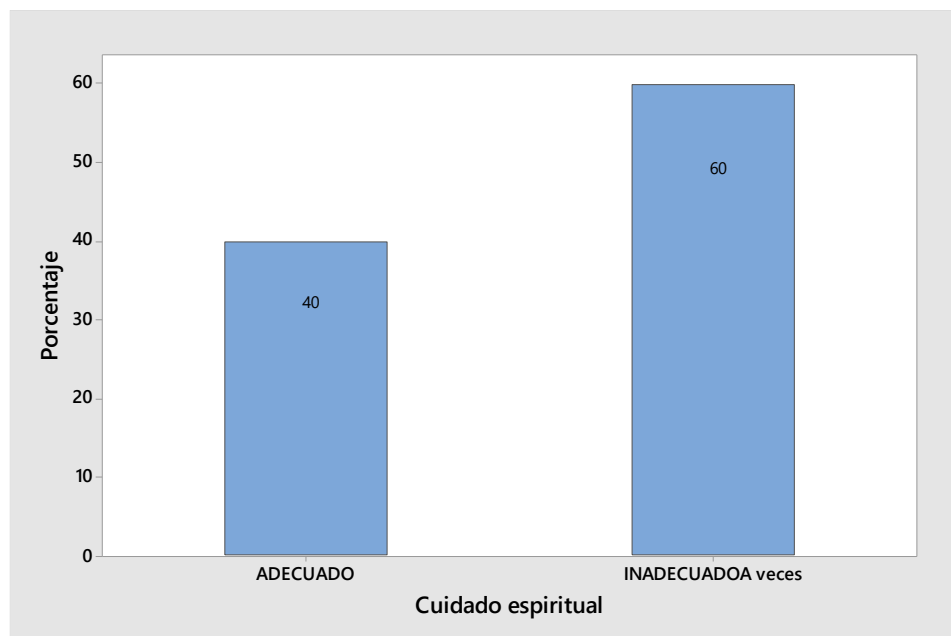


Figura 8. Gráfica de barra del adulto mayor según dimensión espiritual.



## ANEXO IV

### ESCALA DE INCAPACIDAD FÍSICA DE LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL

- Independiente = 0
- Dependiente leve = 1-2
- Dependiente moderado = 3
- Dependiente grave = 4-5

DESCRIPCIÓN	CAPACIDAD FUNCIONAL
Se vale totalmente por sí mismo	0
Deambula con alguna dificultad. o Realiza suficiente sus actos de la vida	1
Deambula con bastón o Alguna dificultad en sus actos de la vida diaria o	2
Deambula ayudado por una persona o grave dificultad en sus actos de la vida	3
Deambula ayudado por 2 personas o requiere ayuda para casi todos sus	4
No deambula (inmovilizado) o No realiza actos de la vida diaria.	5

Grado de dependencia:

**ANEXO V**

**EVALUACIÓN DEL JUICIO DE**

**EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL**

**INSTRUMENTO PARA MEDIR EL BIENESTAR DEL CUIDADOR**

**PRIMARIO**

**Validez de contenido:**

El Ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ÍTEMS	JUECES										TOTAL	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ACUERDOS	
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001

15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
											PROMEDIO	0.001



20	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	9	0.0107
21	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	9	0.0107
22	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	9	0.0107
23	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	9	0.0107
											PROMEDIO	0.0286





21	A	A	D	A	D	A	A	A	A	A	8	0.0547
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
PROMEDIO											0.0458	

La prueba binomial aplicada a los resultados del juicio de expertos, evidencia que el instrumento que permite medir el bienestar del cuidador primario presenta validez de contenido ( $p=0.001$ ), validez de constructo ( $p=0.0286$ ) y validez de criterio ( $p=0.0458$ ).

**INSTRUMENTO PARA DETERMINAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS  
CUIDADOS BÁSICOS DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE  
CRÓNICO**

**Validez de contenido:**

El Ítem corresponde ha alguna dimensión de la variable

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001



22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
24	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
25	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
26	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
27	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
28	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
29	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
30	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
31	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
32	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
33	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
34	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
35	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
36	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
37	A	A	A	A	A	A	A	A	A		10	0.001
38	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
39	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
40	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
41	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
42	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
											PROMEDIO	0.001



21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
24	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
25	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
26	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
27	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
28	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
29	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
30	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
31	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
32	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
33	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
34	A	A	A	A	A	A		A	A	A	10	0.001
35	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
36	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
37	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
38	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
39	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
40	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
41	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
42	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
											PROMEDIO	0.002



22	D	D	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0547
23	D	D	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0547
24	D	D	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.0547
25	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
26	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
27	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
28	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
29	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
30	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
31	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
32	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
33	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
34	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
35	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
36	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
37	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
38	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
39	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
40	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
41	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
42	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
PROMEDIO											0.013	

La prueba binomial aplicada a los resultados del juicio de expertos, evidencia que el instrumento que permite medir cumplimiento de los cuidados básicos al adulto mayor dependiente presenta validez de contenido ( $p=0.001$ ), validez de constructo ( $p=0.002$ ) y validez de criterio ( $p=0.013$ ).

## ANEXO VI

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: BIENESTAR DEL CUIDADOR PRIMARIO

<b>CONFIABILIDAD POR ÍTEMS</b>	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Fatiga / agotamiento	14,50	18,895	,412	,710
Padece algún problema en su	15,30	18,642	,480	,699
Duerme tranquilo en las noches	14,75	17,671	,503	,693
¿Es difícil para Usted, el tener un familiar enfermo?	13,90	21,253	,133	,753
¿Siente felicidad usted, al cuidar a su	13,15	23,292	-,090	,751
¿Cuánta desesperación siente usted al cuidar a su familiar?	13,95	16,892	,702	,658
¿La enfermedad y el tratamiento de su familiar le impiden visitar o reunirse con otras personas?	14,75	18,303	,498	,695
¿La enfermedad y el tratamiento de su familiar han alterado sus	14,30	18,221	,495	,695
¿La enfermedad de su familiar, ha cambiado o mejorado su fe	14,20	16,905	,407	,719

Eliminando los ítems de la dimensión Bienestar Social “¿la ayuda que recibe de otras personas, es suficiente en el cuidado de su familiar enfermo? (bs1)”; y los ítems de la dimensión Espiritual “¿se siente satisfecho al acudir a algún centro de oración o templo? (bes1)”; “¿tiene esperanza que mejore la situación de salud de su familiar? (bes3)”, la confiabilidad llega ser 0.734, siendo así un instrumento de confiabilidad moderada

**CONFIABILIDAD INSTRUMENTO CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS BÁSICOS  
BRINDADOS AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO**

CONFIABILIDAD POR ITEMS	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
¿Termina toda su comida el adulto mayor?	19,35	19,503	,183	,726
¿Ha presentado su familiar náuseas, vómitos o dolor después de los alimentos	20,15	20,871	-,081	,754
¿Realiza masaje de relajación al adulto mayor postrado?	19,95	16,050	,681	,667
¿Duerme en forma continua en la noche el adulto mayor?	19,80	20,274	,014	,745
¿Realiza actividades recreativas (TV, leer, oír música) durante el día a fin de facilitar el sueño nocturno?	19,60	18,463	,332	,712
¿Realiza el baño de su familiar todos los días?	19,50	19,737	,227	,721
¿Realiza el recorte de uñas de manos, pies y seca bien sus pies especialmente entre los dedos?	19,15	20,345	,023	,740
Se siente tranquilo y contento con usted durante el tiempo que lo cuida.	19,00	18,316	,609	,694
Recuerda hechos vividos presentes o pasados.	19,10	18,095	,478	,698
Comprende el adulto mayor las acciones que realiza con él.	19,35	18,239	,544	,696
Agradece el las acciones que usted realiza, respondiendo amablemente.	19,10	17,463	,616	,685
Participa en las acciones que usted realiza	19,20	18,905	,375	,709
Cuando los familiares vienen a la visita, él se comunica verbalmente o con gestos.	19,20	18,168	,445	,701
Practica alguna religión el adulto mayor	19,45	18,787	,202	,729

Piensa que las cosas mejoraran en un futuro.	19,40	16,358	,650	,672
Le preocupa a su familiar enfermo estar cerca de la muerte.	19,95	18,682	,174	,736

Eliminando los ítems de la dimensión Biológica ¿Sabe que alimentos debe dar al adulto mayor? (al2); “¿Ha presentado su familiar postrado alguna infección urinaria? (eli1)”; “¿El adulto mayor sufre de estreñimiento? (eli2)”; “¿Después de cambiar su pañal, realiza el aseo genital? (eli3)” y ¿Observa la piel en busca de lesiones, grietas, enrojecimiento y realiza masajes con cremas hidratantes? (hc3)”, la confiabilidad llega ser 0.726, siendo así un instrumento de confiabilidad modera



ANEXO VII

Tabla 1

Dimensiones	Indicadores/ítems	Ningún problema (0)		Problema leve (1)		Problema moderado (2)		Problema severo (3)	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Bienestar físico	Fatiga / agotamiento	3	7.5%	18	45.0%	13	32.5%	6	15.0%
	Padece algún problema en su alimentación	14	35.0%	15	37.5%	8	20.0%	3	7.5%
	Duerme tranquilo en las noches	10	25.0%	15	37.5%	9	22.5%	6	15.0%
Bienestar psicológico	¿Es difícil para Usted, tener un familiar enfermo?	0	0.0%	17	42.5%	9	22.5%	14	35.0%
	¿Siente felicidad usted, al cuidar a su familiar? *	1	2.5%	2	5.0%	7	17.5%	30	75.0%
	¿Cuánta desesperación siente usted al cuidar a su familiar?	3	7.5%	8	20.0%	10	25.0%	19	47.5%
Bienestar social	¿La enfermedad y el tratamiento de su familiar le impiden visitar o reunirse con otras personas?	11	27.5%	15	37.5%	9	22.5%	5	12.5%
	¿La enfermedad y el tratamiento de su familiar han alterado sus actividades en su hogar?	3	7.5%	11	27.5%	18	45.0%	8	20.0%
Bienestar espiritual	¿La enfermedad de su familiar, ha cambiado o mejorado su fe religiosa? *	13	21.7%	13	21.7%	7	11.7%	27	45.0%

Tabla de frecuencia de los ítems de la variable bienestar del cuidador Nota:

\* =Pregunta inversa

En la tabla 1, se presenta la frecuencia de respuesta de los cuidadores referente a su bienestar, donde podemos observar que, en la dimensión física, el agotamiento y fatiga presenta mayor problema de nivel moderado y severo (47.5%) que en la dimensión física la fatiga y agotamiento, en la dimensión psicológica, la desesperación es un problema de moderado a severo (72.5%) y en el bienestar social, el tratamiento de su familiar es un problema de moderado a severo (65%).

Tabla 2

Tabla de frecuencia de los ítems de la variable "Cuidado básico brindados al adulto mayor dependiente"

Dimensión	Ítems	Nunca		A veces		Siempre	
		n	%	n	%	n	%
Biológica	¿Termina toda su comida el adulto mayor?	1	2,5%	17	42,5%	22	55,0%
	¿Ha presentado su familiar náuseas, vómitos o dolor después de los alimentos *	18	45,0%	18	45,0%	4	10,0%
	¿Realiza masaje de relajación al adulto mayor postrado?	15	37,5%	19	47,5%	6	15,0%
	¿Duerme en forma continua en la noche el adulto mayor?	6	15,0%	22	55,0%	12	30,0%
	¿Realiza actividades recreativas (TV, leer, oír música) durante el día a fin de facilitar el sueño nocturno?	10	25,0%	15	37,5%	15	37,5%
	¿Realiza el baño de su familiar todos los días?	0	0,0%	32	80,0%	8	20,0%
	¿Realiza el recorte de uñas de manos, pies y seca bien sus pies especialmente entre los dedos?	1	2,5%	18	45,0%	21	52,5%
Psicológica	Se siente tranquilo y contento con usted durante el tiempo que lo cuida.	1	2,5%	9	22,5%	30	75,0%
	Recuerda hechos vividos presentes o pasados.	2	5,0%	15	37,5%	23	57,5%
	Comprende el adulto mayor las acciones que realiza con él.	0	0,0%	13	32,5%	27	67,5%
Social	Agradece las acciones que usted realiza, respondiendo amablemente.	3	7,5%	6	15,0%	31	77,5%
	Participa en las acciones que usted realiza	1	2,5%	16	40,0%	23	57,5%
	Cuando los familiares vienen a la visita, él se comunica verbalmente o con gestos.	1	2,5%	11	27,5%	28	70,0%
Espiritual	Practica alguna religión el adulto mayor	6	15,0%	9	22,5%	25	62,5%
	Piensa que las cosas mejoraran en un futuro.	7	17,5%	15	37,5%	18	45,0%
	Le preocupa a su familiar enfermo estar cerca de la muerte. *	18	45,0%	12	30,0%	10	25,0%

Nota: \* =Pregunta inversa

En la tabla 2, se presenta la frecuencia de respuesta de los cuidadores respecto a los cuidados básicos del adulto, donde podemos apreciar que, en la dimensión Biológica, el 55% de los adultos siempre termina su comida y 52.5% siempre le recortan sus uñas y pies. En lo psicológico, el 75% de los adultos siempre se siente contento con el cuidador y el 67.5% de los adultos comprenden al adulto, en lo Social, el 77.5% siempre se agradecen y el 70% de los adultos siempre se comunica con los visitantes de manera verbal o por gestos, en lo Espiritual el 62.5% del adulto siempre practican una religión.

**ANEXO VIII**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS**

**CODIGO**

**RESPONDER LAS PREGUNAS**

**A) . -CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS SOBRE EL CUIDADOR PRIMARIO.**

**1.- Edad en años cumplidos:** \_\_\_\_\_

**2.- Sexo:** Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Sexo Opuesto \_\_\_\_\_

**3.- Estado civil:**

a) Soltero ( ) b) Casado ( ) c) Divorciado ( ) d) Conviviente ( ) e) Otros ( )

**4.- Relación con el paciente:**

a) Hijo ( ) b) Conyugue ( ) c) Nieto ( ) d) Hermano ( ) e) Nuera ( )

**5.- Nivel de Educación:**

a) Primaria ( ) b) Secundaria ( ) c) Técnico Superior ( ) d) Universitario ( )

**6.- Tiempo que cuida al anciano:** \_\_\_\_\_Meses \_\_\_\_\_Años.

**7.-Experiencias previas antes de cuidar al anciano:** a) Sí ( ) b) No ( )

**8.- Padece alguna enfermedad:** \_\_\_\_

**9.- Recibió algún curso por parte de profesionales de salud.**

a) Sí ( ) b) No ( )

**B). -CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS SOBRE EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO .**

**1.- Edad en años cumplidos:** \_\_\_\_\_

**2.- Sexo:** Masculino  Femenino

**3.- Enfermedad que padece actualmente:** -----

## INSTRUMENTO PARA MEDIR EL BIENESTAR DEL CUIDADOR PRIMARIO

Marque con un aspa el número del 0 al 3 la respuesta que considere conveniente.

### BIENESTAR FÍSICO

Siente o padece alguna de estas dolencias.

#### 1. ¿Siente fatiga o agotamiento?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Ningún problema	Problema leve	Problema moderado	Problema severo

#### 2. ¿Padece de algún problema en su alimentación?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Ningún problema	Problema leve	Problema moderado	Problema severo

#### 3. ¿Duerme tranquilo todas las noches?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Ningún problema	Problema leve	Problema moderado	Problema severo

### BIENESTAR PSICOLÓGICO

#### 1. ¿Es difícil para Usted, el tener un familiar enfermo?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Nada difícil	Con dificultad	Difícil	Muy difícil

#### 2. ¿Siente felicidad usted, al cuidar a su familiar?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Ninguna	Poca	Regular	Muchísima

#### 3.- ¿Cuánta desesperación siente usted al cuidar a su familiar?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Nada en absoluto	Poco	Regular	Muchísimo

## BIENESTAR SOCIAL

1.- ¿La ayuda que recibe de otras personas, es suficiente en el cuidado de su familiar enfermo?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Ninguno	Poco	Regular	Muchísimo

2.- ¿La enfermedad y el tratamiento de su familiar le impiden visitar o reunirse con otras personas?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Ninguno	Poco	Regular	Muchísimo

3.- ¿La enfermedad y el tratamiento de su familiar han alterado sus actividades en su hogar?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Ninguno	Poco	Regular	Muchísimo

## BIENESTAR ESPIRITUAL:

1. ¿Se siente satisfecho al acudir a algún centro de oración o templo?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Nada en absoluto	Poca	Regular	Muchísimo

2. ¿La enfermedad de su familiar, ha cambiado o mejorado su fe religiosa?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Ninguno cambio	Pocos cambios	Regular	Muchísimo

3. ¿Tiene esperanza que mejore la situación de salud de su familiar?

( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )
Ninguno	Poca esperanza	Regular	Muchísima esperanza

**INSTRUMENTO PARA DETERMINAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS  
BÁSICOS BRINDADOS AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE CRÓNICO:**

**DIMENSIÓN BIOLÓGICA**

<b>ALIMENTACIÓN:</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>SIEMPRE</b>	<b>AVECES</b>	<b>NUNCA</b>
1.- ¿Con que frecuencia proporciona los alimentos balanceados a su familiar?			
2.- ¿Sabe que alimentos debe dar al adulto mayor?			
3.- ¿Ha presentado su familiar náuseas, vómitos o dolor después de los alimentos?			

<b>ELIMINACIÓN:</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>SIEMPRE</b>	<b>AVECES</b>	<b>NUNCA</b>
1.- ¿Ha presentado su familiar postrado casos de infección urinaria?			
2.- ¿Con que frecuencia el adulto mayor sufre de estreñimiento?			
3.- ¿Con que frecuencia después de cambiar su pañal, realiza el aseo genital?			

<b>REPOSO Y SUEÑO:</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>SIEMPRE</b>	<b>AVECES</b>	<b>NUNCA</b>
1.- ¿Con que frecuencia realiza masaje de relajación al adulto mayor postrado?			
2.- ¿Duerme en forma continua en la noche el adulto mayor?			
3.- ¿Realiza actividades recreativas (TV, leer, oír música) durante el día a fin de facilitar el sueño nocturno?			

<b>HIGIENE Y CONFORT:</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>SIEMPRE</b>	<b>AVECES</b>	<b>NUNCA</b>
1.- ¿Con que frecuencia realiza el baño de su familiar?			
2.- ¿Con que frecuencia realiza el recorte de uñas de manos, pies y seca bien sus pies?			
3.- ¿Observa la piel en busca de lesiones, grietas, enrojecimiento y realiza masajes con cremas hidratantes?			

<b>DIMENSIÓN PSICOLÓGICA</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>SIEMPRE</b>	<b>AVECES</b>	<b>NUNCA</b>
1.-Se siente tranquilo y contento con usted durante el tiempo que lo cuida.			
2.- Recuerda hechos vividos presentes o pasados.			
3.- Comprende el adulto mayor las acciones que realiza con él.			

<b>DIMENSIÓN SOCIAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>SIEMPRE</b>	<b>AVECES</b>	<b>NUNCA</b>
1.- Agradece el las acciones que usted realiza, respondiendo amablemente.			
2.-Participa en las acciones que usted realiza			
3.-Cuando los familiares vienen a la visita, él se comunica verbalmente o con gestos.			

<b>DIMENSIÓN ESPIRITUAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>SIEMPRE</b>	<b>AVECES</b>	<b>NUNCA</b>
1.-Practica alguna religión el adulto mayor			
2.-Piensa que las cosas mejoraran en un futuro.			
3.-Le preocupa a su familiar enfermo estar cerca de la muerte.			



## ANEXO IX

### Método Dalineus

El método de **Dalinius – Hodges**, consiste en la formación de estratos de tal manera que la varianza obtenida sea la mínima al interior de cada estrato y máxima entre cada uno de ellos. El método de Dalenius forma los estratos más homogéneos posibles **Fuente especificada no válida.**, que a continuación se describe: Dado un conjunto de “n” observaciones de una variable  $x = (x_1, x_2 \dots x_n)$ , el procedimiento para formar “h” estratos se hace a partir de estas observaciones de manera ascendente.

1. Ordenar las observaciones de manera ascendente.
2. Agrupar  $x = (x_1, x_2 \dots x_n)$ , en un número  $J$  de clase, donde  
$$J = \min \{h * 10, n\}$$
3. Calcular los límites para cada clase de la siguiente manera:

$$\lim \inf C_k = \min\{x_i\} + (k - 1) * \frac{\max\{x_i\} - \min\{x_i\}}{J}$$

$$\lim \sup C_k = \min\{x_i\} + (k) * \frac{\max\{x_i\} - \min\{x_i\}}{J}$$

Los intervalos se tomarán abiertos por la izquierda y cerrados por la derecha, a excepción del primero que será cerrado por ambos lados.

4. A partir de estos límites, se obtienen la frecuencia de observaciones en cada clase.  
 $f_i \ i \in \{1, \dots, J\}$
5. Calcular la raíz cuadrada de frecuencia en cada clase.
6. Acumular la raíz cuadrada de las frecuencias en cada clase

$$\sum_{i=1}^J \sqrt{f_i}$$

7. Dividir la suma de la raíz cuadrada de las frecuencias por el número de estratos:

$$Q = \frac{1}{h} \sum_{i=1}^J \sqrt{f_i}$$

8. Los puntos de corte de cada estrato se tomarán sobre el acumulado de la raíz cuadrada de las frecuencias en cada clase de acuerdo a los siguientes:  $Q, 2Q, \dots, (h - 1)Q$ . Si el valor de  $Q$  queda entre dos clases, se tomará como punto de corte aquella clase que presente la mínima distancia a  $Q$ . Los límites de los “h” estratos conformados serán aquellos correspondientes a los límites inferior y superior de las clases comprendidas en cada estrato.

Para el cálculo de la correlación de Spearman se utilizó la siguiente fórmula:

$r_s$  = coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

$d$  = diferencia entre rangos (x menos y).  $n$  =

número de datos.