



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores en el noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Hidalgo Solórzano, Juan Luis

DIRECTOR: Andrade Quizhpe, Livia Isabel, Mgtr

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2020



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2020

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Magister.

Livia Isabel Andrade Quizhpe.

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores en el noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019, realizado por Hidalgo Solórzano Juan Luis, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Enero del 2010

f).....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Hidalgo Solórzano Juan Luis declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores en el noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019, de la Titulación de Psicología, siendo la Mgtr. Livia Isabel Andrade Quizhpe director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

F).....

Autor: Hidalgo Solórzano Juan Luis

Cédula: 0918168493

## DEDICATORIA

En primer lugar a Dios todo poderoso, a mis padres Juan Luis y Sara del Roció, a mi esposa Sara María y mi hija Bianka Gabriela, mi hermano Mario Javier, una mención especial a mis primas hermanas Laura Beatriz y María de los Ángeles, a mi familia en general, a todos ellos por ser fuente de amor, inspiración, motivación y apoyo cálido eh incondicional; por todos esos días y momentos que me acompañaron en este duro y largo proceso siendo mi bastón y fuerza física, por fin lo conseguimos.

Adicionalmente se lo dedico a toda aquella persona con discapacidad física real y severa, aquella persona que tenía el NO asegurado por el hecho de vivir en una sociedad discriminatoria, a aquella persona con alguna discapacidad que tendrá menor opción a mayor precio, a todo ese universo de población le expreso mi solidaridad, respeto, admiración y está dedicado para ellos también.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a Dios porque sin el nada fuera posible; a la UTPL por expedir y facilitar mi inclusión en el programa de becas por discapacidad, misma que me permitió culminar mis estudios; a mi familia por toda su soporte incondicional y estar cuando yo necesitaba por las exigencias propias del estudio; una mención relevante a mi amiga la Dra. Janet Auxiliadora Gorozabel Macias, por toda su ayuda, por su guía profesional transparente, metodológica y oportuna.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3

### CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1. Cuidado informal del enfermo crónico dependiente.....	7
1.1.1. El concepto del cuidado informal.....	7
1.1.2. Crisis del cuidado informal.....	8
1.1.3. Perfil socio-demográfico del cuidador informal.....	9
1.1.4. El cuidado informal y los cambios socio-familiares.....	9
1.1.5. El cuidado informal como condición de estrés crónico.....	11
1.1.6. El cuidador informal y el <i>burnout</i> .....	11
1.1.7. Sobrecarga y malestar psicosocial.....	12
1.2. La dependencia en el adulto mayor.....	13
1.2.1. Dependencia (conceptos generales).....	13
1.2.2. Factores de la dependencia.....	14
1.2.3. Envejecimiento y dependencia.....	15
1.2.4. Perfil socio-demográfico de la persona con dependencia.....	16
1.3. Modelo sociocultural de estrés y afrontamiento.....	17
1.3.1. Modelo ABCX.....	17
1.3.2. Modelo del proceso del estrés.....	18
1.3.3. Modelo de estrés adaptado al cuidado por Haley (1987).....	19
1.3.4. Modelo transaccional adaptado al cuidado (Lazarus y Folkman).....	19
1.3.5. Efectos del cuidado desde el modelo sociocultural de estrés.....	20
1.3.5.1. Variables contextuales del cuidado.....	21
1.3.5.1.1. Variables sociodemográficas.....	21
1.3.5.1.2. Relaciones previas (cuidador-paciente).....	22
1.3.5.2. Estresores del cuidado.....	23
1.3.5.2.1. Estresores objetivos del cuidado (demandas del Cuidado).....	23
1.3.5.2.2. Estresores subjetivos del cuidado (consecuencias).....	24
1.3.5.3. Estresores secundarios.....	25
1.3.5.3.1. Repercusiones en el área laboral y sociodemográfica.....	25
1.3.5.3.2. Repercusiones en el tiempo de ocio y descanso.....	26
1.3.5.3.3. Efectos en la calidad de vida (CDV) del cuidador.....	26

1.3.5.4 Variables mediadoras del impacto del cuidado.....	27
1.3.5.4.1. Apoyo social.....	27
1.3.5.4.2. Afrontamiento.....	28
1.3.5.4.3. Personalidad.....	29

## CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de la Investigación.....	31
2.2. Objetivos.....	32
2.2.1. Objetivo general.....	32
2.2.2. Objetivo Específico.....	32
2.3. Preguntas de Investigación.....	33
2.4. Instrumentos.....	34
2.4.1. Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc.....	34
2.4.2. Entrevista de carga para cuidadores (Zarit, et al., 1980).....	34
2.4.3. CUIDAR (BRS) (González, Herrera, y Rosero 2016).....	34
2.4.4. Índice de Barthel (IB) (Mahoney y Barthel, 1995).....	35
2.4.5. Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-12]) (Goldberg y Hillier, 1972).....	35
2.4.6. Inventario COPE-28 (Brief COPE) (Carver, 1997).....	35
2.4.7. Cuestionario de Apoyo Social Duke-unk (Broadhead, Gehlbach, De Gruy y Kaplan 1988).....	36
2.4.8. Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; versión española de Sandin, Valiente y Chorot, 1999).....	36
2.4.9. Cuestionario de Portátil del Estado Mental de Pfeiffer (1975) (Short Portable Mental Status Questionnaire (PSMSQ), (Version a español de Garcia – Montalvo, Rodriguez, Ruiperez 1992).....	36
2.5. Contexto de la Investigación.....	37
2.6. Participantes.....	37
2.6.1 Criterios de inclusión.....	37
2.6.2. Criterios de exclusión.....	38
2.7. Procedimiento.....	38
2.8. Recursos.....	38
2.8.1. Recursos Humanos.....	38
2.8.2. Recursos didácticos o físicos.....	39
2.9. Financiamiento.....	39

## CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados.....	41
3.2. Discusión de resultados.....	49
CONCLUSIONES.....	53

RECOMENDACIONES.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	63

## RESUMEN

El presente estudio investigativo tuvo por objetivo identificar la sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores en el noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019. Se utilizó una metodología de tipo descriptivo – transversal, con una muestra de accesibilidad no probabilístico de 20 cuidadores informales y 20 adultos mayores. Los instrumentos empleados fueron: Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionario de Zarit, Cuidar, Índice de Barthel, Golberg GHQ-129, Apoyo Social, Brief Cope-28, Personalidad EPQR-A, Cuestionario del Estado Mental de Pfeiffer. Como resultados más destacados tenemos la presencia de una sobrecarga del 70% en los cuidadores, el 20% posee competencias bajas para desarrollar la labor del cuidado, el 40% tiene dependencia total, con respecto a la salud general el 50% se encuentra normal. En tanto que las estrategias de afrontamiento de mayor uso fueron apoyo instrumental con una M de 4.2, aceptación 4.1 y religión con 3.9. El apoyo social se presenta escaso con un 65% en los entrevistados, en cuanto a la personalidad el Neuroticismo prevalece con una M de 3.15, y por último un 10% presenta un deterioro cognitivo importante.

**PALABRAS CLAVES:** cuidadores informales, sobrecarga, adulto mayor.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study was to identify the burden on informal caregivers of older adults in the northwest of the city of Guayaquil in the year 2019. A descriptive-transversal methodology was used, with a sample of non-probabilistic accessibility of 20 caregivers and 20 older adults. The instruments used were: Sociodemographic Questionnaire, Zarit Questionnaire, Caring, Barthel Index, Golberg GHQ-129, Social Support, Brief Cope-28, Personality EPQR-A, Pfeiffer Mental State Questionnaire. As more outstanding results we have the presence of a 70% overload in caregivers, 20% have low competencies to develop the work of care, 40% have total dependence, with respect to general health 50% is normal. While the most commonly used coping strategies were instrumental support with an M of 4.2, acceptance 4.1 and religion with 3.9. Social support is scarce in 65% of those interviewed, in terms of personality, Neuroticism prevails with an M of 3.15, and finally 10% have a significant cognitive impairment.

**KEY WORDS:** informal caregivers, work overload, elderly.

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial hay millones de individuos que dependen de cuidados de otras personas por múltiples dificultades de aspecto físico, cognitivo o psicosocial, mismas que no solo deben ser competencia del área de salud pública sino que también deben ser atendidos como problemas en los que la sociedad en general debe encontrarse mayormente comprometido. De tal manera que el presente estudio investigativo se lo gestiono con el objetivo de identificar la sobrecarga laboral en cuidadores informales de adultos mayores en el noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019. La salud general del cuidador informal se ve afectada por las exigencias que demanda las labores del cuidado de un familiar en estado de dependencia, ya que este no ejerce solo funciones de compañía sino que también se ve inmerso en una serie de factores que desfavorecen su salud, que van desde la asistencia con el aseo personal hasta funciones biológicas, todo esto se torna en una tarea estresante para el cuidador, motivo suficiente para la realización de este trabajo.

La investigación para su entendimiento se estructuro en tres capítulos; en el primer capítulo se argumenta el marco teórico de manera científica apoyado con la investigación bibliográfica en donde se expone la definición, conceptualización, características, perfil, modelo, efectos de las variables del tema tratado; con respecto al segundo capítulo se cubre la información necesaria del desarrollo de la metodología en donde se expone el objetivo general y los objetivos específicos direccionados a determinar la sobrecarga laboral en el cuidador informal, además detalla la población, la muestra, beneficiarios, recursos, financiamiento y el procedimiento de los métodos y técnicas e instrumentos utilizados en la gestión del mismo; en tanto en el tercer capítulo encierra el análisis de datos y su discusión; finalmente se detallan las conclusiones y recomendaciones, además se adjunta los anexos respectivos estructurados por encuestas que hacen soporte a la investigación.

La investigación es importante por cuanto se realizaron las indagaciones pertinentes para identificar la sobrecarga laboral en cuidadores informales de adultos mayores, desencadenante en muchos casos del síndrome de burnout o estrés ocupacional en el que el cuidador informal se desgasta emocional y físicamente, pudiendo esta situación generar rechazo hacia el dependiente, por tanto, es vital que sea consciente de que debe protegerse para evitar y confrontar las posibles causas y efectos del problema que aqueja una parte de la población del noroeste de la ciudad de Guayaquil, dejando

el presente estudio como modelo a seguir para futuras investigaciones enfocadas a tratar aspectos que vulneren la salud general del cuidador informal. Así mismo, López (2016), considera al cuidado informal como: “un acto direccionado a proteger, salvaguardar, dar apoyo y suplir necesidades a la persona dependiente, con finalidad de que se mantengan y se desenvuelvan en su entorno social, cabe mencionar que una actividad realizada durante la mayor parte del día” (p. 71).

Con la ayuda del análisis estadístico y mediante las entrevistas y encuestas realizadas a los participantes, se pudo recolectar información eficaz con la cual se da respuesta al problema planteado, misma que indica que existe un nivel de sobrecarga intensa en cuidadores informales de adultos mayores con un 50%, un 30% no presenta y el 20% tiene una sobrecarga leve.

Por otra parte en cuanto al alcance de los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación se puede constatar que se da su cumplimiento, puesto que una vez realizada la investigación se da a conocer los niveles de sobrecarga laboral en los cuidadores, así como también proporciona información de utilidad para personas que asisten a familiares, asistentes particulares del cuidado y para las autoridades pertinentes.

En cuanto a las facilidades u oportunidades encontradas en el desarrollo del presente trabajo de investigación, se debe acotar que una de las pocas con la que se pudo contar fue con la ayuda de una institución que colaboro con una población de potenciales referidos que se encontraban viviendo en el mismo sector y acorde a las necesidades objeto de este estudio; por su parte los inconvenientes encontrados fueron varios así como sus limitantes, ya que al ser una persona con discapacidad física dependiente de una silla de ruedas se presentaron complicaciones desde el inicio hasta la culminación de este trabajo por efectos de movilización, la infraestructura del lugar de residencia de la muestra donde se realizó las encuestas es de complejo acceso ya que desfavorece el tránsito de una silla de ruedas, se puede acotar infinidad de obstáculos en la consecución del trabajo pero lo que realmente se desea resaltar es la satisfacción del logro de los objetivos planteados.

Por último la metodología que se utilizó para la consecución de la investigación fue descriptiva – transversal, como sostiene (Thierer, 2015) son estudios de prevalencia, en los que se determina la presencia de una condición o estado de salud en una población

bien definida y en un marco temporal determinado: un día, una semana, un momento en particular en la vida, aunque no coincida temporalmente en todos los sujetos.

**CAPITULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Cuidado informal del enfermo crónico dependiente**

En este apartado teórico relacionado con el cuidador informal del enfermo crónico dependiente se inicia conceptualizando al cuidador informal, además se aborda temas como: crisis del cuidador informal; el perfil sociodemográfico; los cambios socio – familiares; las condiciones del estrés crónico; el burnout; la sobrecarga y el malestar psicosocial de los cuidadores informales.

#### **1.1.1. El concepto de cuidado informal**

El cuidado informal es una categoría compleja, multidimensional y universal, que puede definirse desde un punto de vista familiar, ético o laboral; sin embargo, siempre direccionado a la consecución de un conjunto de acciones hacia una persona dependiente, realizada por un familiar o personal no profesional, destinadas a la preservación y atención; constituyéndose, así como un elemento fundamental del bienestar en la vida cotidiana de las personas dependientes (Río, 2014)

Así mismo López (2016), considera al cuidado informal como: “un acto direccionado a proteger, salvaguardar, dar apoyo y suplir necesidades a la persona dependiente, con finalidad de que se mantengan y se desenvuelvan en su entorno social, cabe mencionar que una actividad realizada durante la mayor parte del día” (p. 71).

De igual manera, García y Río (2015) afirman que el cuidado informal es: “un tipo de ayuda en la que se tiene en cuenta la cercanía de parentesco o amistad de quienes realizan su labor de atención, y generalmente no reciben retribución directa ni diferida por su trabajo” (p.174).

Además, Cantillo, Lleopart, y Ezquerria (2018) Mencionan que el cuidado informal es considerado como la prestación de cuidados a personas en situación de dependencia generalmente por parte de un familiar, basado en relaciones afectivas o deuda relacional; siendo esta una tarea producida en el hogar con un rol adscrito a la mujer; de este modo es necesario resaltar que casi el 90% del tiempo total de cuidado recibido por las personas mayores recae sobre el algún familiar, y son las mujeres quienes asumen la mayor parte de este rol.

Tomando como referencia las conceptualizaciones que expresa sobre el cuidado informal como son realizar actividades direccionadas al bienestar, protección del individuo, con la finalidad de suplir necesidades de un sujeto que se encuentra en estado de dependencia, esta puede ser ejercida por familiares y/o allegados generalmente del sexo femenino.

### **1.1.2. Crisis del cuidado informal.**

La crisis del cuidado informal es un tema de gran relevancia e interés, constituye un pilar fundamental dentro la construcción teórica de esta investigación, por la relevancia que juegan los aspectos, políticos- económicos en la llamada crisis del cuidado informal, esta se refiere al proceso complejo de desestabilización de un modelo atencional previamente instaurado de forma implícita o cultural de responsabilidad sobre los cuidados, sostenibilidad de la vida y organización de los trabajos relacionados al cuidado; proceso que está cerrándose actualmente de forma no solo insuficiente sino reaccionaria, en la medida en que se basa en los mismos ejes de desigualdad social e invisibilidad de trabajos y agentes sociales (Arias, Saavedra, & Avilés, 2017)

A sí mismo la crisis al cuidado informal surge como resultado de la incapacidad social y política del estado para garantizar el bienestar de amplios sectores de la población que tiene dificultades poder cuidarse, cuidar o ser cuidados y se debe a la incidencia de tres factores como las transformaciones socio-demográficas, socio-laborales y político-económicas que se manifiesta en la creciente demanda de servicios, la ausencia de políticas públicas, la falta regulación de la actividad y la situación en la que ese encuentran muchas cuidadoras (Ezquerro, 2012)

Además, un factor muy relevante es que los cuidados han recaído principal e históricamente en las mujeres a menudo de forma no remunerada, correspondida como parte de la actividad doméstica, constituyéndose como un factor crucial de la desigualdad de género produciendo un aumento en la carga total de trabajo no remunerado en las mujeres; partiendo de esta premisa en esta época la crisis de los cuidados también se atribuye al cambio de las mujeres en su posición social actual a partir de su participación más creciente en el mercado laboral formal (Figueroa, Soto, y Santos, 2016).

Por lo tanto, la crisis de cuidado informal es el resultante de una serie de aspectos sociales, económicos, políticos; propios de esta etapa postmoderna por la creciente demanda de servicios, ausencia de políticas públicas referidas a esta actividad, e inserción de la mujer en el campo laboral esta última forma un campo que da inicio al cuestionamiento de las acciones que deben ser asumidas y cumplidas, por una población.

### **1.1.3. Perfil sociodemográfico del cuidador informal.**

El perfil sociodemográfico del cuidado informal permite tener en cuenta aquellas características de un grupo o población, así el cuidador informal tiene una serie de

rasgos o características que son necesarias para entender su funcionamiento y relevancia social en primera instancia es una actividad que en su mayoría es ejercida por el género femenino, se desarrolla típicamente dentro del subsistema familiar, tiene un carácter no remunerado y predisposición temporal es decir no tiene horario definido que se extiende a lo largo de horas, días, semanas o años (García y Rio, 2015)

A su vez, existen un conjunto de características que deben ser abordadas para estructurar un perfil socio demográfico del cuidador informal como: el sexo imperante que realiza esta actividad, la edad en que oscilan los cuidadores, el nivel de instrucción formal, el parentesco y la actividad laboral a la que se dedica. (Zurro y Pérez, 2013)

Por su parte, Loor (2015) considera, que los cuidadores son mayoritariamente familiares, mujeres, hijas, casadas, con una media de edad 40 a 50 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación formal dedicada a los quehaceres domésticos, con escolaridad primaria completa o media incompleta, que llevan 1 - 5 años cuidando, dedica 10 - 17 horas diarias.

A partir de la literatura revisada, estas características sociodemográficas básicas permiten la descripción de rasgos o particulares relacionados a un grupo o población; y en referencia al cuidado informal en su mayoría son familiares que cursan la adultez media entre 40 a 50 años, de género femenino, al ser el envejecimiento un proceso multidimensional –que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad–, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad. La acción a favor de las personas mayores es un desafío para el Estado en sus niveles nacional y local. Lo es también para el sector privado, las organizaciones sociales y los ciudadanos en general.

#### **1.1.4. El cuidado informal y los cambios socio-familiares.**

El presente trabajo de investigación, pretende analizar en profundidad un fenómeno que todos/as conocemos o vivimos en nuestro entorno más o menos cercano. Se trata del cuidado informal de personas mayores que precisan asistencia para desempeñar actividades cotidianas. Se menciona, que el cuidado informal viene acompañado de una serie de cambios estructurales dentro de la dinámica familiar, y cambios dentro de las actividades formales e informales a nivel social tanto del cuidador como del dependiente.

En otras palabras, el cuidado informal tiene una serie de connotaciones que afecta la dinámica, esta crisis para-normativa provoca períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra donde hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la

familia están asumiendo un nuevo rol, por lo que la dinámica estructural familiar se debe adecuar a la serie de requerimientos o necesidades del dependiente (Hernández, 2014)

Mientras que González y Lorenzo (2013) Refiere que los cambios sociofamiliares se producen en la estructura y funcionamiento de la dinámica familiar provocando distanciamiento relacional de los implicados en el cuidado informal y el resto de integrantes de la familia, así la formación de lazos afectivos positivos o ambivalentes.

Además, Silva y Pérez (2015) siguiendo el enfoque sistémico menciona que las repercusiones que tiene el cuidado informal en el sistema familiar afectan la dinámica familiar; cuando dentro de la estructura familiar un integrante se encuentra en la situación de dependencia desde la perspectiva sistémica se produce una crisis parafamiliar que se caracteriza por una desorganización familiar, este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente y se requiere un cambio en la estructura y reglas, normas y obligaciones familiares.

A su vez el miembro de la familia sobre el que recae la mayor parte de la responsabilidad, es llamado el cuidador principal o primario, generando una serie de cambios como la dedicación de horas al cuidado de la persona que no puede suplir sus necesidades por voluntad propia, el sacrificio de actividades formales como la actividad estudiantil, laboral o informales como pasatiempos, hobbies, etc., este es uno de los mayores problemas que presenta el cuidador informal (Maza, 2013)

Por lo tanto, el cuidado informal es una condición que provoca cambios estructurales, funcionales dentro de la dinámica familiar debido a la readecuación de normas, y la adición de actividades diarias dirigidas al dependiente; también es relevante establecer el sistema de actividades formales e informales tanto del cuidador como del dependiente sufren variaciones.

#### **1.1.5. El cuidado informal como condición de estrés crónico.**

La American Psychiatric Association (2013) refiere, que el estrés crónico es el resultado de estresores cotidianos que no se atienden o no se manejan adecuadamente, así como de eventos traumáticos y surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación

causante del estrés, debido a las constantes exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables, se experimenta desesperanza, la persona abandona la búsqueda de soluciones, manifestados somáticamente causando cuadros de ansiedad, cambios conductuales y emocionales, insomnio, dolor muscular, alta presión y debilitamiento del sistema inmunitario.

En efecto los cuidadores informales muestran estrés y la sobrecarga originados por cuidar a un paciente condicionan un cambio en las condiciones biológicas, psicológicas y de comportamiento que puede contribuir al origen de trastornos afectivos, alteraciones en el sistema inmunológico, daño cardiovascular, trastornos psiquiátricos y muerte temprana (Cortijo, Ortiz, y Cibrián, 2019).

Además, Campos (2015) menciona que el estrés crónico es un proceso cíclico que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentarlo en diferentes períodos de su vida, además es un síndrome que afecta especialmente a las mujeres, por ser generalmente las que asumen el rol de cuidadoras informales en la sociedad actual.

Por lo tanto, la actividad del cuidado informal predispone el padecimiento del estrés crónico como respuesta patológica de una serie de connotaciones derivadas de las excesivas demandas de una o varias actividades dentro de una temporalidad, este síndrome tiene manifestaciones psicósomáticas que afectan negativamente la salud y las relaciones familiares-personales del cuidador.

#### **1.1.6. El cuidador informal y el burnout.**

El síndrome de burnout es un tipo de estrés ocupacional e institucional con predilección por personas que mantienen una relación constante y directa con otras personas, principalmente cuando esta actividad es considerada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores); el Cuidador informal se desgasta emocional y físicamente, y eso puede generar rechazo hacia el dependiente, por tanto, es vital que sea consciente de que debe protegerse. (López, 2016)

Mientras que Sánchez (2015) Menciona en su tesis sobre Burnout, resiliencia y frustración existencial que este síndrome constituye un estado mental persistente y negativo, en individuos normales, reactivo a un estrés laboral crónico debido al trabajo que realizan, de alguna manera relacionado con personas caracterizado por cansancio o agotamiento emocional, despersonalización del individuo y una baja realización personal.

De acuerdo a Puhl, Izcurdia, Oteyza, y Escayol (2016), el burnout es un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral, que afecta en mayor medida a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la que el eje del trabajo es el apoyo y la ayuda ante los problemas; este síndrome abarca principalmente síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sensación de reducido logro personal. Se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales y problemas en relaciones interpersonales.

A manera de conclusión el cuidado informal es una de las actividades de cuidado, con mayor responsabilidad debido a la consecución de ayuda en la alimentación, aseo, movilidad; la relación constante de estas actividades junto al tiempo que se requiere para llevarlas a cabo, predisponen a la aparición del síndrome de burnout que es un tipo de estrés producto de la ocupación, manifestado por desgaste emocional, y sintomatología física que afecta la salud del cuidador.

#### **1.1.7. Sobrecarga y malestar psicosocial.**

El concepto de sobrecarga del cuidador es multidimensional, pudiéndose diferenciar entre la carga objetiva, es decir, las demandas o actividades que realmente deben asumirse, y la carga subjetiva entendida como el conjunto de sentimientos y percepciones negativas que la persona que cuida experimenta sobre la función que realizar (Carreño, Barreto, Duran, Ortiz, y Romero, 2016).

Por su parte, Torres, Agudelo, Pulgarin, y Berbesi (2017) refieren, que la sobrecarga del cuidador es un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades de ocio, familiares, relaciones sociales, libertad y equilibrio mental es el grado en el cual el cuidador percibe la influencia negativa del cuidado, en diferentes aspectos de su vida como en la salud mental y física, la interacción social y su economía.

Mientras que el malestar psicosocial se acompaña de: sentimientos de culpa, enfado, indefensión, frustración, ira, negación de la necesidad de ayuda, ideas de soledad y estrés. También, es frecuente que quien cuida no pueda dedicar tiempo suficiente a sí mismo, disminuyendo las actividades de ocio o cuidado personal, además, pueden aumentar dificultades económicas, porque disminuyen los ingresos a causa de la dedicación al cuidado, o porque aumentan los gastos derivados de los cuidados (Salazar, Murcia, y Solano, 2016).

A manera de conclusión la sobrecarga y el malestar psicosocial son categorías que se encuentran inherentes en proceso del cuidado de una persona dependiente, está relacionado con la forma en la que se percibe la situación de cuidado, es aquí donde establecemos la diferenciación de estos conceptos, mientras la sobrecarga es un estado donde se experimenta el cansancio, estrés y agotamiento emocional producto de la realización constante de una actividad, además el malestar psicosocial es una molestia general acompañada de afectación somáticas.

## **1.2. La dependencia en el adulto mayor**

### **1.2.1. Dependencia (Conceptos generales).**

La dependencia es un hecho concreto equiparable con la necesidad de ayuda de una persona o cosa para la satisfacción de sus necesidades o ciertas actividades de la vida; donde se produce la falta de autonomía física, psíquica o intelectual de necesitar ayuda de otra persona; esta también puede definirse como un proceso lineal del ciclo de la vida, tomando como referencia a la vejez (Querejeta, 2016).

Los autores Cerquera, y Pabon (2016) mencionan que la dependencia es propia de diversas situaciones vitales prolongadas como la enfermedad, la infancia, el embarazo y la vejez donde se requiere una serie de ayuda por parte del otro, que al igual que otras medidas de capacidad funcional, se vuelve un concepto medible desde un punto de vista médico, pero su abordaje se sitúa claramente en el ámbito social de estado permanente ligadas a la falta de autonomía.

Así la dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta de autonomía física, psíquica, o intelectual tienen la necesidad de asistencia o de ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria de modo particular, los referidos al cuidado personal (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé, y Juaréz, 2016).

A manera de conclusión la dependencia es una condición que afecta en mayor o menor medida a todos los individuos en ciertos momentos de su existencia donde interviene el factor contextual de ayudas, en esta etapa el ser humano carece de los instrumentos o las cualidades para poder satisfacer una necesidad adquirida producto de un fenómeno que afecto el curso normal de su vida, por lo que se necesita la ayuda de un agente externo para la realización de actividades cotidianas.

### **1.2.2. Factores de la dependencia.**

Los factores que inciden en la dependencia de los individuos se encuentran asociados o surgen como consecuencias de factores ambientales, genéticas, sociales, accidentales y personales, mientras que en los adultos mayores existe mayor incidencia debido a los padecimientos o complicaciones propios del deterioro del organismo, que suelen acompañadas de enfermedades, discapacidad producto del estilo de vida, condiciones ambientales y biológicas, pérdida de autonomía física, intelectual y sensorial o accidentes no fortuitos (Alcañiz, y otros, 2015).

Son muchos los padecimientos según Rodríguez (2017) que afectan la independencia y sirven como factor de dependencia suelen asociarse a enfermedades crónicas, depresión, problemas de salud mental, presencia de dolor, enfermedades respiratorias, deterioro cognitivo, déficit auditivo, déficit visual, ceguera, sin embargo, suele atribuirse la dependencia al envejecimiento o la vejez.

Además, Laguado, Camargo, Campo, y Martín (2017) refiere que la dependencia tiende a incrementar con la edad, por las declinaciones en el estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional caracterizado por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida.

A los factores anteriormente mencionados se suman factores estructurales como la situación socioeconómica, nivel educacional y nivel de ingresos se vincula a una mayor posibilidad de acceder a tratamientos médicos y de rehabilitación; además de estar asociado a un mayor nivel educacional que entrega recursos cognitivos para enfrentar el envejecimiento de mejor manera (Cheix, Herrera, Fernández, y Barros, 2016).

En definitiva, de acuerdo a lo expuesto por los autores antes mencionados los factores de la dependencia podrían atribuirse en tres grandes grupos los externos que se refieren a los accidentes no fortuitos, los internos entre los cuales se encuentran las enfermedades, envejecimiento y los genéticos referidos aquellas enfermedades o predisposición congénita que causan dependencia en cualquier instante de la vida, todos estos factores suelen ser permanentes y condicionante en el estilo de vida.

### **1.2.3. Envejecimiento y dependencia.**

El envejecimiento como refiere Maldonado, Enríquez y Camacho (2019) está relacionado con cuatro subtipos de concebir la edad: la cronología definida por el

cumpliendo de los 65 años de edad; la biológica determinada por el grado de madurez de los órganos y la aparición de enfermedades degenerativas o crónicas; la psicológica estipulada por las competencias conductuales y la adaptación su cotidianidad; y la edad social constituida por el rol que el individuo tiene en la sociedad; sin embargo la definición del envejecimiento depende de diversos factores como: las creencias, el sistema de valores, las políticas sociales, el enfoque de abordaje; todos estos factores tienen un punto nodal que es el deterioro progresivo e irreversible de las diferentes áreas del individuo.

Además, García y Salazar (2014) en su artículo “Análisis del concepto de envejecimiento” mencionan que el envejecimiento es un factor que predispone a la dependencia; este es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser, por lo tanto el envejecimiento y la dependencia es un proceso normal caracterizado por la disminución progresiva en la capacidad de llevar a cabo las funciones de cada órgano y sistema, la velocidad de este proceso es continua y permanente que afecta no solo al organismo corpóreo sino también sus sistemas de actividades, regulación, y comunicación y la necesidad de recibir ayuda de otro.

Cabe señalar que el cuerpo con el transcurso del tiempo va sufriendo una serie de cambios, tanto morfológicos como funcionales, en todos sus órganos y sistemas, que varían de unos individuos a otros y también con ritmo diferente según su localización dentro del mismo individuo, además de sobrellevar las implicaciones psicológicas por las que tiene que pasar el ser humano mientras va envejeciendo, y sentimiento de cómo cada una de las actividades formales o informales que realizaban, se ven aplacadas por la dificultad experimentan al realizarlas (Serrano, 2013).

Por lo tanto, se puede concluir que la dependencia está directamente relacionada con el envejecimiento, enfatizando la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, en el envejecimiento la necesidad de ayuda para desempeñar actividades de la vida cotidiana se encuentra relacionada significativamente en la existencia imperante de algún tipo de déficit o discapacidad.

#### **1.2.4. Perfil sociodemográfico de la persona con dependencia.**

El perfil sociodemográfico reúne todas aquellas características sociales y demográficas de un grupo común o una población, permitiendo establecer un análisis o tendencia de información social.

Las características sociodemográficas como mencionan Flores, Abad, Poblete, y Esteban (2014) hacen referencia a las características propias de un perfil realizados a los pacientes que requieren una atención personalizada a sus necesidades una de las características primordiales es el padecimiento de una enfermedad o discapacidad o envejecimiento que sirve como factor determinante que demandas estos servicios. Entonces el factor más común del envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida

Por otra parte, investigaciones determinan que dentro de los aspectos sociodemográficos de los adultos mayores con dependencia destacan en su mayoría que son del género femenino, viven con algún familiar hijos o nietos, con 3 y 4 hijos, mientras que el grado de instrucción es primaria o secundaria, presentan algún tipo de enfermedad crónica, o dependencia funcional, mientras que en las mujeres las características más relevantes están el deterioro cognitivo y la dependencia funcional. (Moquillaza, León, Dongo, y Munayco, 2015)

Hay que destacar que en el ámbito local Silva y Pérez (2015) en su investigaciones mencionan que en el censo realizado en el 2010 por el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), la población total ecuatoriana proyectada para el 2014 es de aproximadamente 16'084.057, de los cuales en el año 2012, 1'341.664 serían adultos mayores de 60 años representando entre el 8-9% de la población total del país, y dentro de este grupo etario el 11% viven solos, mientras 2025 tendrá una población mayor de 60 años de 2'235.000 y para el 2050 se duplicará a aproximadamente 4'643.000. Además, se evidenció que la expectativa de vida promedio de la población ecuatoriana es de 75 años, el 89% restante vive con algún acompañante donde destacan hijos, conyugues y nietos.

Tomando en cuenta los referentes teóricos las características concluyen hacia una mayor relevancia respecto al género femenino, en el rango de edad de más de 60 años,

en función a la variable escolaridad predomina el nivel de primaria, con algún tipo de enfermedad o discapacidad funcional o cognitiva que vive con algún familiar.

### **1.3. Modelo sociocultural de estrés y afrontamiento**

#### **1.3.1. Modelo ABCX.**

El modelo doble de ABC-X de estrés y adaptación familiar, como estructura teórica propone el análisis de las situaciones críticas en la familia, que se producen como consecuencia de una situación estresante, partiendo de la premisa que generalmente las familias más propensas a situaciones de crisis suelen tener muy pocos recursos de adaptación, ello, cualquier evento estresante es sentido como un episodio de crisis; este modelo también establece que las familias que inician un proceso de adaptación sufren una trayectoria que culmina con la fase de recuperación, esto a su vez permite mantener la homeostasis y la unidad familiar, además que si este proceso de recuperación no se produce, surgir diversos cuadros patológicos (Alonso, Menéndez, y González, 2013).

Con la formulación del modelo ABC-X se establece que: A es entendido como un evento estresor o evento de suficiente magnitud como para resultar en un posible cambio familiar y sus efectos sobre el sistema (dolor, angustia, miedo), que normalmente crea una situación inesperada o indeseada para la cual la familia ha tenido poca o ninguna preparación previa, por tanto, debe ser vista como problemática, interactuando con B que son los recursos personales, familiares o extra familiares para enfrentarse a ese suceso estresante que pueden ser internos o externos; interactuando con C se refiere al significado o definición que se le atribuye al evento estresante donde se encuentran las actitudes, creencias y valores que, consciente o inconscientemente – produciendo X considerado como la crisis consolidándose como el resultado de la función de otros factores en la respuesta familiar al estresor este modelo sigue siendo la base de los modelos de estrés familiar y afrontamiento (Cracco y Blanco, 2015)

Mientras que Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2014) mencionan que este modelo señala la relación entre el evento estresor y el nivel de la crisis, en los que los patrones de evaluación del sistema y los recursos familiares juegan un papel fundamental para las respuestas. Dependiendo del evento estresor, y si no son adecuadas las respuestas, se hará necesario establecer nuevos patrones. La vulnerabilidad de la familia varía con la habilidad de esta para prevenir el surgimiento de un evento que altere el sistema creando crisis.

A partir de la teoría expuesta se concluye, que este modelo explica que existe un evento estresante factor A, apoyos sociales sean estos formales e informales definidos como

el factor B, y un factor C que representa la percepción del problema y de la situación, las estrategias de afrontamiento, y la crisis familiar factor X, Su principal contribución radica en la idea de que el estrés o crisis pueden ser influenciados por algunas variables que actúan como moderadoras, en este sentido el estrés es el producto del cómo la familia define las circunstancias demandantes y los recursos familiares disponibles para afrontarlo.

### **1.3.2. Modelo del proceso del estrés.**

Este es uno de los modelos más utilizados para estudiar el estrés, inicialmente propuesto por Pearlin en la década del 90; aquí se establece la existencia de varios tipos de variables implicadas en el proceso del estrés, donde los estresores son definidos como aquellas condiciones y situaciones problemáticas experimentadas por los cuidadores que sobrecargan o exceden la capacidad del individuo para adaptarse al medio y que influyen sobre la salud y el bienestar de las personas que cuidan (Cuéllar y Sánchez, 2014)

Este modelo como menciona Loor (2015) adopta un acercamiento multidimensional, con la integración de variables contextuales, como los factores demográficos (edad, sexo, estado civil, ingresos, situación laboral), la estructura y los vínculos familiares, el tipo de relación previa al cuidado, la disponibilidad de cuidadores y de servicios, así como el contexto cultural y las características propias del cuidado. Cabe señalar que la situación de cuidado se produce a lo largo del tiempo termina en una situación de estrés crónico es la que se produce múltiples adaptaciones a las cambiantes demandas de cuidado.

El estresor al ser definido como las condiciones y circunstancias problemáticas pueden estratificarse en primarios y secundarios, los primeros son aquellos derivados directamente del enfermo y de sus cuidados, entre ellos están la gravedad del daño cognitivo del paciente, las alteraciones conductuales; mientras que los secundarios se relacionan con las evaluaciones o las percepciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de la relación que media entre el cuidador; las consecuencias son aquellas afecciones físicas, cognitivas, conductuales sobre la salud y bienestar de los cuidadores; mientras que las variables moduladoras son aquellas estrategias de afrontamiento y de apoyo social (Cuéllar, 2013).

Por lo tanto, se puede concluir que este modelo es utilizable para explicar el estrés del cuidado informal, debido a que adopta un acercamiento multidimensional y da apertura a la importancia de análisis a los estresores primarios y secundarios debido a que son

variables que inciden directamente en el cuidado además de las variables intervinientes y contextuales que pueden predecir el impacto negativo del cuidado sobre la salud de los cuidadores.

### **1.3.3. Modelo de estrés adaptado al cuidado por Haley (1987).**

Este modelo de estrés adaptado al cuidado como propone Llor (2015), tiene la premisa que la aparición de estrés dependerá la evaluación del estresor por parte del cuidador informal; esta será positiva o negativa y dependerá si la evaluación de manera amenazante y de su capacidad de afrontamiento, por un lado, si el cuidador lo percibe de manera negativa, entonces experimentará estrés que provocará una respuesta emocional negativa como síntomas de ansiedad, síntomas de depresión, la respuesta emocional negativa también influirá y disparará las respuestas conductuales o fisiológicas que, en casos de extremos, puede llegar a manifestar trastornos emocionales o físicos.

Aquí se toman en cuenta que en el proceso de estrés intervienen tres componentes: estresores primarios, principalmente los de orden secundario; consecuencias del cuidado, como dificultades en la salud física y mental, y variables moduladoras o mediadoras, como aquellas que entran a regular el impacto de los estresores, entre ellos el apoyo social y las estrategias de afrontamiento (Sánchez, 2013).

Los autores Gallardo, Barón, y Cruz (2014) mencionan que estos recursos como el afrontamiento y la valoración cognitiva de la situación de cuidado, constituyen factores importantes que evitan o promueven las consecuencias negativas en la salud del cuidador y de la familia.

A partir de la teoría expuesta se concluye, que el modelo de estrés adaptado al cuidado tiene como postulado principal la evaluación de la situación que produce el estrés por parte del cuidador informal, entre los que se pueden diferenciar estresores primarios, secundarios y aquellas mediadoras entre los que encuentran los mecanismos de afrontamiento que utiliza frente al estrés.

### **1.3.4. Modelo transaccional adaptado al cuidado (Lazarus y Folkman).**

Este modelo transaccional adaptado al cuidado como refiere, Pujadas (2015) permite entender la relación entre los estímulos amenazantes y los recursos adaptativos, o no adaptativos, así como la forma de abordarlos, cuya importancia radica en su aportación al conocimiento del afrontamiento como un proceso transaccional entre persona y

contexto; el eje central de esta teoría se fija en la evaluación cognitiva para analizar los múltiples problemas relacionados con el estrés dentro de un contexto social complejo, como es el escenario de una emergencia.

Teniendo en cuenta que el afrontamiento es un proceso dinámico de evaluación y reevaluación del repertorio de estrategias que poseen los individuos para hacer frente a una situación que es evaluada como amenazante o desbordante, y su función frente a los eventos estresores, los individuos realizarían dos tipos de evaluaciones: la primaria, donde se evalúa si el evento es dañino o no; y la secundaria, donde se evalúa si uno tiene las capacidades para hacerle frente a dicho evento. (Rodríguez, Zuñiga, Contreras, Gana, & Fortunato, 2016)

Estas acciones o estrategias de afrontamiento, suponen un proceso dinámico por el cual la persona intenta manejar la discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de los que dispone; valorando y poniendo en marcha una serie de acciones que no necesariamente están destinadas a resolver el problema, sino a reevaluar la situación, aceptarla, o escapar de ella; se trata por tanto de un proceso intencional flexible, y no de una reacción defensiva ante el estresor independientemente de los resultados que obtenga (Jorques, 2015).

De modo que las formas de afrontamiento tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de la que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno, basados en distintos tipos de evaluación, la primaria hace referencia al juicio acerca del significado de la situación; la segunda está orientada a la búsqueda de estrategias orientada al problema o la emoción y la tercera que es la reevaluación de las dos anteriores que permiten establecer correcciones (Poch, Carrasco, Moreno, Cerrato, y Aznar, 2015).

Por lo tanto, este modelo transaccional, hace referencia a una relación existente entre la persona y su entorno siendo relevante dos elementos la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento, además tiene como premisa principal los mecanismos de afrontamiento, entendido como un proceso de puesta en marcha de aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que permiten a las personas mantener niveles de estrés moderados y vivir con ellos sin que exista daño físico o psicológico significativo.

#### **1.3.5. Efectos del cuidado desde el modelo sociocultural de estrés.**

El modelo sociocultural de estrés, se centra en los valores culturales de un grupo étnico u otro, ya que son diferentes e influyen en el cuidador; también da importancia al género,

edad, estatus socioeconómico, parentesco con el adulto mayor y las demandas o la carga objetiva que recibe el cuidador. (Serra, 2015, p.12)

Mientras que Menir, Díaz, y Fernández (2015) mencionan, que el modelo sociocultural se relaciona con las variables contextuales como la edad, el género, el parentesco con la persona cuidada, aspectos de salud del cuidador, y a su vez con los estresores objetivos como las demandas asociadas a la situación de cuidado y los comportamientos de la persona receptora de los cuidados; además que la valoración de los estresores objetivos, incluyen la percepción de la situación de cuidados por parte del cuidador y cómo evalúa esta demanda y variables mediadoras como el afrontamiento, el apoyo social, la salud mental, auto eficacia, las repercusiones de las demandas del cuidado, entre otras (Menir, Díaz, y Fernández, 2015)

De esta manera Carretero, Garcés, y Ródenas (2015) refieren que los cuidadores se encuentran en situaciones similares del cuidado, pero en diferentes contextos étnicos, pueden percibir su situación del cuidado de diferentes maneras en función de sus creencias y escoger diferentes estrategias de afrontamiento congruentes con sus valores culturales

Por lo tanto, este modelo sociocultural del estrés se establece la intervención de una serie de variables contextuales como el género, edad, contexto, cultura; y como intervienen en el proceso de percepción del estrés.

#### **1.3.5.1. Variables contextuales del cuidado.**

En este apartado se abordará las variables contextuales del cuidado en la que se encuentran las sociodemográficas y las relaciones previas; cabe mencionar que estas se definen como aquellas particulares existentes previamente a la situación de tener que cuidar al familiar y que definen el entorno en el que se desarrolla el cuidado.

##### *1.3.5.1.1. Variables sociodemográficas.*

Las variables sociodemográficas se asocian a la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, la raza, el lugar de residencia, la depresión y la ansiedad, así como el nivel de ingresos y el estatus (definido como el nivel jerárquico dentro de una organización) no presentan influencia en la Satisfacción Vital de las personas, por lo que los aspectos de apoyo y cercanía social tienden a tener una mayor preponderancia al momento de establecer los niveles de satisfacción vital. (Rubio, Rivera, Borges, y González, 2015)

Estas características mencionan Ruiz y Cabrera (2018) permiten entender patrones sociales de comportamiento y analizar factores, que están relacionados con los objetivos de la investigación concretamente como los variables demográficos, biológicos, psicológicos y cognitivos.

La variable nivel económico como refieren Sánchez, Díaz, Cuéllar, Castellanos, y Fernández (2013) puede ser un determinante o condicionante que incide de manera directa en la forma del cuidado además que deben analizadas con otras variables sociodemográficas; que permiten obtener información acerca índices de dependencia, convivencias, relación y formas de cuidado.

Las variables sociodemográficas abarcan todas aquellas características que permiten indagar las particularidades de un grupo de personas como: la edad, sexo, nivel socioeconómico, ingresos, patologías, todos estos aspectos permiten describir socio demográficamente una población.

#### *1.3.5.1.2. Relaciones previas (cuidador-paciente).*

En las relaciones previas cuidador-pacientes interviene generalmente un familiar directo (mujer, adulta o adulta mayor), quien se hace cargo de los cuidados en base a la entrega de cariño y al lazo afectivo o sanguíneo que los une (Blanco, Dominguez, y Hernandez, 2016).

La principal carga de cuidados es efectuada por los miembros familiares sea sus hijos, cónyuge o nietos (Díaz, Cuéllar, Castellanos, Fernández, Tena, 2015). Cabe mencionar que esta relación de ayuda tiene como objetivo posibilitar intercambio personal entre dos seres humanos, en el que uno de los interlocutores captara las necesidades de otra persona, con el fin de ayudarlo a descubrir, aceptar y conocer los recursos que posee para hacerle frente a su situación actual. (Poch, Carrasco, Moreno, Cerrato, y Aznar, 2015)

Después de la revisión teórica se concluye que las relaciones previas de cuidador-paciente en su mayoría se encuentra ligadas a un lazo familiar, es decir son los familiares cercanos quienes asumen la responsabilidad del cuidado sea cónyuge o hijos y en pocas ocasiones alguien externo al núcleo familiar.

### **1.3.5.2. Estresores del cuidado**

Se entienden por estresores del cuidado a los eventos y acciones directamente relacionados al cuidado como las necesidades de asistencias, realización de actividades de la vida diaria, y los problemas de carácter conductual y/o emocional del receptor del cuidado. (Menir, Díaz, y Fernández, 2015)

Y marcan un punto de partida que condicionan el ambiente donde se desarrolla el cuidado; una de las principales consecuencias negativas que aparecen en las personas cuidadoras son las situaciones prolongadas de estrés, considerada carga subjetiva estado que se caracteriza por el malestar en varias áreas (salud del cuidador, bienestar psicológico, finanzas, vida social y relación entre el cuidador y el receptor de cuidados) como resultado de la situación del cuidado (Loor, 2015).

Por otra parte, Sánchez, Díaz, Cuéllar, Castellanos, y Fernández (2013) mencionan que es importante establecer la distinción entre los estresores objetivos y subjetivos del cuidado, el primero hace referencia a las demandas del cuidado, mientras que el segundo se refiere a la percepción que tiene el cuidador sobre el cuidado esto teniendo en cuenta que el abordaje de los estresores del cuidado tiene objetivo el estudio de los eventos y actividades específicas derivadas de la situación de dependencia de la persona mayor.

A manera de conclusión, los estresores del cuidado son las características externas e internas que condicionan la actividad del cuidado al adulto mayor, que pueden ser objetivas como el estado de salud del dependiente y las demandas, requerimientos para la realización de una actividad o subjetiva con la percepción que se tiene de las acciones realizadas.

#### *1.3.5.2.1. Estresores objetivos del cuidado (demandas del cuidado).*

Los estresores objetivos son todas las demandas que producen bajo un marco de variables como: la intensidad del cuidado que se refiere a la temporalidad o cantidad de horas que se debe dedicar al cuidado, el tipo de actividad que realiza y a cantidad de actividades que se deben cumplir a la vez; otro aspecto son los problemas de conducta del cuidado, haciendo referencia a todas aquellas alteraciones de comportamiento que pueden presentarse durante el cuidado, también se incluyen aquí los comportamiento socialmente inaceptables; otro aspecto son las enfermedades que pueden ser adquiridas antes o después del proceso de cuidado (González y De la Fuente, 2014).

Uno de los estresores objetivos es la incapacidad funcional es una manifestación de la enfermedad el cual cursa con una progresiva disminución de la reserva fisiológica con el envejecimiento; especialmente las habilidades en el cuidado de sí mismo y de relación con el entorno, permiten obtener información referente a aspectos modulares de la enfermedad y del bienestar de las personas mayores. (Crespo y Rivas, 2015)

Mientras que las conductas agresivas como mencionan Sánchez, Díaz, Cuéllar, Castellanos, y Fernández (2013) suelen atribuirse en última instancia a la frustración previa, mediante la manifestación de irritabilidad, provocación, ofuscación, desafío, oposición producidas por su constante incomodidad, insatisfacción por la no consecución propias de sus actividades o la situación propia de dependencia.

Después de la revisión teórica se concluye que los estresores objetivos son todas aquellas dimensiones de demanda – requerimientos asociadas al cuidado, así como el tiempo de las actividades a cumplir, las conductas agresivas, irritabilidad e incapacidad funcional del adulto mayor. Cabe mencionar que la condición física o enfermedad del adulto mayor son considerados estresores objetivos debido a que condiciona la demanda y actividades a realizar.

#### *1.3.5.2.2. Estresores subjetivos del cuidado.*

Los estresores subjetivos son aquellos originados por la atención que el cuidador presta al adulto mayor y se refiere a la percepción que los cuidadores tienen de sentirse desconcertados, sobrecargados, atrapados, resentidos, excluidos y el valor subjetivo que un cuidador pone en una acción específica de cuidado (Loor, 2015)

Mientras que Zavala (2013) menciona, que los estresores subjetivos son la valoración que el cuidador asigna a la percepción de carga, y entre sus dimensiones incluyen: sentimientos de sobrecarga de rol, cansancio físico, emocional, preocupación, angustia y estrés.

Por otro lado, autores como Crespo y Rivas (2015) refieren que los estresores secundarios, son generados o empeorados por los estresores primarios y derivan en repercusiones negativas que afectan el desempeño del papel del cuidador tanto en su vida familiar, social y laboral; mientras que los estresores intrapsíquicos son esencialmente la pérdida de autoestima y el sentimiento de falta de control o de proliferación del estrés que supone ser cuidador. (Crespo y Rivas, 2015)

A manera de conclusión los estresores subjetivos, con todas aquellas valoraciones personales o percepciones que tiene el cuidador como consecuencia de la atención al adulto mayor; además se refiere a la apreciación que los cuidadores tienen de sentirse desconcertados, sobrecargados, atrapados, resentidos y excluidos; que tienen su origen tanto en la realización de la actividad del cuidado como en la respuesta que reciben del adulto mayor.

### **1.3.5.3. Estresores secundarios.**

En este apartado se abordará los efectos secundarios como las repercusiones en el área laboral o sociodemográfica, problemas económicos, disminución del tiempo y ocio, que son considerados como resultado de una proliferación del estrés que pueden ser generados o empeorados por los estresores primarios.

#### *1.3.5.3.1. Repercusiones en el área laboral y sociodemográficas.*

Las repercusiones del cuidado en el área laboral son múltiples, el cuidado y el trabajo son a menudo necesidades que entran en conflicto para los cuidadores informales y son frecuentemente percibidas como un factor de sobrecarga, dos posibles efectos contrarios sobre la toma de decisión individual respecto al trabajo: a) un efecto de sustitución, en el que las necesidades de tiempo para proveer el cuidado informal reduce la participación del cuidador en el mercado de trabajo a través de un abandono total del mundo laboral o bien de una reducción de horas de trabajo; o b) un efecto de ingresos, en el que el alto coste económico que implica para el cuidador la provisión de los cuidados a una persona dependiente le induce a incrementar su participación en el mercado de trabajo para obtener ingresos suficientes que puedan compensar los gastos ocasionados. (Cerquera y Pabon, 2016)

En el ámbito económico el cuidador se ve afectado, ya que se incrementan los gastos relacionados con la enfermedad y el cuidado en el caso de personas con limitaciones permanentes o enfermos temporales (Zamarripa, Tamez, y Ribeiro, 2017).

En el aspecto sociodemográfico las esposos y esposas que cuidan de sus parejas están en situación de riesgo de padecer problemas de estado de ánimo, ira, malestar emocional, así mismo los hijos de los cuidadores pueden tener estresores añadidos a su situación de cuidado del mayor dependiente al tener que desempeñar distintos roles familiares (Crespo y Rivas, 2015).

A manera de conclusión, mujeres asumen el rol las cuidadoras principales, y pueden verse afectadas en las limitaciones laborales al momento de ocupar puesto de trabajo, debido a que, por su dedicación al cuidado, no pueden aceptar una plaza laboral, lo que representa no tener acceso a un aumento de su retribución económica, mientras que en otras ocasiones se produce el abandono del mercado laboral.

#### *1.3.5.3.2. Repercusiones en el tiempo de ocio y descanso.*

Uno de los aspectos que se ha relacionado con las consecuencias de cuidar es la incidencia negativa tanto en la frecuencia de actividades de ocio como la satisfacción del tiempo de descanso, producto de factores como la sobrecarga subjetiva, ansiedad y la depresión que experimentan los cuidadores. (Pino y Ordoñez, 2015, p. 296)

Es así que la responsabilidad y la implicación en el cuidado de una persona dependiente conlleva también un coste temporal, el cual repercute asimismo en la disponibilidad para realizar actividades de ocio y mantener relaciones sociales, estas restricciones se materializan en una disminución de salidas con amigos; de relación con los familiares; de recibir o realizar visitas a amigos, vecinos y familiares. (Villano, 2016, p.65)

En la parte personal, los cuidadores restringen su participación e interacción con los miembros de la sociedad, lo que influye en el entorno social, produciendo aislamiento en la participación en eventos sociales o dejar de realizar actividades de carácter informal que antes eran recurrentes realizar por el cuidador (Zamarripa, Tamez, Ribeiro, 2017)

En definitiva, las repercusiones en el tiempo de ocio y descanso surgen como efecto colateral del cuidado debido al tiempo, desgaste físico y utilización de energía que se utiliza en la realización de actividades relacionadas al dependiente, todo esto se manifiesta en la limitación en las relaciones sociales, y en la no participación de eventos sociales por tiempo limitado de relajación y descanso.

#### *1.3.5.3.3. Efectos en la calidad de vida (CDV) del cuidador.*

Teniendo en cuenta que la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida respecto al contexto, cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores, los efectos en la calidad de vida del cuidador se ven afectado por las actividades físicas que deben realizar diariamente así

como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y la realización esfuerzos moderados que demanda el cuidado (Villano, 2016).

“La calidad de vida puede definirse como un proceso que transita por diferentes etapas en el transcurso de la enfermedad y se necesita de recursos de adaptación que posibiliten la regulación personalógica” (Llantá, Hernández, y Martínez, 2015).

Entre los efectos en la calidad de vida del cuidador puede manifestarse: malestar emocional, ansiedad, depresión, efectos negativos en el estado de salud como presencia de enfermedades y problemas para tener una solvencia económica, todos estos factores constituyen un nivel leve o moderado de sobrecarga al cuidador. (Carreño y Chaparro, 2016)

En definitiva, la calidad de vida de los cuidadores sufre un cambio cualitativo adverso o negativo, producto de la demanda del cuidado informal, que incide de manera directa específicamente en el estado de salud físico y mental del cuidador.

#### **1.3.5.4. Variables mediadoras del impacto del cuidado.**

##### **1.3.5.4.1. Apoyo Social.**

El apoyo social es definido por la presencia relativa de apoyo psicológico proveniente de otras personas o instituciones que puede abarcar, apoyo en el área emocional, establecimiento de empatía, cuidado y confianza; además existen dos tipo de apoyo social: a) área instrumental se relacionan con los apoyos instrumentales a quien lo necesita como bastones, sillas de ruedas, entre otros; b) apoyo informativo se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas; se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo (Flores, y otros, 2016).

El apoyo social juega un papel fundamental en la satisfacción con la vida del adulto mayor, al propiciar bienestar, prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas, a su vez desempeña un indispensable papel en el quehacer cotidiano de esta población, puesto que contribuye a su desarrollo humano, y, por ende, ayuda a mejorar su calidad de vida (Figuroa, Soto, y Santos, 2016).

Las redes de apoyo social cobran un valor significativo para las personas mayores en la medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en

tareas productivas durante la vejez, desempeñando un papel protagónico en el fortalecimiento de los vínculos intergeneracionales al interior de la familia y la comunidad (Zapata, Delgado, y Cardona, 2015).

A manera de conclusión el apoyo social cumple un rol fundamental en la etapa del envejecimiento, sirviendo como un soporte externo que puede ayudar a mejorar las áreas psicológicas, sociales y el estado de salud, por medio de una serie de acciones como el apoyo informativo, instrumental y emocional que permiten mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

#### *1.3.5.4.2. Afrontamiento.*

Por su parte, Matalinares, Díaz, Raymundo y Baca (2016) mencionan, que la capacidad de afrontar no se refiere solo a la resolución práctica de los problemas, sino también a la capacidad de la gestión de las emociones y del estrés delante de la situación-problema, mediante la modificación de las propias estrategias de afrontamiento para reaccionar con eficacia los eventos estresantes.

Se entiende el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar tanto las demandas externas o internas generadoras por la situación que causa estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo. Pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores, tratando de eliminarlos o de reducir su nivel de amenaza, como a sus propias respuestas fisiológicas, psicológicas o sociales (Barquín, 2015).

Desde esta perspectiva Piergiovanni y Depaula (2018) refieren que el afrontamiento surge como una respuesta adaptativa o repertorio comportamental hacia el estrés, constituyendo un modo especial de adaptación cuya activación subjetiva resultará ante circunstancias abrumadoras o adversas que experimente el individuo.

Después de la revisión teórica se concluye, que el afrontamiento desde el punto de vista cognitivo conductual es considerado como un conjunto de estrategias utilizables para manejar una situación de estrés psicólogo por medio de una serie de acciones estructuradas que permitan eliminar, controlar el agente estresor o las demandas específicas del medio externo o interno.

#### 1.3.5.4.3. *Personalidad*

Según Paniagua (2015) la personalidad es un constructo psicológico, direccionado a la descripción de conjunto de características conductuales, afectivas, volitivas y cognitivas de una persona; se puede considerar a la personalidad como una configuración sistémica y estable, de los principales contenidos y operaciones psicológicas que caracterizan la función reguladora y autorreguladora del sujeto en su expresión integral.

Desde este punto de vista histórico cultural la personalidad, tiene dos niveles esenciales de expresión, el denominado nivel consciente cognitivo que provoca la mediatización de formas complejas de elaboración, reflexión acerca de la motivación expresadas en ideales, elaboración de proyectos y el nivel afectivo como aquellas percepciones y expresiones de afectividad (Domínguez, 2015).

Cabe descartar que una de las premisas, es el aspecto dinámico de la personalidad, refiriéndose a los mecanismos mediante los cuales se expresa la personalidad, con frecuencia enfocándose en las motivaciones que dirigen el comportamiento, que incluye la adaptación o el ajuste del individuo a las demandas de la vida, otra premisa es la consistencia es decir como la serie de rasgos consistentes a lo largo de situaciones cambiantes (Cloninger, 2014).

Los autores Trujillo, y Velarde (2017) refieren que la personalidad es interrelación dialéctica entre las esferas cognitivas y afectivas, estos dos procesos, forman la unidad de sentidos psicológicos o unidades psicológicas que rigen la estructura de personalidad encargada del control y regulación de la conducta, comportamiento; que se construye bajo una linealidad temporal, a partir de las vivencias experimentadas por el ser humano en su relación con el entorno.

A manera de conclusión la personalidad es una categoría que describe la individualidad característica de un ser humano en el área conductual, cognitiva, volitiva y afectiva además tiene un rasgo estable o constante a lo largo de la vida teniendo como principal fuente de construcción la experiencia a través de las vivencias.

**CAPITULO II**  
**METODOLOGÍA**

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1. Diseño de Investigación**

El diseño metodológico es la forma en que un investigador concibe su propuesta de intervención. La metodología debe poseer el respaldo del conocimiento del investigador que ejecuta el estudio; de esta forma, se puede direccionar a que trabajo realizar. Es así que, la metodología de diseño queda en relación a la forma de estudio que se seleccione.

En el presente estudio se utilizó el enfoque descriptivo – transversal, en donde se utilizan una serie de variables y se las mide cada una de estas independientemente de las otras, con la finalidad, de describirlas para poder especificar las apreciaciones más relevantes de la población estudiada. Hay que tomar énfasis en el aprendizaje independiente de la resolución de cada objetivo o característica, ya que es muy probable que de alguna forma se incorporen los sondeos de dos o más similitudes con el objetivo de concluir por qué sucede el evento, aun cuando en ningún caso se busca constituir alguna coyuntura entre estas características.

Para poder identificar las características de los eventos de la investigación se realizó el enfoque cuantitativo, ya que se puede percibir mediante el conteo de las encuestas aplicadas, previamente predeterminadas, organizadas y estructuradas, con el fin de recolectar, seleccionar, procesar y analizar las características que se pueden suscitar en los cuidadores informales del adulto mayor en el sector ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019

Así también, se utilizó el método exploratorio con el que se procedió a examinar la problemática de la sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor en el noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019, recolectando y analizando las características e información necesaria para identificar los causales que desencadenan la sobrecarga laboral. Hernández, et al (2003) afirma que; la Investigación Exploratoria se efectúa normalmente cuando el objetivo a examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes (p.115)

En este estudio se empleó la investigación de campo ya que se realizó la visita al sector objeto de estudio, en donde se realizó las encuestas y test a la población seleccionada,

para lograr identificar la sobrecarga laboral de los cuidadores informales de adultos mayores. Se utiliza este modelo de investigación ya que se busca realizar en el sitio de los eventos, para conocer los motivos que dan el génesis al problema y de esta manera poder interpretar y comprender su naturaleza, así como las razones que lo constituyen para finalmente dar la causa-efecto del estudio (Santa y Martins, 2013)

La investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables. Estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural. El investigador no manipula variables debido a que esto hace perder el ambiente de naturalidad en el cual se manifiesta. (Santa y Martins, 2013)

Para Santa y Martins (2013) da a conocer la utilidad de este tipo de investigación al gestionar la recopilación de la información tal como se la obtiene, sin salir del marco real, sin deslucir, falsear o contrastar las variables. El individuo que investiga no debe manipular la información, puesto que se deslucida la realidad de como se ha expresado el estudio.

## **2.2. Objetivos.**

En el presente trabajo investigativo se delimito el siguiente objetivo general y los siguientes objetivos específicos, a continuación se detallan:

### **2.2.1. Objetivo General.**

Identificar la sobrecarga laboral en los cuidadores informales de adultos mayores ubicados al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019

### **2.2.2. Objetivos específicos:**

- Identificar la características sociodemográficas de los cuidadores y de los adultos mayores ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019
- Determinar la carga en los cuidadores informales ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019

- Determinar las competencias para el cuidado del adulto mayor ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019
- Determinar el grado de dependencia/independencia de los adultos mayores ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019
- Identificar la salud general en los cuidadores informales ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019
- Establecer los tipos de afrontamiento en los cuidadores informales de adultos mayores ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019
- Identificar el apoyo social en los cuidadores informales del adulto mayor ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019
- Identificar los rasgos de personalidad de los cuidadores informales del adulto mayor ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019
- Identificar las características de funcionamiento cognitivo en el sector ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019

### **2.3. Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los cuidadores y adultos mayores ubicados al noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019?

¿Cuál es la carga de los cuidadores informales de adultos mayores de la muestra investigada al noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019?

¿Cuáles son las competencias de los cuidadores y el grado de dependencia de los adultos mayores al noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud general de los cuidadores al noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019?

¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social de los cuidadores informales de adultos mayores en el noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019?

¿Existe deterioro cognitivo en los adultos mayores de la muestra investigada en el noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019?

## **2.4. Instrumentos**

En la presente investigación se utilizaron 9 instrumentos para la recolección de la información, los mismos que se detallan a continuación:

### **2.4.1. Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc.**

Este cuestionario se encuentra diseñado para realización de este tipo de trabajo investigativo, ya que permite dar con la recopilación de los datos sociodemográficos más relevantes de la muestra objeto de estudio, este cuestionario debe ser respondido de forma completa por el cuidador informal. Su forma de aplicación es de manera sencilla ya que será en formato de entrevista personal. Dentro del cuestionario se encuentran datos como: sexo, edad, estado civil, etnia, hijos, parentesco con la persona que cuida, entre otros que serán de utilidad en el presente trabajo de investigación.

### **2.4.2. Entrevista de carga para cuidadores (Zarit, et al., 1980).**

Este instrumento busca conocer las reacciones y actitudes emocionales del cuidador ante la demanda del cuidado así como el nivel de cambios o molestias en varios aspectos del entorno doméstico. Esta entrevista que se la realiza de forma personal cuenta con cinco alternativas de respuesta, que fluctúan desde nunca (0) hasta casi siempre (4). Estas cinco variables de respuesta dan a conocer el grado de agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales laborales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado. En esta adaptación se obtiene un valor alfa de Cronbach de .85.

### **2.4.3. CUIDAR (BRS) (González, Herrera, y Rosero 2016).**

La encuesta "Cuidar" mide las competencias que posee el cuidador al momento de ejercer su labor con el adulto mayor. Esta encuesta se la gestiona de manera personal, el presente test cuenta con una versión abreviada de 20 preguntas donde contiene seis dimensiones: el conocimiento, las condiciones personales para el cuidado, instrumental o procedimental, el disfrute o condiciones mínimas de bienestar, anticipación o capacidad de prever e identificar situaciones de alarma y la relación e interacción social o red de apoyo con que cuenta el adulto mayor, da cuatro opciones de respuestas que van desde (0) casi nunca o nunca hasta (3) casi siempre o siempre. En esta adaptación se obtiene un valor alfa de Cronbach de .92.

#### **2.4.4. Índice de Barthel (IB) (Mahoney y Barthel, 1995).**

Este instrumento el cual se lo aplica de forma personal busca recabar información relevante sobre la necesidad física, ocupacional y biológica del diario vivir del adulto mayor. Así mismo valora la funcionabilidad física del individuo en las diez actividades que se detalla a continuación: alimentación, empleo de ducha o baño, vestirse, aseo personal, control anal, control vesical, uso del retrete, capacidad para trasladarse, desplazamientos, subida/bajada de escaleras, con puntuaciones que van desde (10) independiente hasta (0) dependiente. En esta adaptación se obtiene una medida de consistencia interna de .90 - .92.

#### **2.4.5. Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-12]) (Goldberg y Hillier, 1972).**

El presente tipo de instrumento es un cuestionario auto administrado en donde se busca evaluar el nivel de incomodidad emocional del cuidador, y a su vez se trata de diferenciar potenciales casos de salud mental de otros que no llegasen a serlo. Este cuestionario cuenta con doce preguntas en las cuales brindan cuatro opciones de respuesta, mismas que buscan obtener respuestas que evidencien el bienestar y salud psicológica de los cuidadores, por el lapso del tiempo más reciente y no del pasado. Su objetivo final es que el cuidador dé a conocer su salud auto percibida. En esta adaptación se obtiene un valor alfa de Cronbach de 0.89.

#### **2.4.6. Inventario COPE-28 (Brief COPE) (Carver, 1997).**

Este tipo de instrumento es un cuestionario que se lo aplica de forma personal, se busca conocer sobre los diferentes tipos de respuestas o de estrategias si son de carácter pasivo o activo. El inventario cuenta con 28 preguntas con opciones de respuesta que van desde (0) no he estado haciendo eso en absoluto, hasta (3) he estado haciendo eso mucho. Adicionalmente se encuentra compartido por catorce subescalas que son: autodistracción, afrontamiento activo, negación, consumo de alcohol o drogas, búsqueda de apoyo social emocional, búsqueda de apoyo social instrumental, desconexión conductual, desahogo, reinterpretación positiva, planificación, humor, aceptación, religión y autoculpabilización; mismas que cuentan con dos ítems por unidad. En esta adaptación se obtiene un valor alfa de Cronbach de 0.75.

**2.4.7. Cuestionario de Apoyo Social Duke-unk (Broadhead, Gehlbach, De Gruy y Kaplan 1988).**

El presente instrumento valora de forma cuantitativa la ayuda social que se recibe tomando como referencia a dos motivos: individuos a los que se les puede transmitir emociones personales y a individuos que denotan emociones favorables de empatía. Este cuestionario de recolección de datos se lo aplica de manera auto administrado y consta de once preguntas con opciones de respuesta que van desde (1) nunca, hasta (5) siempre; en donde se busca obtener información sobre la disponibilidad del prójimo ante un cuidador. En esta adaptación se obtiene un valor alfa de Cronbach de .84.

**2.4.8. Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; versión española de Sandin, Valiente y Chorot, 1999).**

El cuestionario de personalidad de Eysenck cuenta con 24 items que se encuentran divididos en cuatro subescalas las mismas que son neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad; adicionalmente cada uno de estos agregados posee 6 items. Dentro de las tres primeras subescalas se mide los rasgos de la personalidad, en tanto que el último valora el nivel de franqueza. La contestación es de fácil formato puesto que las opciones de respuesta son de (1) Si y (2) No, con un rango de puntuaciones para cada subescala entre 0 y 6, entendiéndose que a más alta puntuación en cada rasgo mayor presencia del mismo.

**2.4.9. Cuestionario de Portátil del Estado Mental de Pfeiffer (1975) (Short Portable Mental Status Questionnaire (PSMSQ), (Version a español de Garcia – Montalvo, Rodriguez, Ruiperez 1992).**

Este instrumento busca recabar información sobre el deterioro cognitivo del adulto mayor, cuenta con 10 items en donde las opciones de respuesta van desde (1) por cada respuesta incorrecta hasta (5) si acierta la respuesta, es decir, si es correcta; este cuestionario evalúa funciones cognitivas como la orientación temporal y espacial, la memoria, la atención y el cálculo mental. Por último, los índices de fiabilidad test – retest van desde .82 a .85.

## **2.5. Contexto de la Investigación.**

El presente trabajo de investigación evaluó los cuidadores informales de adultos mayores ubicados en el sector noroeste de la ciudad de Guayaquil en el año 2019, por su parte para la realización del estudio investigativo se ejecutó mediante el uso de la encuesta, con la que se logró recabar información específica de la sobrecarga laboral, en este sector según el censo realizado por el INEC (2016) se determinó que existen 3.037 familias en igual número de domicilio, donde residen 23.463 personas.

Como características más relevantes se conoce que el sector estuvo declarado en emergencia hidrosanitaria debido a las recientes inundaciones de los años que han transcurrido, por lo que el sistema de alcantarillado continua colapsado, así mismo, en este sector hay una gran cantidad de comercialización de sustancias psicotóxicas y de robos de toda índole, lo que genera que haya un constante patrullaje policial para resguardar la integridad de la comunidad, estos inconvenientes provocan el crecimiento de la deserción y ausencia de estudiantes en las escuelas públicas del sector.

Los cuidadores informales que se encuentran a cargo del adulto mayor generalmente no se encuentran desempeñando una actividad laboral formal o simplemente se encuentran dedicadas al cuidado del hogar, puesto que no cuentan con una remuneración económica fija que les permita contratar a un profesional del cuidado de la salud o alguna otra persona de confianza que se quede al cuidado del adulto mayor.

## **2.6. Participantes**

La población concerniente a la investigación en curso corresponde a 20 cuidadores informales de adultos mayores y 20 adultos mayores con dependencia para realizar sus necesidades y actividades propias del individuo; el tipo de muestra es de, accesibilidad, no probabilística, accidental, puesto que se logró mantener trato directo con los encuestados, en la cual se utilizó una selección aleatoria, es decir de acuerdo al medio idóneo para ejecutar el estudio y búsqueda de los datos en función de los objetivos de la investigación o los intereses propios del investigador (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

### **2.6.1. Criterios de inclusión.**

- Ser cuidador primario de un familiar
- Firmar el consentimiento informado.
- Tener como mínimo 1 de estar al cuidador del adulto mayor.

### **2.6.2. Criterios de exclusión.**

- No cumplir con las definiciones de cuidador y dependiente.
- No aceptar la participación dentro de este estudio.

## **2.7. Procedimiento**

Durante el desarrollo del trabajo investigativo se realizaron los siguientes puntos:

- ❖ En primera instancia se procedió a recabar información de material disponible en las distintas páginas electrónicas, sobre cómo realizar encuestas a cuidadores informales de adultos mayores.
- ❖ Luego se procedió a buscar un lugar en donde aporten con potenciales candidatos para el estudio investigativo.
- ❖ Se contactó a una institución que colaboro con una población de potenciales referidos que se encontraban viviendo en un mismo sector y acorde a las necesidades objeto de este estudio, luego se eligió la muestra.
- ❖ Previo a las visitas para realizar las encuestas se realizó una reunión con los cuidadores informales, para poder ponerles en conocimiento el motivo objeto del estudio y la metodología, así como también se les informó de las normas éticas con las que se realizará las encuestas en donde se guardará total discreción.
- ❖ Se realizó las visitas durante 5 días, en los cuales se ejecutó el rapport adecuado para luego hacer las encuestas. Una vez finalizado los pasos previos se procedió a ingresar los datos recabados en la matriz de la hoja de cálculo de Excel facilitada por la tutora. Para finalizar una vez obtenido los resultados finales se realizó el análisis de datos estadístico.

## **2.8. Recursos**

Los recursos que pueden contar en esta investigación están adecuados al contexto, y a las características sociodemográficas, sin embargo se propone los recursos según (Zabalza, 1992):

### **2.8.1. Recursos Humanos:**

- ❖ Directora de trabajo de tesis
- ❖ Tutora de trabajo de tesis
- ❖ Tesista

- ❖ 20 cuidadores informales del adulto mayor
- ❖ 20 adultos mayores

### 2.8.2. Recursos didácticos o físicos:

- ❖ Cuestionario sociodemográfico Ad-hoc
- ❖ Entrevista de carga para cuidadores (Zarit, et al., 1980)
- ❖ CUIDAR(BRS)
- ❖ Índice de Barthel (IB) (Mahoney y Barthel, 1995)
- ❖ Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-12])
- ❖ Inventario COPE-28 (Brief COPE)
- ❖ Cuestionario de Apoyo Social Duke-unk
- ❖ Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (*Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated* [EPQR-A])
- ❖ Cuestionario de Portátil del Estado Mental de Pfeiffer (1975) (Short Portable Mental Status Questionnaire (PSMSQ),
- ❖ Laptop
- ❖ Impresora
- ❖ Internet
- ❖ Hojas
- ❖ Lápiz
- ❖ Esfero
- ❖ Borrador
- ❖ Transportación

## 2.9. Financiamiento

Tabla 1. Financiamiento

<b>Materiales</b>	<b>Presupuesto</b>
Materiales de trabajo de campo	\$50.00
Internet	\$20.00
Movilización	\$40.00
Total	\$110.00

Fuente: Autor

Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

**CAPITULO III**  
**ANÁLISIS DE DATOS**

### 3. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de la información obtenida se realizó por medio del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para los datos descriptivos de la muestra se obtuvo la media, desviaciones típicas para las variables cuantitativas, mientras que la frecuencia y el porcentaje para las variables cualitativas.

#### 3.1. Resultados

Tabla 2. Datos personales del cuidador

VARIABLES	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	11	55%
Mujer	9	45%
<b>Etnia</b>		
Mestizo	19	95%
Blanco	0	0%
Afro ecuatoriano	1	5%
Indígena	0	0%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	3	15%
Casado	6	30%
Viudo	0	0%
Divorciado / Separado	4	20%
Unión libre	7	35%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa y cuidar de familiar	6	30%
Trabaja y cuida al familiar simultáneamente	14	70%
(incluir el mayor en otro)	0	0%
<b>Estudios realizados</b>		
Primaria	5	25%
Secundaria	15	75%
Universitaria	0	0%
incluir el mayor de otro	0	0%
<b>Número de hijos</b>		
M	2,15	
DT	1,03	
Max	4	
Min	0	
<b>Parentesco</b>		
Cónyuge	2	10%
Madre/Padre	0	0%
Hijo/hija	14	70%
Nieto/nieta	1	5%
Hermano/hermana	2	10%
Nuera/yerno	0	0%
Otro	1	5%
<b>Vive con el familiar</b>		
Si	19	95%
No	1	5%

<b>Cuántos años lleva cuidando al paciente (en meses)</b>		
M	81	
DT	41,72	
Max	180	
Min	36	
<b>Quien le ayuda en el cuidado del enfermo</b>		
Familiar	16	80%
Cuidador contratado	0	0%
Cuidador voluntario	0	0%
Vecino	0	0%
Amigo	0	0%
Nadie	4	20%
<b>La relación con el familiar antes de necesitar cuidados era</b>		
Muy buena	10	50%
Buena	5	25%
Regular	4	20%
Muy mala	1	5%
<b>La relación con su familiar actualmente es</b>		
Muy buena	8	40%
Buena	5	25%
Regular	7	35%
Muy mal	0	0%
<b>Quienes conforman su familia actualmente</b>		
Cónyuge e hijos	11	55%
Cónyuge solamente	2	10%
Hijos solamente	6	30%
Cónyuge, hijos y nietos	0	0%
Otros	1	5%
<b>Con que miembro de la familia se relaciona y entiende mejor</b>		
Cónyuge	10	50%
Hijo/a	5	25%
Nieto/a	0	0%
Hermanos	2	10%
Padre	0	0%
Madre	2	10%
Abuelo	0	0%
Abuela	0	0%
Cuñada, yerno, nuera	1	5%
Otros	0	0%
<b>Tiene usted actualmente un proyecto de vida</b>		
Si	3	15%
No	16	80%
cual	1	5%
<b>Actualmente usted padece de alguna enfermedad crónica</b>		
Si	3	15%

No	17	85%
<b>Cómo valora su calidad de vida</b>		
Muy buena	5	25%
Buena	7	35%
Regular	8	40%
Mala	0	0%
Muy mala	0	0%
<b>Que le motiva cuidar de su familiar</b>		
Obligación	1	5%
Cariño	11	55%
Cariño y obligación	8	40%
Otro	0	0%
<b>El cuidar al familiar/paciente le proporciona un sentido a su vida</b>		
Si	16	80%
No	4	20%
<b>Se siente usted culpable después de reñirle a su familiar/ paciente, cuando este manifiesta alguna actitud que le desagrada a usted</b>		
Nunca	5	25%
A veces	12	60%
Bastante veces	3	15%
Siempre	0	0%
<b>Actualmente usted toma pastillas para dormir o calmar los nervios</b>		
Si	1	5%
No	19	95%
<b>Actualmente el familiar/paciente acude a una residencia de ancianos</b>		
Si	8	40%
No	12	60%
<b>Además de si trabajo como cuidador realiza algún otro trabajo</b>		
Realiza tareas del hogar	5	25%
Es jubilado	0	0%
Desempleado	0	0%
Estudiante	0	0%
Trabaja remunerado fuera de casa medio tiempo	12	60%
Trabaja remunerado fuera de casa tiempo completo	3	15%

Fuente: Encuesta Sociodemografica  
Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

En la tabla 2, se puede observar que, el 55% de los cuidadores informales son hombres, mientras que el 45% son mujeres; en cuanto a la etnia el 95% se considera mestiza y el 5% se considera afro ecuatoriano; el estado civil es de 35% unión libre, le sigue un 30% casado, el 20% divorciado/separado y el 15% soltero; en tanto que en la ocupación el 70% trabaja y cuida al familiar simultáneamente y el 30% se dedica a la casa y cuidar del familiar; el 75% tiene estudios de nivel secundario y el 25% tiene un nivel primario;

el número de hijos de los encuestados tiene una M de 2,15 y una DT de 1,03 entre una Max de 4 y una Min de 0; con respecto al parentesco tenemos que el 70% son los hijos, mientras que 10% es cónyuge, otro 10% es el hermano o hermana y el porcentaje restante se divide entre nieto/nieta y la opción otro; por otra parte el 95% vive con el adulto mayor.

El tiempo en meses que llevan al cuidado del paciente es con una Media de 81 y una DT de 41,72, entre un Max de 180 y una Min 36; el 80% posee un familiar que le ayude con el cuidado y el 20% no tiene ayuda; el 50% señaló que su relación antes de necesitar cuidados era muy buena y el 25% buena; en contraste el 40% dijo que su relación actual es muy buena, el 25% dijo que es buena y el 35% regular; los integrantes de la familia son en un 55% cónyuges e hijos, el 10% es cónyuge, el 30% es hijos y el 5% otros; con el miembro de la familia que se relaciona mejor el 50% afirmo con el cónyuge, el 25% con el hijo, el 10% madre y el 10% hermano; por otra parte el 80% afirmo tener un proyecto de vida, mientras que el 15% dijo que no.

En tanto a la salud el 85% de los investigados contestaron que no padecen enfermedad crónica, el 15% dijo si padecer; el 40% tiene una calidad de vida regular, el 35% dijo tener una calidad de vida buena y el 25% muy buena; el 55% dijo que el cariño es el motivo que lo obliga cuidar a su familiar, el 40% por cariño y obligación y solo el 5% lo motiva la obligación; a la pregunta de si cuidar al familiar le proporciona un sentido a su vida el 80% dijo que si y el 20% dijo no; el 60% señaló que a veces se siente culpable después de reñirle al familiar cuando este manifiesta alguna actitud que le desagrada de el/ella, el 25% nunca y el 15% bastantes veces; contundentemente el 95% señaló que no toma pastillas para dormir y solo el 5% dijo que sí; el 60% de los familiares no acude a una residencia de ancianos, mientras que el 40% si; mientras que la última pregunta dice que si además de su trabajo como cuidador realiza algún otro trabajo, el 60% trabaja remunerado fuera de casa medio tiempo, el 25% realiza tareas del hogar y el 15% trabaja remunerado fuera de casa tiempo completo.

Tabla 3. Datos personales de la persona que cuida

VARIABLES	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	2	10%
Mujer	18	90%
<b>Edad</b>		
Media	76,80	
Desviación estándar	7,85	
Minimo	66	
Máximo	95	

<b>Estado civil</b>		
Soltero	4	20%
Casado	3	15%
Viudo	5	25%
Divorciado	8	40%
Unión libre	0	0%
<b>Etnia</b>		
Mestizo	18	90%
Blanco	0	0%
Afro ecuatoriano	2	10%
Indígena	0	0%
<b>Estudios realizados</b>		
Primaria	15	75%
Secundaria	3	15%
Universitaria	0	0%
Otro	2	10%
<b># de hijos</b>		
M	2,85	
DT	1,98	
Max	8	
Min	1	
<b>Enfermedad que presenta</b>		
Hipertensión	4	20%
Artrosis	2	10%
Alzheimer	2	10%
Diabetes	6	30%
Parkinson	1	5%
Derrame	1	5%
Epilepsia	1	5%
Estado senil	1	5%
Cáncer	1	5%
Osteoporosis	1	5%
<b>Cuantos años padece la enfermedad</b>		
M	139,4	
DT	60,16	
Max	240	
Min	36	

Fuente: Encuesta Sociodemográfica  
Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

En la tabla 3 tenemos que el 90% de los adultos mayores son mujeres y el 10% son hombres; los encuestados poseen una M de edad entre 76,80 años; en su estado civil el 40% está divorciado, el 25% se encuentra viudo, el 20% soltero y el 15% aun continua casado; en tanto que en su etnia el 90% se autodenomina mestizo y el 10% afro

ecuatoriano; por su parte el 0% de los adultos mayores logro obtener estudios universitarios, el 75% tiene estudios de educación primaria mientras que el 15% solo llego a estudiar la secundaria y un 10% no conto con educación; en relación al número de hijos las encuestas señalaron que poseen una M de 2,85 con una DT de 1,98 entre una Max de 8 y una Min de 1; con relación al estado de salud del adulto mayor podemos establecer que las enfermedades más comunes que se presentan son la Hipertensión con un 20%, la diabetes con 30%, la artrosis con 10%, el alzheimer con 10% y otras enfermedades divididas en un 30%; los años de padecimiento de la enfermedad señalan una M de 139,4 meses con una DT de 60,16, entre una Max de 240 meses y una Min de 36 meses.

Tabla 4. Escala de carga del cuidador Zarit

	<b>Cuidadores</b>		
	<b>Categoría</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sobrecarga	No presenta	6	30%
	Leve	4	20%
	Intensa	10	50%

Fuente: Escala de carga del cuidador Zarit  
Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

En la tabla 4 se puede observar que los cuidadores informales presentan el 50% de sobrecarga intensa, mientras el 20% tiene una sobrecarga leve y el 30 % no presenta sobrecarga; los niveles indican que los cuidadores tienen un nivel de carga laboral a la alza lo que podría ser contraproducente para realizar los cuidados al adulto mayor.

Tabla 5. Competencia del cuidado

	<b>Cuidadores</b>		
	<b>Categoría</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Competencia del cuidado	Baja	4	20%
	Media	8	40%
	Alta	8	40%

Fuente: Competencia del Cuidado  
Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

En la tabla 5 los datos que arrojan la competencia de los cuidadores es que su nivel de competencia es alta en un 40%, la competencia media se manifiesta en otro 40%, y por último solo un 20% demuestra un nivel de competencia baja en el cuidado; un 80% presenta competencias de conocimiento para el cuidado del adulto mayor lo cual es beneficioso al momento de realizar la labor.

Tabla 6. Índice de Barthel

Capacidad de realizar las	<b>Cuidadores</b>		
	<b>Categoría</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	Dependencia Total	8	40%

actividades básicas de la vida diaria	Dependencia severa	2	10%
	Dependencia moderada	8	40%
	Dependencia leve	0	0%
	Independencia	2	10%

Fuente: Índice de Barthel

Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

La tabla 6 indaga sobre la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores, a lo que un 10% tiene dependencia severa, un 40% posee dependencia total y un 40% ostenta dependencia moderada, mientras que solo un 10% logra obtener algo de independencia; estos datos señalan lo observado en las visitas realizadas en las entrevistas, que es la de necesidad de ayuda de su cuidador inmediato.

Tabla 7. Cuestionario GHQ-12

	<b>Categoría</b>	<b>Cuidadores</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>
Salud General	Deteriorada	4	20%
	Normal	10	50%
	Excelente	6	30%

Fuente: Cuestionario GHQ-12

Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

Con respecto a la tabla 7 sobre la salud general, el 20% aseguro tener una salud general deteriorada, un total de diez encuestados respondieron que poseen una salud general normal dando el 50% y por último el 30% se encuentra en un excelente estado de salud general; estos porcentajes dan por sentado que la salud general de los cuidadores esta en buena condición.

Tabla 8. Estrategias de Afrontamiento en cuidadores

	<b>Cuidadores</b>			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max.	Min.
Auto distracción	3,55	0,94	5	2
Afrontamiento activo	3,05	1,19	5	0
Negación	1,7	1,41	5	0
Uso de sustancias	2,55	2,28	6	0
Apoyo emocional	3,85	1,49	6	2
Apoyo instrumental	4,2	1,60	6	1
Retirada de comportamiento	2,85	1,46	5	1
Desahogo	2,15	1,26	4	0
Replanteamiento positivo	3,4	1,14	5	1
Planificación	3,55	1,27	5	0
Humor	1,75	1,71	6	0
Aceptación	4,1	1,02	6	2

Religión	3,9	1,99	6	0
Culpa de sí mismo	3,05	1,53	5	0

Fuente: Cuestionario de afrontamiento en cuidadores (BRIEF-COPE)

Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

En la tabla 8 con lo que respecta a estrategias de Afrontamiento de los cuidadores, se muestra la auto distracción con una M de 3,55; el afrontamiento activo 3,05; la negación a la baja con una M de 1,7; el uso de sustancias se muestra con una M de 2,55; un elevado apoyo emocional con una M de 3,85; el apoyo instrumental tiene una M de 4,2 entre una Max de 6 y un Min de 1; la retirada de comportamiento con una M de 2,85; el desahogo tiene una M de 2,15; el replanteamiento positivo presenta una M de 3,4; una alta planificación con una M de 3,55; el humor no parece ser un punto tan fuerte con una M de 1,75; por su parte la aceptación es alta con una M de 4,1; la religión también es bien marcada con una M de 3,9; y por último la culpa en sí mismo tiene una M de 3,05.

Tabla 9. Apoyo social en cuidadores

	<b>Categoría</b>	<b>Cuidadores</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>
Apoyo social	Escaso apoyo social	13	65%
	Presencia de apoyo social	7	35%

Fuente: Apoyo social de Duke-unK

Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

La tabla 9 muestra que el apoyo social es escaso en un 65%, mientras que el 35% afirmó de tener la presencia de apoyo social. Estos porcentajes dan por sentado de que la mayoría no cuenta con una ayuda social, ya sea por los escasos de presencia en las ayudas técnicas, humanas o económicas.

Tabla 10. Cuestionario EPQR –A

	<b>Categoría</b>	<b>Cuidadores</b>			
		<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>
Personalidad	Neuroticismo	3,15	1,66	5	0
	Extroversión	2,85	1,26	5	0
	Psicoticismo	2,85	1,49	6	0
	Sinceridad	2,85	1,63	6	1

Fuente: Cuestionario EPQR-A

Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

En la tabla 10 el cuestionario EPQR-A muestra que la personalidad de los entrevistados posee una M de 3,15 de neuroticismo entre una Max de 5 y una Min de 0; la extroversión tiene una M de 2,85 entre una Max de 5 y una Min de 0; el psicoticismo denota una M

de 2,85 entre una Max de 6 y una Min de 0; y por último la personalidad sincera se muestra en una M de 2,85 entre una Max de 6 y una Min de 1.

Tabla 11. Cuestionario de Portátil del estado Mental de Pfeiffer

	Cuidadores	
	N	%
Deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo normal	7 35%
	Deterioro cognitivo leve	4 20%
	Deterioro cognitivo moderado	7 35%
	Deterioro cognitivo importante	2 10%

Fuente: Cuestionario de Portátil del estado Mental de Pfeiffer  
Elaborado: Hidalgo Solórzano Juan Luis (2019)

Según los datos obtenidos en la Tabla 11 se destaca que el 35% tiene un deterioro cognitivo normal y otro 35% tiene un deterioro cognitivo moderado, mientras el 20% muestra un deterioro cognitivo leve y por último el 10% restantes de los adultos mayores tiene un deterioro cognitivo importante; según estos datos recabados el 100% de los adultos mayores presentan alguna manifestación de deterioro cognitivo, lo cual traerá algún tipo de repercusión para el cuidador al momento de la labor de este último.

### 3.2. Discusión

La finalidad de este estudio es identificar la sobrecarga laboral en los cuidadores informales de adultos mayores en el sector noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2019. Para la consecución de este objetivo se ha establecido nueve objetivos específicos direccionados a la consecución del objetivo general de este Trabajo de titulación.

Como primer objetivo se estableció Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores y de los adultos mayores, en esta investigación el 55% de los responsables del cuidado son de sexo masculino mientras que el 45% son de sexo femenino, datos interesantes lo cual difiere de otros estudios como el de Morales (2019), donde los resultados arrojan que el 85% de cuidadores informales son mujeres; la edad que oscilan esta entre los 35 y 45 años, poseen un nivel de estudios secundario del 75%, el 95% vive con el adulto mayor; datos que concuerdan con los estudios realizados sobre cuidadores de Llor (2015), donde señala que los cuidadores son mayoritariamente familiares, mujeres, hijas, casadas, con una media de edad entre 40 a 50 años, así mismo la investigación realizada por Ortiz, Lindarte, Jiménez y Vega (2013) establece que el cuidado informal es realizado por los hijos que generalmente no

tienen un trabajo estable y realizan actividades destinadas al cuidado del hogar además que residen en el mismo domicilio del adulto mayor; mientras que en los adultos mayores se encuentra que en su mayoría el 90% son mujeres, con una media de edad 76,80 entre una mínima de 66 y una máxima de 95, solo el 75% realizó estudios de nivel primario, el 15% logró obtener algún estudio secundario y el 10% no pudo acceder a la educación; en tanto que en las enfermedades más predominantes se visualizó a la hipertensión y la diabetes

En lo que respecta al segundo objetivo, se planteó determinar el nivel de sobrecarga en los cuidadores informales de adultos mayores, se encuentran los siguientes resultados: el 50% tiene una sobrecarga intensa, mientras que un 20% tiene sobrecarga leve. Al respecto Flores, Rivas, y Seguel (2012) indican que 4 de cada 10 (39.7%) cuidadores informales manifiesta una sobrecarga intensa que tienen relación con el trabajo realizado. Rodríguez y Landeros (2014) mencionan que ocurre la sobrecarga cuando el cuidado se enfoca en la única y exclusiva satisfacción de las necesidades del enfermo y se olvida de las necesidades del agente cuidador, teniendo repercusiones en su salud, en su calidad de vida, en las relaciones sociales.

Con respecto al tercer punto en discusión, el 40% de los cuidadores sienten que poseen las competencias necesarias para el cuidado del adulto mayor, otro 40% se encuentra en un rango de conocimiento medio, el 20% restante afirmó tener una competencia baja en el cuidado, esto tiene contraste con la investigación realizada por (Cantillo, Perdomo, & Ramirez, 2019) en la cual el 49,4% afirmó tener un conocimiento bajo en cuanto a su habilidad para realizar el cuidado. Así mismo otros estudios realizados como el de (Venegas, 2009) en el que el 66,39% de la población tomada para el estudio no presenta un nivel óptimo de competencias de cuidado para cumplir con el rol a su cargo; y por último el de (Burgos, Figueroa, Fuentes, Espinoza, & Quijada, 2008) en el cual el 57% de los cuidadores informales presenta un nivel de conocimiento regular. De esta manera se concluye que el cuidador informal no se encuentra con las competencias necesarias mientras ejerce la labor.

En lo que concierne al cuarto objetivo, respecto a las capacidades de realizar las actividades básicas de la vida cotidiana, para lo cual se determinó el grado de dependencia /independencia de los adultos mayores, se identificó que el 40% tiene una dependencia total, el 40% posee dependencia moderada, el 10% dependencia severa y por último otro 10% tiene un grado de independencia. De la misma manera Laguardo y Campo (2017) mencionan que en el grado de dependencia se debe tener en cuenta el contexto y la situación institucionalizada y asociadas al padecimiento de

enfermedades como la demencia severa y moderada. Es por eso que el entorno en el que se desarrolla el individuo a cuidar debe gozar de ciertos requerimientos básicos para la dependencia de los mismos en su cotidianidad, estos requerimientos se encuentran ausentes en los hogares del estudio.

En el quinto objetivo mediante que se realizó mediante el uso del cuestionario GHQ-12, se busca identificar el estado de la salud general, es decir saber cómo se encuentra el bienestar psicológico, el nivel de estrés o el malestar emocional en los cuidadores informales, los resultados arrojan que el 50% posee una salud general normal, el 30% se encuentra en excelente estado de salud y solo un 20% tiene una salud mental deteriorada; por otra parte autores como Flores, Rivas, y Seguel (2012) mencionan que los cuidadores informales frecuentemente ven afectado en un 45-50% en su estado de salud con la aparición de estrés y enfermedades leves, debido a que cuidar implica realizar tareas complejas que exigen un gran esfuerzo físico, se debe mencionar que estas patologías pueden ser provocadas directamente por las labores propias del cuidado, como también porque los cuidadores dejan de preocuparse de ellos mismos, situando en último lugar sus propias necesidades, lo que provoca disminución de la adherencia a los tratamientos médicos y estilos de vida poco saludables.

Los descubrimientos realizados en el presente estudio en cuanto a las estrategias de afrontamiento de los cuidadores, se identifica que dentro de las más usadas está el afrontamiento activo con una Media de 3,05; otra variable de alto uso es el apoyo instrumental con una M de 4,2; la aceptación con una M de 4,1 se encuentra presente ante las condiciones de adversidad y la realidad de la situación. En relación con el desahogo va encaminado con el apoyo emocional y la aceptación, donde da como resultado un balance positivo el cual señala que los entrevistados no se encuentran en estado de negación. En contraste con otra investigación como la de (Perez, y otros, 2013) se identifica que el tipo de afrontamiento más frecuentemente usado por los cuidadores es el afrontamiento activo, que comprende actividades directamente dirigidas a la modificación o minimización del impacto de la sobrecarga; así mismo otro estudio como el de (Cuya & Alegre, 2018) en el cual el 74,6% de los cuidadores señalaron utilizar las estrategias de afrontamiento.

Los resultados obtenidos en referencia al apoyo social son de que el 65% afirmó no contar con este tipo de apoyo, mientras que el 35% dijo que si cuentan con apoyo social. Sin embargo, estos datos arrojan diferencia según el trabajo realizado por Icaza (2019) en un estudio sobre la sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores en

España, en el cual el 80% afirmó si poseer apoyo social; diferencias notables que pueden tener relación por la diferencia de entornos, culturales o programas sociales.

Los rasgos de los cuidadores extroversión, psicoticismo y sinceridad, se mostraron en una media muy pareja, ya que deben comportarse o asumir su situación de una manera relativamente consistente, estable y perdurable. La extroversión de los cuidadores genera una constante estimulación de estado de alerta ya que esto les permite estar activos para el cuidado del familiar; mientras tanto cuando responden al psicoticismo devienen en un comportamiento de responsabilidad, empatía y organización; la sinceridad se aploma en sus actuaciones cotidianas, ya que actúan al cuidado del familia en un 95% por cariño y obligación; en tanto al neuroticismo y en concordancia con la estabilidad emocional, los cuidadores también denotaron estar llenos de preocupaciones, ansias por momentos y en ocasiones con humor inconsistente, ante las ansias solo el 5% toma alguna pastilla para lograr dormir; en contraste (González, 2012) señala que estudios previos muestran que aquellos cuidadores que presentan niveles más elevados de neuroticismo y niveles más bajos de extraversión muestran un nivel más alto de sobrecarga.

Mientras, en el noveno objetivo, en donde se identifica las características del deterioro cognitivo de los adultos mayores, el 35% tiene un deterioro cognitivo entre normal y moderado, mientras que un 20% presenta un deterioro cognitivo leve y tan solo el 10% tiene deterioro cognitivo importante. Por lo cual tenemos que Mejía (2013) encuentra en su investigación comparativa que el 67% de los adultos mayores en situación de cuidado informal tiene un deterioro cognitivo leve, el 17 % un deterioro cognitivo moderado y tan solo el 16% tiene un deterioro cognitivo grave, cabe mencionar que esta es una categoría propia del estado de desarrollo del individuo; en relación a estas dos investigaciones los porcentajes se manifiestan no tan distantes, lo que da cabida a la creencia de que a mayor edad mayor deterioro cognitivo, tal como lo señalan autores como (Arriola, Carnero, Freire, López, Manzano, Olazarán, 2017).

## CONCLUSIONES

Una vez realizado el presente trabajo de investigación, se puede llegar a las conclusiones que se detallan a continuación:

- En referencia a las características sociodemográficas se constató de que existe una pequeña prevalencia del 55% de hombres contra un 45% de mujeres, dato curioso en relación a otros estudios investigativos de índole similar; la mayoría se autodenomina mestiza; en tanto que hubo un ligero predominio de la unión libre y de los casados; el promedio de hijos estuvo con una M de 2,15; con respecto a la situación laboral todos realizan alguna labor y nadie se encuentra inactivo, la mayoría trabajan fuera de casa medio tiempo, otros solo se dedican al cuidado de su familiar y una minoría labora fuera de casa tiempo completo, dadas las condiciones sociodemográficas y laborales la situación económica de la población de estudio es de necesidad.
- Se pudo determinar de que la mitad de cuidadores informales poseen una sobrecarga laboral intensa, lo cual es significativo ya que representa el 50% de la muestra investigada; otro 20% también presenta una carga laboral en el cuidado pero de índole leve; y por último un 30% no se ve afectado por los cuidados que realiza; estos porcentajes dan como conclusión de que el atender a un adulto mayor en estado de informalidad sumado a factores como la situación sociodemográfica precaria producirá una carga laboral en su cuidador.
- Por otra parte se constató que los cuidadores informales participantes del presente estudio no han recibido la capacitación profesional necesaria sobre los cuidados paliativos propios para la atención del adulto mayor, sin embargo el 40% afirmó tener las competencias altas y otro 40% señaló tener competencias medias, en tanto solo un 20% asegura tener competencias bajas; se puede concluir según las encuestas realizadas de que el afecto en su mayoría es lo que motiva cuidar al familiar y de que el tiempo con una M de 81 meses son factores determinantes en el desarrollo de una auto capacitación en las competencias para el cuidado.
- Con respecto al adulto mayor se determinó que el 90% de ellos presenta algún tipo de dependencia de cuidado, este porcentaje se concentra en dependencia

total, severa y moderada; solo un 10% muestra independencia; adicionalmente el padecimiento de la enfermedad se observa con una M de 139,4 en meses.

- Se pudo determinar que un 50% de los cuidadores presentan una salud general normal; un 30% se encuentra en excelente estado y un 20% tiene un estado deteriorado, ya sea por agotamiento físico o emocional. Esto permite inferir que la mayoría se encuentra con un buen estado de salud, lo cual tiene concordancia con las encuestas realizadas ya que el 95% afirmó no ingerir pastilla para dormir, nadie considera tener una calidad de vida mala, por último un 85% se encuentra libre de padecer enfermedad crónica.
- Por su parte se pudo conocer que las estrategias de afrontamiento que mayormente utilizan son los de auto distracción, afrontamiento activo, apoyo emocional, apoyo instrumental, replanteamiento positivo, planificación, aceptación, religión y culpa de sí mismo; en tanto que son menos utilizados la negación, uso de sustancias, retirada de comportamiento, desahogo y humor; lo que se puede establecer que son estrategias de afrontamiento empleadas como medios alternativos para encontrar solución a las adversidades cotidianas.
- Se identificó que la percepción de apoyo social en cuanto al cuidado es baja puesto que el 65% de los encuestados la sienten de escasa presencia, datos que tienen concordancia con las encuestas ejecutadas ya que el 40% de los adultos mayores tienen acceso a algún centro de ancianos; datos relevantes y preocupantes puesto que la población de estudio fue en un campo urbano.
- En dimensiones de la personalidad se identificó que el Neuroticismo presenta una media ligeramente con mayor presencia, esto dado a que las personas neuróticas son individuos que se sienten con un dolor emocional en exceso, sentir que aquejan los cuidadores ante sus emociones en relación a la carga laboral de su familiar; la extroversión, el psicoticismo y la sinceridad se encuentran en iguales proporciones.
- En cuanto al deterioro cognitivo es relevante recalcar que solo se identificó que el 10% posee un deterioro cognitivo importante y que un 90% se reparte en deterioro cognitivo normal, leve y moderado; lo cual permite inferir que las labores del cuidador y el apoyo de la red familiar actúan como agente retroactivo en el deterioro.

## RECOMENDACIONES

- En atención a los datos sociodemográficos se recomienda a la Universidad para futuros estudios incluir sub escalas que permitan recabar mayor información de la realidad económica de esta población, como por ejemplo los ingresos y egresos de los cuidadores, años de labor, capital que posee, etc. Así de esta manera poder conocer de mejor manera su economía actual, ya que la economía es un factor de relevancia para identificar la sobrecarga.
- Se recomienda a todas las instituciones interesadas en este tipo de temas, las universidades desde sus departamentos de medicina y de psicología, implementen un trabajo en conjunto de índole nacional con la finalidad de contemplar las posibles intervenciones en pro de prevenir y reducir la sobrecarga en los cuidadores.
- Ya que existe falta de competencias profesionales para el cuidado del adulto mayor, se recomienda a los cuidadores informales buscar desde las instituciones públicas un plan de capacitación sobre cuidados paliativos en virtud de dotarse del conocimiento necesario, así mismo que se pueda contar con visitas periódicas por parte de brigadas para la salud para constatar del correcto funcionamiento y desempeño de la labor.
- Puesto que la dependencia del adulto mayor es elevada se recomienda a las autoridades pertinentes la creación de un proyecto de ley en donde se brinden cuidados paliativos a domicilio por horas como sucede en otros países, o en su defecto la creación de centros gerontológicos subsidiados por el gobierno donde el adulto mayor reciba cuidados diarios o por un tiempo periódico, esto reducirá la sobrecarga del cuidador.
- Con respecto a la salud general de los cuidadores se recomienda a esta población visitar periódicamente el ministerio de salud pública o las brigadas de salud comunitarias a fin de llevar un control periódico de su salud general y prevenir cualquier malestar, dolencia física o psicológica que derivara en sobrecarga.
- Se recomienda la planificación de programas de intervención comunitaria que otorguen conocimiento a los cuidadores sobre las estrategias de afrontamiento, técnicas alternativas, con el afán de brindar mayores recursos para prevenir la

sobrecarga, en donde se goce de tiempo libre, con un sano esparcimiento en un ambiente de apoyo solidario.

- En la cotidianidad diaria del cuidado quien se lleva el protagonismo absoluto es la persona que hay que atender, quedando de lado por completo su cuidador y las necesidades de este último, es así que el cuidador queda relegado en segundo plano, por lo tanto se recomienda al cuidador sincerarse con sus familiares acerca de sus emociones y a las familias que hagan reconocimiento a la labor diaria que ejerce el cuidador en su entorno, incluir actividades lúdicas en su domicilio, tener una escucha activa de los pensamientos del cuidador, que asistan a las redes de apoyo comunitario donde se empleen medios de distracción con la finalidad de reducir el estrés.
- Aun cuando existen varios trabajos sobre el tipo de personalidad del cuidador informal, aún queda mucha labor por hacer, es por eso que se recomienda a la UTPL para futuros trabajos investigativos no solo buscar identificar la sobrecarga sino que determinar si existe relación entre estas dos variables y de ser así conocer el nivel, con el fin de tener más datos estadísticos y luego contemplar posibles soluciones.
- En relación al deterioro cognitivo del adulto mayor, se recomienda que los cuidadores busquen desde las instituciones públicas programas de intervención temprana en este tipo de población, estimular la cognición, nutrirse saludablemente, hacer rutinas de terapias ocupacional y físico, llevar un control de enfermedades y de posibles patologías, todo esto lograra que el adulto mayor llegue en una mejor condición en su última etapa de la vida, y así mismo reducirá la sobrecarga en el cuidador.
- Por último se recomienda a la UTPL que al momento de hacer las prácticas comunitarias no sean solo en centros públicos o privados, sino que se pueda trabajar con este tipo de población, en pro de brindar una ayuda social y a su vez nutrir de conocimiento al alumnado para ir mejor preparado camino a la tesis.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcañiz, M., Brugulat, P., Guillén, M., Medina, A., Mompert, A., y Sóle, A. (2015). Riesgo de dependencia. *Scielo*, 49:26.
- Alonso, A., Menéndez, M., y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia. *Cuadernos de atención primaria*, 118 - 123. Obtenido de [http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_2/ParaSaberDe\\_vol19\\_n2\\_3.pdf](http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf)
- Arias, S., Saavedra, F., y Avilés, G. (2017). El cuidado, una actividad de riesgo en tiempos de crisis: una revisión de la investigación con cuidadoras españolas. *Scielo*, 16(1).
- Association, American Psycgological. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). *American Journal of Psychiatry*. Obtenido de <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Barquín, R. (2015). *Tesis doctoral: Estrés y Afrontamiento en las personas con Discapacidad Intelectual*. Burgos: Universidad de Burgos.
- Blanco, A., Dominguez, F., y Hernandez, A. (2016). Estado de salud y percepción de las relaciones familiares en adultos mayores. *Medimay*, 21-23. Obtenido de <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/994/1394>
- Campos, A. (2015). *Tesis Doctoral: Burnout en amas de casa: El cuidado de familiares enfermos de alzheimer*. Sevilla: Universidad de Sevilla. Obtenido de [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/41030/Tesis\\_Alina\\_Campos\\_con\\_informe\\_directoras.pdf;sequence=1](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/41030/Tesis_Alina_Campos_con_informe_directoras.pdf;sequence=1)
- Cantillo, M., Lleopart, T., y Ezquerra, S. (2018). El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. *Scielo*, 515-541. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstractypid=S1695-61412018000200515](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstractypid=S1695-61412018000200515)
- Carreño, S., y Chaparro, L. (2016). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*, 447- 461. Obtenido de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4766/4473>
- Carreño, S., Barreto, R., Duran, M., Ortiz, V., y Romero, E. (2016). Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 1561-2961.
- Carretero, S., Garcés, J., y Ródenas, F. (2015). LA SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL. *Red Iberoamericana de expertos en la convención de los derechos de las personas con discapacidad*. Obtenido de <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/918>
- Carrillo, S. (2016). Reacciones al estrés y estilos de afrontamiento en pacientes con depresión que acuden a una institución de salud mental. *Repositorio Académico USMP*. Obtenido de [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1975/1/Carrillo\\_RS.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1975/1/Carrillo_RS.pdf)

- Cerquera, A., y Pabon, D. (2016). Resiliencia y Variables Asociadas en Cuidadores Informales de Pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 33-46. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/804/80444652003.pdf>
- Cheix, M., Herrera, M., Fernández, M., y Barros, C. (2016). Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal. *América Latina Hoy*, 71, 17-36. Obtenido de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/alh2015711736/14176>
- Cloninger. (2014). *Teorías de la Personalidad*. Mexico : Pearson.
- Cortijo, X., Ortiz, G., y Cibrián, T. (2019). Comparación psicoafectiva entre cuidadores principales de pacientes psiquiátricos y con cáncer en estadios avanzados de la enfermedad. *Revista del hospital Clínico quirurgico "Arnolfo Millán Castro"*, Vol. 13 N° 1.
- Cracco, C., y Blanco, M. (2015). Estresores y estrategias de afrontamiento en familias en las primeras etapas del ciclo vital y contexto socioeconómico. *Ciencias Psicológicas*, 129-140.
- Crespo, M., y López, J. (2014). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar*. Madrid: IMSERSO. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=0uaEKGQw5ICypg=PA31yIpg=PA31ydq=estresores+secundarios+del++cuidadoysource=blyots=Pc3bdrJIWCysig=ACfU3U2QNuaAXf9cPYdQLH0210g9H86-7Ayhl=esysa=Xyved=2ahUKEwiN\\_lzr2friAhXSjVkkHTQRAI44ChDoATAGegQIBxAB#v=onepageyq=estresor](https://books.google.com.ec/books?id=0uaEKGQw5ICypg=PA31yIpg=PA31ydq=estresores+secundarios+del++cuidadoysource=blyots=Pc3bdrJIWCysig=ACfU3U2QNuaAXf9cPYdQLH0210g9H86-7Ayhl=esysa=Xyved=2ahUKEwiN_lzr2friAhXSjVkkHTQRAI44ChDoATAGegQIBxAB#v=onepageyq=estresor)
- Crespo, M., y Rivas, T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Elsevier*, 9-15.
- Cuéllar, I. (2013). Cuidado familiar y estilos de personalidad. Análisis a través de un modelo de afrontamiento de estrés. *Universidad Complutense de Madrid*. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/21612/1/T34521.pdf>
- Cuéllar, I., y Sánchez, M. (2014). El efecto mediador de la personalidad en el proceso de afrontamiento del estrés en personas cuidadoras familiares. *Revista Mexicana de Psicología*, 33-40. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243033030005.pdf>
- Domínguez, L. (2015). El Desarrollo psicológico Humano como proceso de continuidad y ruptura: La situación social de desarrollo. *Educação e Filosofia*, 21-42.
- Ezquerro, S. (2012). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194. Obtenido de <file:///C:/Users/VICTOR/Downloads/38610-Texto%20del%20art%C3%ADculo-45662-2-10-20120310.pdf>
- Figuerola, L., Soto, D., y Santos, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibidos en adultos mayores. *Scielo*, 1561 - 3194. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttextypid=S1561-31942016000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S1561-31942016000100012)
- Flores, C., Abad, A., Poblete, F., y Esteban, D. (2014). Funcionalidad, fuerza y calidad de vida en adultos mayores activos de Valdivia. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 47-75.

- Flores, E., Rivas, E., y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstractypid=S0717-95532012000100004&lng=ptynrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstractypid=S0717-95532012000100004&lng=ptynrm=iso)
- Flores, M., Hernández, K., Avalos, M., Rodríguez, C., Vega, M., y Meza, I. (2016). Apoyo social percibido y envejecimiento activo en hombres y mujeres de una comunidad rural. *Electronica de Psicología Iztacala*, 1317- 1332. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2016/epi164g.pdf>
- Gallardo, R., Barón, D., y Cruz, E. (2014). Fundamentación de un diseño metodológico para la evaluación del cuidado informal en enfermos de Alzheimer. *Scielo*, 1561-3194.
- García, A. (2016). Impacto del Burnout en el desarrollo profesional del profesorado universitario. *Revista electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 161-178. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.6018/reifop.20.3.275121>
- García, A., y Salazar, M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 57-62. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- García, M., y Rio, M. (2015). El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quiénes cuidas? *Scielo*, 110-113. Obtenido de [https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/7\\_cuidadoinformal.pdf](https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/7_cuidadoinformal.pdf).
- González, I., y Lorenzo, A. (2013). Propuesta teórica acerca del estrés familiar. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 417 - 432. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122e.pdf>
- González, J., y De la Fuente, R. (2014). DESARROLLO HUMANO EN LA VEJEZ: UN ENVEJECIMIENTO OPTIMO DESDE LOS CUATRO COMPONENTES DEL SER HUMANO. *INFAD Revista de Psicología*, 7(1), 121-129.
- Gutiérrez, L. (2015). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Hernández, A. (2014). Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente.
- Jorques, M. (2015). ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. *Universitat do Valencia*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/71050771.pdf>
- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., y Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokonos*, 135-141.
- Llantá, M., Hernández, K., y Martínez, Y. (2015). Calidad de Vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. *Habanera de Ciencias Médicas*, 97-106. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56325>
- Loor, N. (2015). *Pensamientos disfuncionales y su influencia en la sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes diagnosticados con demencia*. Universidad Central del Ecuador. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7152/1/T-UCE-0007-139c.pdf>

- López, E. (2016). Puesta al día: cuidado informal. *Revista Enfermería CyL*, 71-76.
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., y Juaréz, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *ScienceDirect*, 159-165.
- Macías, M., Orozco, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2014). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 123-145. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Martínez, E., y Sisalima, J. (2015). Cuidadores informales de pacientes psiquiátricos: Sobrecarga y calidad de vida. *Universidad de Cuenca*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21770/1/tesis.pdf>
- Martínez, T. (2015). *Atención a la situación de fragilidad y dependencia*. Madrid: Medica Panamericana. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=\\_BijbtH4wCICypg=PA121yIpg=PA121ydq=estresores+secundarios+del++cuidadoysource=blyots=YEaGdkRvr0yisg=ACfU3U1-4LI7OgH5RAju5kD75DTSaLtqNQyhl=esysa=Xyved=2ahUKEwiN\\_Izr2friAhXSjVkkHTQRAI44ChDoATAEegQICBAB#v=onepageq=estres](https://books.google.com.ec/books?id=_BijbtH4wCICypg=PA121yIpg=PA121ydq=estresores+secundarios+del++cuidadoysource=blyots=YEaGdkRvr0yisg=ACfU3U1-4LI7OgH5RAju5kD75DTSaLtqNQyhl=esysa=Xyved=2ahUKEwiN_Izr2friAhXSjVkkHTQRAI44ChDoATAEegQICBAB#v=onepageq=estres)
- Martínez, T., González, C., Castellón, G., y Gonzalez, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 22221 - 2434. Obtenido de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569/1624>
- Matalinares, M., Díaz, G., Raymundo, O., y Baca, D. (2016). Afrontamiento al estrés y bienestar psicológico en estudiantes. *REVISTA IIPSI*, 123 - 143.
- Maza, B. (2013). Realidad del cuidador informal. Santander: Universidad de Cantabria. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2976/MazalqualB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Menir, M., Díaz, R., y Fernández, L. (2015). Factores estresores y síndrome de Burnout en enfermeras de cuidados intensivos. *Cuidado y Salud/KAWSAYNINCHIS*, 137-147.
- Moquillaza, M., León, E., Dongo, M., y Munayco, C. (2015). Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 693 - 699. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2015.v32n4/693-700/es>
- Mosquera, I. (2017). *Tesis doctoral: El cuidado informal de mayores: Impactos en la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras*. Vizcaya: Universidad del país Vasco.
- Painepán, b., Kuhne, W., Matus, O., y Saavedra, M. (2013). Sobrecarga, afrontamiento y salud del cuidador de paciente con demencia. *Revista*, 1-47.
- Paniagua, G. (2015). Definición de personalidad: Conceptos. *Scielo*.
- Paredes, A., Yarcen, E., Rosero, M., y Rosas, G. (2015). Factores sociodemográficos relacionados con el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 30-39.

- Pérez, J., y Martín, F. (2015). El apoyo social. *Psicobiología*, 11-23.
- Piergiovanni, L., y Depaula, P. (2018). Estudio descriptivo de la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes Universitarios Argentinos. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 413 - 432. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v23n77/1405-6666-rmie-23-77-413.pdf>
- Poch, F., Carrasco, M., Moreno, Y., Cerrato, S., y Aznar, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 226-233.
- Puhl, S., Izcurdia, M., Oteyza, G., y Escayol, M. (2016). Síndrome de Burnout en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar. *Redalyc*, 229-236. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696023.pdf>
- Pujadas, M. (2015). DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE VARIABLES EMOCIONALES, CONDUCTUALES Y PERSONALES PARA PERSONAL DE EMERGENCIAS. *Unniversitat de les Illes Balears*. Obtenido de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/396665/tmdps1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Querejeta, M. (2016). *Discapacidad/Dependencia*. Madrid: ARTEGRAF, S.A.
- Río, M. (2014). *Tesis doctoral: Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud*. Madrid: Editorial de la Universidad de Granada.
- Rodríguez, A., Zuñiga, P., Contreras, K., Gana, S., y Fortunato, J. (2016). Revisión Teórica de las Estrategias de Afrontamiento (Coping) según el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y. *El Dolor*, 14 - 23. Obtenido de [https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/59ca9b80918b5\\_Original\\_02\\_66.pdf](https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/59ca9b80918b5_Original_02_66.pdf)
- Rodríguez, M. (2017). Dependencia y Bienestar en ancianos institucionalizados: Propuesta de un programa de intervención. *Universidad de Granada*. Obtenido de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/48138/26989487.pdf;jsessionid=50DE6A36E0CC7564F9450569ABE299C7?sequence=6>
- Rubio, D., Rivera, L., Borges, L., y González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona*, 1-7.
- Ruiz, F., y Cabrera, A. (2018). Correlatos sociodemograficos, psicologicos y características de la actividad . <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/15495/1/CabreraRamos.pdf>.
- Salazar, A., Murcia, L., y Solano, J. (2016). Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes. *Archivos de Medicina*, 144- 154.
- Sánchez, J. (2015). *Burnout, resiliencia y frustración existencial*. Tesis.
- Sánchez, M. (2013). Cuidado familiar y estilos de personalidad: Análisi a través de un modelo de afrontamiento de estrés. *Universidad Complutense de Madrid*. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/21612/1/T34521.pdf>

- Sánchez, M., Díaz, J., Cuéllar, I., Castellanos, B., y Fernández, M. (2013). La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales. *IMSERSO*.
- Santa, P., y Martins, S. (Domingo de Abril de 2013). *emirarismendi-planificaciondeproyectos*. Obtenido de emirarismendi-planificaciondeproyectos.: [planificaciondeproyectosemirarismendi.blogspot.com](http://planificaciondeproyectosemirarismendi.blogspot.com)
- Serrano, J. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. The Family Watch.
- Silva, P., y Pérez, V. (2015). Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Quito N.1 de la Policía en el periodo comprendido entre octubre del. *Pontifica Universidad Catolica*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8876>
- Thierer, j. (2015). *sociedad argentina de cardiologia*. Obtenido de <https://www.sac.org.ar/cuestion-de-metodo/que-son-los-estudios-de-corte-transversal/>
- Torres, B., Aguedelo, M., Pulgarin, Á., y bERBESI, d. (2017). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Universidad y Salud*, 261-269. Obtenido de <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3747>
- Torres, Cifuentes, Pulgarin, y Fernández. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Universidad y Salud*, 261-269.
- Trujillo, E., y Velarde, I. (2017). Caracterización de la motivación profesional en mujeres de 14 a 17 años consumidoras de “h” atendidas en el cdid 2013-2016.
- Villano, S. (2016). CALIDAD DE VIDA Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR. *Universidad de Ricardo Palma*.
- Zamarripa, E., Tamez, B., y Ribiero, M. (2017). Repercusiones del cuidado informal en la vida laboral y personal de las mujeres cuidadoras. *REVISTA INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL Y BIENESTAR*, 47-56.
- Zambrano, R., y Ceballos Cardona, P. (2013). Síndrome de carga del cuidador. *Revista psiquiátrica de Colombia*, 28 -39.
- Zapata, B., Delgado, N., y Cardona, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis. *Revista de Salud Pública*, 848-860. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/422/42244105003.pdf>
- Zavala, D. (2013). Estudio psicológico del cuidador primario de usuarios con discapacidad, de la Unidad de Atención al Personal Policial del Hospital Docente de la Policía Nacional de Guayaquil N°2 en el período 2012. *Universidad de Guayaquil*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5909/1/Tesis%20David%20Zavala.pdf>
- Zurro, M., y Pérez, C. (2013). *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. (Elsevier, Ed.) Madrid: Elsevier.

## **ANEXOS**

## **Documento de información para participantes y consentimiento informado**

Proyecto de Investigación: “**Sobrecarga en Cuidadores Informales de Adultos Mayores en el Ecuador**”.

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zindhón

Estudiante de la UTPL: .....

### **Información General**

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas.

Este proyecto tiene por objeto: Identificar la sobrecarga en los cuidadores informales en el Ecuador.

La investigación es en su mayoría a través de cuestionarios no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria

### **¿Quiénes participarán en el estudio?**

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación.

La población objeto de estudio serán los cuidadores informales que se encuentren al cuidado de adultos mayores en todo el Ecuador; independientemente de la edad, género, ubicación geográfica (urbano- rural).

### **Procedimientos del estudio**

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Entrevista de carga para cuidadores Zarit, Inventario CUIDAR, Índice de Barthel, Cuestionario de Salud Mental (GHQ-12), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF- COPE), Apoyo Social Duke, Cuestionario de Personalidad (EPQR-A) y Cuestionario de Portátil del Estado Mental de Pfeiffer.

### **Beneficios de su participación:**

Con este estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a conocer la situación de los cuidadores informales y generar redes de capacitación a las personas que han asumido el cuidado de los adultos mayores.

Los resultados finales serán informados a través de artículos científicos y exposiciones académicas, y únicamente serán trabajados por el Departamento y Titulación de Psicología de la UTPL.

### **¿Incurriré en algún gasto?**

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por la UTPL, y las organizaciones que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta investigación.

### **Riesgos y molestias:**

Es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en éste estudio no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

**Confidencialidad de los datos:**

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

**Participación voluntaria:**

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

**Contactos para preguntas acerca del estudio:**

Roció Ramírez Zindhón [mrramirez@utpl.edu.ec](mailto:mrramirez@utpl.edu.ec) 37014777ext. 2629

.....

Nota: No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionara copia de este documento.
---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto “Sobrecarga en Cuidadores Informales de Adultos Mayores en el Ecuador” y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además, autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para la consecución de los objetivos propuestos. En función de que los datos obtenidos de esta batería son confidenciales y serán analizados anónimamente y utilizados con los fines a los que se indican en este consentimiento.

Soy consciente de la información incluida en esta batería, comprendo los procedimientos y consiento libremente en contestar el cuestionario.

NOMBRE: .....

..... FIRMA

### Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socioeconómicas. Su objetivo es recolectar datos para una investigación realizada por la Universidad Técnica Particular de Loja. Le agradeceríamos que nos diera su sincera opinión sobre TODAS las cuestiones que le planteamos. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Muchas gracias. Apreciamos muchísimo su ayuda.

#### Datos Personales del Cuidador

Sexo: Varón  Mujer

Etnia: Mestizo  Blanco  Afro ecuatoriano  Indígena

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Ocupación actual: Ama de casa y cuidado al familiar  Trabajo y cuidado al familiar, simultáneamente

Otra \_\_\_\_\_

Estudios realizados: Primarios  Secundarios  Universitarios  Otros \_\_\_\_\_

Número de Hijos: \_\_\_\_\_

¿Qué parentesco tiene UD con el familiar/paciente? Cónyuge  madre/padre  hija/o  nieta  Hermana/o  Nuera/yerno  Otro \_\_\_\_\_

¿UD. vive con el familiar/paciente? Si  No

¿Cuántos años lleva cuidando a su pariente? \_\_\_\_\_

¿Quién le ayuda en el cuidado del enfermo?: Familiar  Un cuidador contratado  Cuidador voluntario

Vecino  Amiga/o  Nadie

¿La relación con su familiar antes de comenzar a necesitar cuidados era: Muy buena, satisfactoria  Buena

Regular, con algunos problemas  Muy mala con muchos problemas

La relación con su familiar actualmente es: Muy buena, satisfactoria  Buena  Regular, con algunos problemas

Muy mala con muchos problemas

¿Quiénes conforman su familia, actualmente? Cónyuge e hijos  cónyuge solamente  hijos solamente

cónyuge, hijos y abuelos  Otros \_\_\_\_\_

¿Con qué miembro de la familia se relaciona y entiende mejor? Cónyuge  hijos  nieta  hermanos

padre  madre  abuela  abuelo  cuñado, nuera, yerno  otro \_\_\_\_\_

¿Tiene usted actualmente un proyecto de vida? Si  No  ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Actualmente padece usted alguna enfermedad crónica?: Si  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cómo valora su calidad de vida? Muy buena  Buena  Regular  Mala  Muy mala

¿Qué le motiva el cuidar de su familiar? Obligación  Cariño  Cariño y obligación

Otro \_\_\_\_\_

¿El cuidar al familiar/paciente le proporciona un sentido a su vida? Si  No

¿Se siente usted culpable después de reñirle a su familiar/paciente, cuando éste manifiesta alguna actitud que le desagrade a usted?: Nunca  A veces  Bastantes veces  Siempre

¿Actualmente, usted toma pastillas para dormir o calmar los nervios? Si  No

¿Actualmente, el familiar/paciente acude a una residencia de ancianos? Si  No

¿Además de su trabajo como cuidador realiza algún otro trabajo?: Realiza tareas del hogar  Es jubilado  Está desempleado  Es estudiante  Trabajo remunerado fuera de casa de medio tiempo  Trabajo remunerado fuera de casa de tiempo completo

#### DATOS DE LA PERSONA QUE CUIDA

Sexo: Varón  Mujer

Edad: \_\_\_\_\_ años

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Etnia: Mestizo  Blanco  Afro ecuatoriano  Indígena

Estudios realizados: Primarios  Secundarios  Universitarios  Otros \_\_\_\_\_

Número de Hijos: \_\_\_\_\_

Enfermedad que presenta: \_\_\_\_\_

Cuántos años padece la enfermedad \_\_\_\_\_

### Entrevista de carga para cuidadores

A continuación, encontrará una serie de frases referidas a cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otras personas. Después de leer a cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esta manera, de acuerdo con la siguiente valoración: *nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre*. Tanto las preguntas como las respuestas han de referirse a cómo se siente en general. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

0=	Nunca
1=	Rara vez
2=	Algunas veces
3=	Bastantes veces
4=	Casi siempre

1.	¿Cree que las personas a las que cuida le piden más ayuda de la que necesitan?	0	1	2	3	4
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a las personas que cuida no tiene tiempo para Ud.?	0	1	2	3	4
3.	¿Se siente estresado por tener que cuidar a esas personas y por intentar, a la vez, satisfacer otras responsabilidades en su familia o trabajo?	0	1	2	3	4
4.	¿Se siente avergonzado por el comportamiento de las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
6.	¿Cree que el cuidar a esas personas, en estos momentos, afecta negativamente a sus relaciones con su familia o amigos?	0	1	2	3	4
7.	¿Siente temor por lo que el futuro les depara a las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
8.	¿Cree que las personas a las que cuida dependen de usted?	0	1	2	3	4
9.	¿Se siente estresado cuando está con las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
10.	¿Cree que su salud se ha resentido a causa de la responsabilidad de tener que cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4
11.	¿Cree que no tiene tanta intimidad como quisiera debido a tener que cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4
12.	¿Cree que su vida social se ha resentido por tener que cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4
13.	Cuando está cuidando a las personas con las que trabaja ¿Se siente incómodo si tiene que recibir a amigos?	0	1	2	3	4
14.	¿Cree que las personas a las que cuida esperan de usted que los cuide como si fuera la única persona que puede hacerlo?	0	1	2	3	4
15.	¿Cree que no gana suficiente dinero para cubrir sus gastos, a pesar del tipo de trabajo que realiza?	0	1	2	3	4
16.	¿Cree que no será capaz de cuidar a esas personas por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17.	¿Cree que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el trabajo de cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de esas personas y trabajar en otra cosa?	0	1	2	3	4
19.	¿Se siente inseguro sobre lo que debe hacer con esas personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
20.	¿Cree que debería hacer más por las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
21.	¿Cree que podría cuidar mejor a esas personas?	0	1	2	3	4
22.	En general, ¿cómo se siente de agobiado por tener que cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4

### Cuidar

Lea cada uno de los siguientes enunciados y marque la opción con la cual se encuentre más cómodo. Utilizando para expresar Casi Nunca o Nunca o Casi siempre o siempre en la escala de 0 a 3 al lado de cada afirmación. Señale con una X el cuadro correspondiente a su opción. No hay respuestas correctas o erradas. Por favor responda todas las preguntas.

0=	Casi Nunca o Nunca
1=	Pocas Veces
2=	Con Frecuencia
3=	Casi Siempre o Siempre

1.	Sé cómo hacer seguimiento de las condición de salud de la persona a quien cuido.	0	1	2	3
2.	Conozco cómo realizar los procedimientos requeridos a la persona a quien cuido.	0	1	2	3
3.	Conozco los signos de alarma de la enfermedad que puede presentar la persona a quien cuido.	0	1	2	3
4.	Tengo confianza en mi capacidad para asumir el cuidado en casa.	0	1	2	3
5.	Supero fácilmente sentimientos de culpa o de rabia.	0	1	2	3
6.	Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado.	0	1	2	3
7.	Establezco mi propio plan de vida.	0	1	2	3
8.	Actúo siguiendo las recomendaciones prescritas a la persona a quien cuido (actividad dieta, otros).	0	1	2	3
9.	Organizo el apoyo instrumental disponible para la persona a quien cuido (transporte, equipo, insumos otros).	0	1	2	3
10.	Administro adecuadamente los medicamentos formulados a la persona a quien cuido.	0	1	2	3
11.	Estoy satisfecho con mi estilo de vida actual .	0	1	2	3
12.	Siento tener la energía suficiente para responder a las responsabilidades del cuidado.	0	1	2	3
13.	Siento que mi labor de cuidador aporta a mi propio plan de vida	0	1	2	3
14.	Dispongo de tiempo para mis actividades o cosas personales.	0	1	2	3
15.	Preveo manejo de riesgos y necesidades de salud para la persona a quien cuido.	0	1	2	3
16.	Organizo los recursos disponibles para atender con eficiencia a la persona a quien cuido.	0	1	2	3
17.	Logro respaldo de los demás miembros de la familia para apoyar a quien cuido.	0	1	2	3
18.	Intento que la persona a quien cuido mantenga tranquilidad para apoyar el cuidado.	0	1	2	3
19.	Busco comunicarme efectivamente con la persona que cuido.	0	1	2	3
20.	Fortalezco el vínculo de afecto con la persona a quien cuido.	0	1	2	3

### Índice de Barthel

A continuación, encontrará un conjunto de actividades que usted probablemente realiza en el cuidado de su familiar que está enfermo. Marque con un círculo el número de la opción que corresponda a su situación. No deje espacios sin responder.

1.	<b>ALIMENTACION</b> INDEPENDIENTE: (Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Come en un tiempo razonable.....10 AYUDA: Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.....5 DEPENDIENTE .....0
2.	<b>EMPLEO DE DUCHA O BAÑO</b> INDEPENDIENTE. Capaz de lavarse entero usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona presente..... 5 DEPENDIENTE .....0
3.	<b>VESTIRSE</b> INDEPENDIENTE. Capaz de ponerse y quitarse la ropa. Atarse los zapatos, botonarse .....10 AYUDA: Realiza solo la mitad de la tarea en un tiempo razonable ..... 5 DEPENDIENTE .....0
4.	<b>ASEO PERSONAL</b> INDEPENDIENTE. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, limpiarse los dientes.....5 DEPENDIENTE .....0
5.	<b>CONTROL ANAL (Valorar la semana previa)</b> CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo auto administra.....10 OCASIONAL. Un episodio de incontinencia. Necesita ayuda para administrarse enema o supositorio.....5 INCONTINENTE.....0
6.	<b>CONTROL VESICAL (Valorar la semana previa)</b> CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de cuidarlo solo. ....10 OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia 24 horas. Necesita ayuda, cuidado de sonda o colector. ....5 INCONTINENTE .....0
7.	<b>USO DE RETRETE</b> INDEPENDIENTE. Usa retrete. Bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar. Si va al retrete se quita .....10 AYUDA: Pequeña (para mantener el equilibrio, quitar y ponerse la ropa, pero se limpia solo)..... 5 DEPENDIENTE..... 0
8.	<b>TRASLADARSE (Sillón/cama)</b> INDEPENDIENTE.....15 MÍNIMA AYUDA física o supervisión verbal.....10 GRAN AYUDA (personal fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda.....5 DEPENDIENTE. Necesita grúa o ayuda de dos personas, no permanece sentado.....0
9.	<b>DESPLAZAMIENTOS</b> INDEPENDIENTE. Camina solo 50 metros. Puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis es capaz de quitárselas y ponérselas. ....15 NECESITA AYUDA FÍSICA o supervisión para andar 50 metros .....10 INDEPENDIENTE EN SILLA de ruedas sin ayuda ni supervisión .....5 DEPENDIENTE .....0
10.	<b>SUBIR ESCALERAS</b> INDEPENDIENTE. Puede subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona..... 10 NECESITA AYUDA física de otra persona o supervisión ..... 5 DEPENDIENTE.....0

### Cuestionario (GHQ-12)

El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias y cómo se ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas, simplemente seleccionando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

<p><b>1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p><b>2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos útil que lo habitual</p>	<p><b>4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más capaz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos capaz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos capaz que lo habitual</p>
<p><b>5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4. Más capaz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Menos capaz</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Mucho menos que lo habitual.</p>
<p><b>9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No, más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual</p>	<p><b>10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más</p>	<p><b>12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más feliz de lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos feliz que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual</p>

### Cuestionario BRIEF-COPE

Las siguientes afirmaciones se refieren a la manera que usted tiene de manejar los problemas. Indique si está utilizando estas estrategias de afrontamiento señalando el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted, según los criterios que se enuncian a continuación:

0	1	2	3
No he estado haciendo esto en lo absoluto	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto bastante	He estado haciendo esto mucho

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables.	0	1	2	3
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	0	1	2	3
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".	0	1	2	3
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	0	1	2	3
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	0	1	2	3
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	0	1	2	3
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	0	1	2	3
8. Me he estado negando a creer que esto ha sucedido.	0	1	2	3
9. He estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	0	1	2	3
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	0	1	2	3
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	0	1	2	3
13. Me he estado criticando a mí mismo.	0	1	2	3
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	0	1	2	3
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	0	1	2	3
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	0	1	2	3
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	0	1	2	3
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	0	1	2	3
19. He estado haciendo cosas para pensar menos en ello, como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.	0	1	2	3
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	0	1	2	3
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	0	1	2	3
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	0	1	2	3
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	0	1	2	3
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	0	1	2	3
27. He estado rezando o meditando.	0	1	2	3
28. He estado burlándome de la situación.	0	1	2	3

### Cuestionario de Apoyo Social

Elija la opción que se ajuste más a su forma de pensar o actuar ante el apoyo social percibido de amigos, familiares y la sociedad. Encierre con un círculo el número que corresponda con la opción que usted considere.

1=	Nunca
2=	Pocas Veces
3=	Algunas veces
4=	La mayoría de las Veces
5=	Siempre

1.	Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2.	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.	1	2	3	4	5
3.	Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.	1	2	3	4	5
4.	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.	1	2	3	4	5
5.	Recibo amor y afecto.	1	2	3	4	5
6.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa.	1	2	3	4	5
7.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.	1	2	3	4	5
8.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.	1	2	3	4	5
9.	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.	1	2	3	4	5
10.	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.	1	2	3	4	5
11.	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.	1	2	3	4	5

### Cuestionario EPQR-A

Las siguientes preguntas se refieren a distintos modos de pensar y sentir. Lea cada pregunta y coloque una cruz bajo la palabra SI o la palabra No según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven.

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

**Cuestionario de Portátil del Estado Mental de Pfeiffer**

A continuación, encontrará un conjunto de preguntas relacionadas con el funcionamiento cognitivo del familiar que está enfermo. Le agradecemos que responda a ellas en el espacio en blanco que corresponde

1=	Por cada respuesta incorrecta
0=	Si acierta la respuesta es decir, si es correcta

1.	¿Qué día es hoy? (DIA, MES Y AÑO)	1	0
2.	¿Qué día de la semana es hoy?	1	0
3.	¿Dónde estamos ahora? (Lugar o edificio?)	1	0
4.	¿Cuál es su número de teléfono ( si no tiene teléfono, preguntarle la dirección?)	1	0
5.	¿Cuántos años tiene?	1	0
6.	¿En que día, mes y año nació?	1	0
7.	¿Cómo se llama el presidente de la república del Ecuador?	1	0
8.	¿Cómo se llama el presidente el ex presidente del periodo anterior 2013- 2017?	1	0
9.	¿Digame el primer apellido de su madre?	1	0
10.	Reste de 3 en 3 desde 20 (3 veces)	1	0