



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

Síndrome del Cuidador en los familiares de los adultos mayores de los centros de atención de la ciudad de Loja

**TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL**

AUTORA:

Karina Elizabeth Morocho Cevallos

DIRECTOR:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

**LOJA – ECUADOR
2019**



Certificación

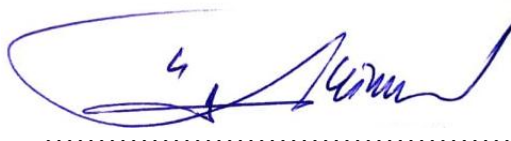
Loja, 26 de junio del 2019

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado minuciosamente el presente trabajo de investigación, titulado **“SÍNDROME DEL CUDIADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA”**, previo a la obtención del título de Médico General, autoría de la estudiante, Karina Elizabeth Morocho Cevallos, el mismo que cumple con los requerimientos establecidos por la Universidad, por lo cual autorizo su presentación ante el tribunal designado para el efecto.



Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc

DIRECTOR DE TESIS

Autoría

Yo Karina Elizabeth Morocho Cevallos, egresada de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autora del presente trabajo de tesis, titulado **“SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA”**, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Karina Elizabeth Morocho Cevallos.



Firma:

C.I. 1104979123

Fecha: 26 de junio del 2019

Carta de autorización

Yo, Karina Elizabeth Morocho Cevallos, autora de la tesis: **“SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA”**, como requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos difunda la producción intelectual de la Universidad.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional, accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 26 días del mes de junio del 2019, firma su autora.



Firma: _____

Autora: Karina Elizabeth Morocho Cevallos

Cédula: 1104979123

Correo electrónico: kemc0529@hotmail.es

Dirección: El Molino

Teléfono: 0991680233

Datos complementarios

Director de Tesis: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc

Tribunal de grado: Presidenta: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc

Vocal: Dr. César Fabian Juca Aulestia, Esp.

Vocal: Dr. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación va dedicado primeramente a Dios por brindarme la salud y sabiduría para concluir mi carrera. A la memoria de mi papá, José, quien con sus enseñanzas supo hacer de mí una persona de bien; a mi mamá, Miriam, especial dedicatoria a ella, quien ha sido el principal motor en mi vida, brindándome todo el apoyo y cariño para alcanzar mis metas.

A mis hermanos quienes, de una u otra manera estuvieron presentes en los momentos más difíciles.

A todas aquellas personas, familiares y amigos, que confiaron en mí y sin esperar nada a cambio me acompañaron a lo largo de mi carrera.

Karina Morocho

Agradecimiento

Mi gratitud, primeramente a Dios, por darme la fortaleza suficiente para seguir adelante a pesar de los obstáculos. A mis padres, hermanos y demás familiares, por su apoyo incondicional, no solamente durante este proyecto si no durante todos estos años de estudio, gracias a lo cual llegué a cumplir mis metas.

A la Universidad Nacional de Loja, sus autoridades y docentes, por permitirme una formación íntegra y de calidad, no sólo a nivel profesional sino también personal. De manera especial, expreso mi agradecimiento a mi director de tesis, Dr. Patricio Aguirre, quien con sus conocimientos supo guiar de manera correcta mi trabajo de investigativo permitiendo su culminación.

Además expreso un sincero agradecimiento a los cuidadores de los adultos mayores y a los miembros de las instituciones: Centro de Día San José y Centro Municipal del Adulto Mayor N° 1, por permitirme obtener la información necesaria para el desarrollo exitoso de esta investigación.

Karina Morocho

Índice

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento.....	vi
Índice	vii
1 Título.....	1
2 Resumen	2
Abstract	3
3 Introducción.....	4
4 Revisión de la literatura	8
4.1 Envejecimiento	8
4.1.1 Definición	8
4.1.2 Adulto mayor	8
4.1.3 Cambios en la vejez.....	9
4.1.3.1 Cambios fisiológicos.....	9
4.1.3.2 Cambios psicológicos	10
4.1.3.3 Cambios sociales.....	10
4.2 Dependencia	11
4.2.1 Definición	11
4.2.2 Tipos de dependencia.....	12
4.2.2.1 Dependencia funcional	12
4.2.2.2 Dependencia económica	12
4.2.2.3 Dependencia psicológica	13
4.2.2.4 Dependencia social.....	13
4.2.3 Dependencia funcional del adulto mayor.....	13
4.2.3.1 Desencadenantes de la limitación funcional.....	14
4.2.3.2 Escala de Barthel	15
4.3 Teoría del cuidado	17
4.3.1 Definición del cuidador.....	17

4.3.2 Tipos de cuidador	18
4.3.2.1 Perfil del cuidador primario o familiar	18
4.3.3 Consecuencias del cuidado	19
4.3.4 Sobrecarga del cuidador	21
4.3.4.1 Escala de Zarit	22
5 Materiales y métodos.....	24
5.1 Tipo de estudio	24
5.2 Unidad de estudio.....	24
5.3 Universo	24
5.4 Criterios de inclusión.....	24
5.5 Criterios de exclusión	24
5.6 Métodos e instrumentos de recolección de datos	24
5.6.1 Métodos	25
5.6.2 Instrumentos	25
5.6.3 Procedimiento	26
5.7 Análisis de datos.....	26
6 Resultados	27
7 Discusión.....	32
8 Conclusiones.....	34
9 Recomendaciones.....	35
10 Bibliografía.....	36
11 Anexos.....	41

1 Título

Síndrome del Cuidador en los familiares de los adultos mayores de los centros de atención de la ciudad de Loja.

2 Resumen

A medida que avanza la edad los adultos mayores van perdiendo progresivamente su independencia; por ello necesitan del apoyo y cuidado de otras personas para poder realizar actividades básicas de la vida diaria. En la mayoría de los casos son los propios familiares quienes asumen dicho cuidado; de esta manera los cuidadores experimentan una serie de cambios para los cuales no están preparados, ocasionando problemas no sólo a nivel físico sino también psíquico, surgiendo de esta manera el Síndrome del Cuidador. Por tal motivo esta investigación tuvo como finalidad: reconocer el grado de dependencia funcional de los adultos mayores, determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores e identificar si existe o no relación entre estas dos variables. El presente estudio fue de tipo transversal y correlacional, se llevó a cabo en los domicilios de los adultos mayores que acuden a los centros del adulto mayor de la ciudad de Loja. Se entrevistaron 50 cuidadores, obteniéndose los siguientes resultados: el 84% de los cuidadores presentaron algún grado de sobrecarga de acuerdo a la escala de Zarit, y el 94% de los adultos mayores presentaron algún grado de dependencia según la escala de Barthel. Con la aplicación de Chi cuadrado, se encontró un valor de $p = 0,014$, lo cual indica asociación estadísticamente significativa entre las variables. El presente trabajo evidencia la elevada prevalencia del Síndrome del Cuidador en los familiares de los cuidadores relacionada principalmente por el grado de dependencia funcional de los adultos mayores.

Palabras clave: sobrecarga del cuidador, Zarit, dependencia, Barthel.

Abstract

As the age of the elderly advances, they progressively lose their independence; therefore, they need the support and care of other people to carry out their daily life basic activities. In most of the cases it is the family members themselves who assume that care; in this way the caregivers experience a series of changes for which they are not prepared, causing problems not only on a physical level but also psychically, thus arising the Caregiver Syndrome. For this reason, the current research aimed to: recognize the degree of functional dependence of the older adults, determine the overload level of caregivers and identify whether there is or not a relationship between these two variables. The current study was of a cross-sectional and correlational type, it was carried out in the homes of the elderly adults who attend the elderly's centers in the city of Loja. Fifty caregivers were interviewed, obtaining the following results: the 84% of the caregivers presented some degree of overload according to the Zarit Burden Interview, and 94% of the elderly presented some degree of dependence according to the Barthel scale. With the application of Chi-squared, a value of $p = 0.014$ was found, which indicates a statistically significant association between the variables. The current work evidences the high prevalence of the Caregiver's Syndrome in the relatives of the caregivers, mainly related to the degree of functional dependence of the elderly.

Keywords: caregiver's overload, Zarit, dependence, Barthel.

3 Introducción

Según menciona el Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente, publicado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, el envejecimiento es un proceso universal, continuo e irreversible en el que hay una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Las personas adultas mayores sanas conservan su funcionalidad, pero al presentarse un desgaste progresivo en su capacidad y sus funciones físicas, se vuelven más vulnerables a las enfermedades y condiciones propias de la edad que pueden llevarlo a la fragilidad y la dependencia (Lara, Lasso, Mena, & Álvarez, 2011).

En situación de dependencia, las personas adultas mayores requieren atención personalizada por parte de sus cuidadores, quienes proporcionarán dichos cuidados respetando en todo momento su dignidad; pero al mismo tiempo tienen que considerar el no caer en la sobreprotección, por lo que deben permitir siempre que sea posible, que las personas adultas mayores conserven su autonomía (Lara et al., 2011). “Depender de terceras personas para la ejecución de un conjunto de actividades básicas, puede colocar a los individuos en un estado de vulnerabilidad en lo relativo al ejercicio de sus derechos” (Gascón & Redondo, 2014).

El informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, publicado por la OMS, indica el impacto de la edad y su relación con la dependencia, ya que las personas de entre 65 y 74 años tienen considerablemente menos necesidad de ayuda que las personas de 75 años o más. Algunas encuestas han revelado que una importante proporción de las personas mayores dependen de los cuidados de otros; existe una marcada variación entre países, que va desde menos del 5% de la población de entre 65 y 74 años que depende de los cuidados de otros en Suiza, hasta alrededor del 50% de las personas de la misma edad en muchos países de ingresos bajos y medios. La prevalencia es aún mayor entre las personas de más de 74 años; de esta manera se observa que la necesidad de asistencia que requerían los adultos mayores para la realización de actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama e ir al baño), varía desde alrededor del 17% de las personas de 75 años y más en Suiza hasta más del 40% de las personas de la misma edad en la Federación de Rusia, Ghana, India y México (OMS, 2015).

Proporcionar el cuidado para los adultos mayores puede ser una experiencia muy satisfactoria, pero también puede ser agotadora. La persona que cuida es alguien que por amor o por responsabilidad asume este papel, es quien permite y hace posible que la persona de quien está a cargo continúe viviendo. El nivel de atención dependerá del grado de dependencia del adulto mayor, lo cual determinará a su vez el tiempo de cuidado. La dependencia es una realidad con gran impacto a nivel social, que involucra a dos actores principales; la persona dependiente y al cuidador de la misma (P. Silva & Pérez, 2015). “Conforme avanza la edad y la incapacidad del adulto mayor, también aumenta la sobrecarga de la persona responsable del cuidado, afectando en muchos ámbitos la calidad de vida del cuidador, surgiendo de esta manera el Síndrome del Cuidador” (Nisa, 2013). “Esta gran carga de responsabilidades derivan frecuentemente en problemas de salud físicos, psíquicos y sociales, lo que comúnmente se denomina como síndrome del cuidador, que además de los problemas de salud, proporciona también problemas económicos, laborales, sentimentales, entre otros” (Gásquez et al., 2015).

“Las familias en España siguen asumiendo por tradición la atención a personas en situación de dependencia. Han respondido cuidando a sus familiares dependientes desde un modelo de cuidado centrado en la mujer como cuidadora principal” (Munuera, 2011). “La prevalencia de personas que cuidan de un familiar con dependencia en este país es del 4.61%, lo que supone más de 2 millones de personas que cuidan de otra con dependencia” (Manoso, Sánchez, & Cuéllar, 2013). La situación en América no es distinta, las mujeres de la ciudad de México destinan una elevada cantidad de tiempo al cuidado exclusivo de otro miembro del hogar durante los días laborales, y solo el 6,3% de ellas no se dedica a esta tarea. En el caso de los hombres, en cambio, la mayoría dedica de una a tres horas de cuidado exclusivo en los días laborales (Huenchuan & Rodríguez, 2015). En el Ecuador al menos “el 30% de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas” (MIES, 2013).

Un estudio mexicano, titulado Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor, indicó mediante el índice de Barthel que el 41,1% de los adultos mayores presentaban dependencia; en la entrevista de

Zarit se encontró a agentes de cuidado dependiente sin sobrecarga (85.6%) (R. Rodríguez & Landeros, 2014).

En Perú, se realizó una investigación para determinar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del adulto mayor, en dicho estudio se encontraron los siguientes resultados: de la distribución de 30 usuarios adultos mayores, el 90,0% presentaba dependencia funcional. En cuanto al nivel de sobrecarga que presentaban los cuidadores, se evidenció que el 63,3% de los cuidadores familiares presenta sobrecarga al cuidar. Además se pudo concluir que existe una relación estadísticamente significativa ($p=0,009$) entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor (González & Rojas, 2015).

En nuestro país al referirse al Síndrome del Cuidador y su relación con el nivel dependencia, es posible citar algunos estudios que indican la situación de los cuidadores de los adultos mayores. En la ciudad de Quito, una investigación permitió valorar la asociación entre la presencia de síndrome del cuidador cansado y el grado de dependencia funcional de los adultos mayores, los resultados de dicho estudio indicaron que el adulto mayor dependiente ocasiona 3,5 veces más probabilidad de presentar sobrecarga en sus cuidadores (P. Silva & Pérez, 2015). En Cuenca, mediante un estudio en el cual se valoró el síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados; se determinó que los adultos mayores dependientes (54,81%) generan síndrome de sobrecarga 2,46 veces más que aquellos sin dicha condición, aunque no hubo significancia estadística ($p 0,085$) (Beltrán, 2017). A pesar de los estudios antes mencionados, es importante señalar, que la información acerca del tema es evidentemente escasa; es por ello que se considera necesario conocer acerca de este problema en nuestro medio, ya que como se mencionó con anterioridad la población de adultos mayores debido a la pérdida de su autonomía requerirán el cuidado en muchos de los casos de sus familiares. No obstante, los familiares soportan a menudo una gran carga, tanto emocional como física. Su papel es apoyar y ayudar a sus familiares, pero con ello, también sienten miedo, impotencia e incertidumbre y, a menudo, la responsabilidad de estar presente en cualquier circunstancia en la que el adulto mayor pueda necesitarle.

Por ello es importante no solo enfocarse en el cuidado del adulto mayor sino también en las personas allegadas al paciente, poniendo especial atención en la persona principal

encargada de dicho cuidado. Pues cuidar a una persona con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada (Flores, Rivas, & Seguel, 2012).

El presente trabajo de investigación permitió identificar el grado de dependencia de los adultos mayores y el nivel de sobrecarga que presentan sus familiares, ello contribuirá a encontrar la manera idónea de ayudar a todos de modo que les permita llevar una mejor calidad de vida.

Por lo antes mencionado, se plantearon las siguientes interrogantes, que permitieron el desarrollo del presente proyecto de investigación: ¿cuál es el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores?, ¿cuál es el grado de dependencia funcional de los adultos mayores?, ¿qué relación existe entre el nivel de sobrecarga de los cuidadores y el grado de dependencia funcional de los adultos mayores?

4 Revisión de la literatura

A nivel mundial existe una tendencia global de envejecimiento de la población; a medida que este proceso se presenta, el adulto mayor pierde progresivamente su autonomía para satisfacer sus necesidades básicas; para afrontar dichos problemas requieren de la ayuda de otras personas, quienes se convierten en el cuidador o cuidadora, que por lo general es un familiar (P. Sánchez, 2016).

4.1 Envejecimiento

El envejecimiento 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. Actualmente se considera un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, ya que el cambio en la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de esta población y desafortunadamente los gobiernos no están preparados para las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias que esto implica (Alvarado & Salazar, 2014).

4.1.1 Definición. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Dichos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable (OMS, 2015).

4.1.2 Adulto mayor. Para definir el concepto de las personas adultas mayores, los tratadistas han recurrido a diferentes doctrinas e interpretaciones, considerándolos como un grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, se los reconoce como pertenecientes a la tercera edad o ancianos (MIES, 2013).

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que conjuntamente intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. La situación demográfica actual caracterizada por el incremento paulatino del grupo de adultos mayores obliga a considerar, además de las necesidades que implica la atención a este grupo poblacional, tratar las afectaciones en la salud que traen consigo el cuidar a un adulto mayor (De Valle, Hernández, Zúñiga, & Martínez, 2015).

4.1.3 Cambios en la vejez. El paciente geriátrico presenta características particulares, dentro de las cuales cabe resaltar no sólo los aspectos propios del envejecimiento fisiológicos, con un progresivo declive de la funcionalidad de órganos y sistemas, sino también la disminución de la reserva funcional y la alteración de la homeostasis del organismo (Domínguez & García, 2014). Concomitantemente surgen cambios a nivel psicológico y social los cuales complican aún más el proceso por el que están atravesando. “El incremento de la población geriátrica y la morbimortalidad que la caracteriza requiere de un análisis de información, con el fin de disponer de datos que permitan proponer programas de salud que propicien mejor calidad de vida y salud” (Cervantes, Villarreal, Galicia, Vargas, & Martínez, 2015).

4.1.3.1 Cambios fisiológicos. La vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse sólo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. Otras afecciones comunes de la vejez son: pérdida de audición, cataratas, dolores de espalda y cuello, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia (OMS, 2015). Respecto al “deterioro visual los ancianos de más de 60 años tienen ocho veces más probabilidad de tener un daño visual que los jóvenes” (Miqueli, López, & Rodríguez, 2016). “Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo” (OMS, 2015).

4.1.3.2 Cambios psicológicos. Los cambios psicológicos pueden estar sujetos a percepciones subjetivas tanto de la persona que los manifiesta como de la persona que puede evaluarlos. En general con el envejecimiento existe un declive y un enlentecimiento de las capacidades cognitivas, aunque existe una enorme variabilidad y depende de numerosos factores (nivel educativo, dedicación laboral, actividad física, etc). En cuanto al procesado de la información existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar emisión de respuestas de manera tardía. Puede haber fatiga intelectual, pérdida de interés y dificultades en la concentración; sin embargo en la mayoría de los casos dicho deterioro se presenta a partir de los 70 años. Así mismo, se pueden evidenciar cambios en la memoria, si bien es cierto la memoria a largo plazo se mantiene conservada; sin embargo, es la memoria reciente la que empieza a mostrar déficits, que se manifiesta con dificultad para recordar hechos muy recientes (Castanedo & Sarabia, 2013).

Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia (OMS, 2016).

4.1.3.3 Cambios sociales. Los cambios sociales afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Surgen cambios a nivel individual (como individuo y como integrante de una familia), y hay cambios en el rol social tanto laborales y dentro de una comunidad. Los cambios a nivel individual, dependerán de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir (como abuelo, al perder su pareja, al abandonar su hogar); además con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al adulto mayor en el cambio de roles de cuidado. Los cambios que ocurren en el rol social, principalmente tenemos la jubilación, que trae como consecuencia la pérdida de la actividad laboral. Cabe mencionar que ocurren cambios en la estructura familiar; pudiendo el adulto mayor quedar relegado por otros miembros de la familia como los hijos; esto puede verse reflejado en dos situaciones: cuando el adulto mayor es autónomo e independiente y cuando el adulto mayor está enfermo y pierde su independencia o su autonomía, pasando a depender de otros miembros de su familia para su cuidado (Castanedo & Sarabia, 2013).

Es importante prestar atención a estos cambios y enfocarse en promover un envejecimiento activo y saludable, por ello es necesario un cambio en la organización sanitaria, un cambio en la concepción de los cuidados que los oriente hacia la prevención y el control de la enfermedad en lugar de al tratamiento de la reagudización, y sobre todo en la implicación directa y activa del ciudadano-paciente en el cuidado y el control de su propia enfermedad en cada etapa de la vida. Es una estrategia que busca la cooperación política y de todo el sector para pasar a la acción y la implementación de modelos asistenciales innovadores, basados en pruebas de su efectividad (García, 2013).

La inversión para el bienestar de la tercera edad nos proporcionará los beneficios de una población de personas mayores más sana, feliz y productiva, pero serán necesarios estudios futuros para conocer los efectos reales de los programas de participación activa de nuestras personas mayores, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Es importante la promoción que se realiza desde los ayuntamientos para la participación social de las personas mayores; de esta manera colabora eficientemente en sus actividades sociales mediante descuentos en el transporte público, actos culturales, incluso se han iniciado universidades para la tercera edad. La literatura científica ha señalado la evidencia de los beneficios que aportan las redes sociales a la salud de la población y en particular a las poblaciones mayores (Gásquez et al., 2015).

El bienestar en los ancianos depende de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, exigen la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales, factores que tienen una indisoluble interrelación en la producción del proceso patológico (J. Rodríguez, Zas, Silva, Sanchoyerto, & Cervantes, 2014).

4.2 Dependencia

4.2.1 Definición. “El concepto de dependencia hace referencia a la pérdida de autovalimiento para el desempeño de actividades imprescindibles para llevar adelante la vida diaria y la consecuente necesidad de apoyo de otras personas para la sobrevivencia” (Gascón & Redondo, 2014). “Intrínsecamente presupone la pérdida de la autonomía y

relega el cuidado propio, ya sea a personas, instituciones u otros entes” (Gutiérrez, García, & Jiménez, 2014).

4.2.2 Tipos de dependencia.

4.2.2.1 Dependencia funcional. Dependier de terceras personas para la ejecución de un conjunto de actividades básicas, puede colocar a los individuos en un estado de vulnerabilidad en lo relativo al ejercicio de sus derechos (Gascón & Redondo, 2014). “Tradicionalmente, dichas actividades de la vida diaria se clasifican como básicas (ABVD) comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño y contener los esfínteres” (Huenchuan & Rodríguez, 2015). “La pérdida de dos de ellas reduce en la mitad la expectativa de vida con respecto a una persona de la misma edad que las conserve” (J. Rodríguez et al., 2014).

Se considera que las limitaciones funcionales son causas y determinantes, en casi todos los casos, de discapacidad y dependencia. De tal suerte que la discapacidad-dependencia es un binomio con una relación muy estrecha que no debe mitificarse, en tanto que una discapacidad no siempre genera dependencia en salud; e incluso, cuando una discapacidad desemboca en dependencia, ésta puede ser de muy diversos grados, según la severidad, el entorno y el desempeño de las actividades que la persona debe asumir (Gutiérrez et al., 2014).

4.2.2.2 Dependencia económica. Tiene lugar cuando una persona pasa de ser un miembro activo económica y laboralmente, a formar parte de la población inactiva o dependiente. La seguridad económica forma parte del bienestar y se refiere a un estado donde los individuos están relativamente seguros de satisfacer en el presente y en el futuro las necesidades y deseos vitales y básicos de alimentación, vestido, vivienda, atención médica y de la vida cotidiana. En los adultos mayores, los ingresos económicos suelen ser insuficientes, dicha seguridad económica se reduce aún más cuando la persona pertenece a un hogar unipersonal. Es importante recordar que la falta de seguridad económica anula las posibilidades de un envejecimiento digno. El acceso limitado a los medios económicos y las condiciones precarias de inserción laboral limitan las opciones de ingresos económicos en las edades avanzadas. Por lo tanto, es altamente probable que hagan uso de formas no

financieras para cubrir sus necesidades básicas de consumo, esencialmente a través de redes familiares, llevándolos a una situación de dependencia (Nava, Ham, & Ramírez, 2016). “De igual manera, se ha evidenciado que las enfermedades crónicas, la discapacidad y la fragilidad pueden ser causales dependencias físicas o mentales que por lo regular conllevan a experimentar dependencia económica” (Gutiérrez et al., 2014).

4.2.2.3 Dependencia psicológica. Se habla de dependencia psicológica cuando la persona pierde la capacidad de resolver sus problemas y de tomar decisiones. Este tipo de dependencia involucra aspectos no sólo de carácter cultural y social, sino también de interacción del individuo con su medio; por ello es importante infundirle la mentalidad de que el envejecimiento tiene no sólo tintes negativos, sino también fomentar la idea de que es posible efectuar acciones en beneficio personal y social. Para superar la dependencia psicológica, existen múltiples círculos de los cuales puede valerse el adulto mayor para prevenir y superar la dependencia; en orden de prioridad se han ubicado al cónyuge, los hijos, los parientes y por último los amigos. Además es importante que la persona tenga una rutina de ejercicios diaria, que permitan su fortalecimiento tanto físico como mental; así mismo que conserve una alimentación saludable (Gutiérrez et al., 2014).

4.2.2.4 Dependencia social. Las expectativas sociales acerca de las personas mayores son un factor que tal vez esté relacionado con la producción de la dependencia. En consecuencia una persona es vieja y dependiente, cuando los demás individuos así lo consideran. Las explicaciones o factores que influyen en la aparición de dependencia social pueden ser de múltiple naturaleza; cabe mencionar como ejemplos: la pérdida o modificaciones en los valores individuales, las transformaciones en las prácticas culturales, las modificaciones que se han experimentado en la definición de la familia y la ruptura del tejido social. Todas estas condiciones, han llevado al adulto mayor a tener una necesidad de demostraciones de afecto, cariño, respeto y, sobre todo, de tiempo de plática. Cuando la condición del adulto mayor es de soledad, la dependencia social es de mayor magnitud (Gutiérrez et al., 2014).

4.2.3 Dependencia funcional del adulto mayor. Existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones funcionales aumenta conforme consideramos individuos de mayor edad, ese aumento en las tasas de prevalencia

por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en la que dicho aumento se acelera notablemente (R. Mendoza et al., 2014). (Mendoza, Hernández, Medina, Company, Gómez, Suárez, Navarro & Fiuza, 2014).

4.2.3.1 *Desencadenantes de la limitación funcional.* Con el proceso de envejecimiento la capacidad funcional se ve condicionada por múltiples variables que llevan al adulto mayor a la pérdida de su independencia afectando su calidad de vida; factores como alteración del estado cognitivo, tener 80 años y más y ser de sexo masculino pueden ser factores asociados a la dependencia funcional (J. Silva, Castro, Coelho, Fernádes, & Partezani, 2015); además juega un papel importante el medio en que se desenvuelve, el ambiente físico donde vive así como el comportamiento y actitudes de las personas que están junto a él, favoreciendo su autonomía o al contrario generando un ambiente propicio para volverlo dependiente (Lara et al., 2011).

En los adultos mayores, la discapacidad y dependencia se intensifica por razones que involucran la pérdida progresiva de la capacidad visual y auditiva, del control de esfínteres, del balance y del equilibrio. Estos quebrantos pueden minar la independencia de los sujetos envejecidos, aunque también es factible que puedan seguir desarrollando tareas con emancipación. La dependencia física acarrea implicaciones que permean diferentes niveles: individual, el hogar y la sociedad. En lo individual, la dependencia puede significar pérdida de autoestima, depresión y desinterés por el autocuidado; en el hogar, se han observado modificaciones, por ejemplo, en la reasignación de roles, principalmente para el cuidado de los ancianos, así como adecuaciones del entorno para mejorar la movilidad. En la comunidad, el aumento de la demanda de servicios de salud y servicios asistenciales son los principales resultados que expresan dependencia de los adultos mayores (Gutiérrez et al., 2014).

Esta situación de dependencia resulta secundaria a diversas enfermedades y otros motivos de discapacidad que limitan y llevan a presentar en forma prevalente la dependencia en el adulto mayor. Por ello, la prevención en las etapas iniciales evitará que se alcancen grados severos de trastorno funcional y dependencia. Existe una gran variabilidad en el deterioro de la funcionalidad en los adultos mayores, aquellos que antes eran capaces de realizar actividades diversas e independientes, se ven afectados por

enfermedades crónico-degenerativas, estilos de vida deficientes, factores psicosociales, sociodemográficos o la combinación de ellos; en los que el deterioro funcional es predictor de mala evolución clínica y de mortalidad, independientemente de su diagnóstico (Jiménez, Baillet, Ávalos, & Campos, 2016).

Las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en la edad adulta y que mantienen relación con la presencia de dependencia funcional, son: hipertensión arterial sistémica, diabetes, enfermedades osteoarticulares (artritis y osteoporosis), enfermedades pulmonares, cáncer, enfermedades neurológicas y cardiovasculares (Jiménez et al., 2016).

4.2.3.1 Escala de Barthel. “La Escala de Barthel es un instrumento que permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas, con la medición de la capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria” (Bejines et al., 2015) (Bejines, Velasco, García, Barajas, Aguilar, Rodríguez). Como ya se mencionó con anterioridad “las actividades de la vida diaria (ABVD), son aquellas imprescindibles para sobrevivir y proporciona un indicio de autonomía, solamente superadas por las funciones vegetativas. Incluye la capacidad para alimentarse, movilidad, continencia esfinteriana, higiene personal y el uso del retrete” (J. Rodríguez et al., 2014).

Esta escala no requiere una adaptación lingüística específica, ya que se basa en la observación de las actividades que se pueden desempeñar por parte del adulto mayor, es necesario utilizar el Índice de Barthel en la versión acorde al idioma y se tendría que realizar un adaptación cultural en lugares donde las actividades de la vida diaria incluyen otras diferentes a las consideradas en el instrumento original (R. Sánchez, Molina, & Gómez, 2016).

La información se recoge mediante la aplicación del test al paciente, según su capacidad cognitiva lo permita, caso contrario se aplica a su cuidador o a sus familiares. Para su valoración, se considera la puntuación que va en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente): < 20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia leve y 100 independiente. Sin embargo en caso de que el paciente se encuentra en silla de ruedas, la puntuación máxima

es de 90 (R. Sánchez et al., 2016). A continuación se presenta el formato de la escala para valorar la dependencia funcional:

ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). - Necesita ayuda. - Necesita ser alimentado. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 - 5 - 0
BAÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de bañarse solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. - Necesita cualquier ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 - 0
VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: capaz de quitarse y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos. - NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. - DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 - 5 - 0
ASEO	<ul style="list-style-type: none"> - INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla. - Necesita alguna ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 - 0
USO DEL RETRETE	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. - NECESITA AYUDA para ir al baño, pero se limpia solo. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 - 5 - 0
DEFECACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. - Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. - INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 - 5 - 0
MICCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. - Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. - INCONTINENTE 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 - 5 - 0

DEAMBULACIÓN	- Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros.	- 15
	- NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.	- 10
	- INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.	- 5
	- DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	- 0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	- Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.	- 10
	- NECESITA AYUDA física o verbal.	- 5
	- INCAPAZ de manejarse sin asistencia	- 0
TRANSFERENCIA (trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	- Es INDEPENDIENTE.	- 15
	- NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).	- 10
	- NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda.	- 5
	- Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.	- 0

Fuente: Tomado de Araujo 2014.

4.3 Teoría del cuidado

4.3.1 Definición de cuidador. Se define como cuidador(a) aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones. Los cuidadores pueden ser padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario (P. Sánchez, 2016).

El cuidador es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro. Las personas cuidadoras están expuestas a un nivel de presión y esfuerzo que a veces no es valorado. Pero no olvidemos que repercute directamente tanto en su salud como en la de su entorno (Rivas & Ostiguín, 2011).

4.3.2 Tipos de cuidador. “Cuando una persona enferma, es frecuente que su familia o amigos realicen diferentes actividades que implican el cuidado del paciente. Dentro de la familia algunas personas realizan más actividades y otras se involucran menos en el cuidado” (Rangel, 2014). El cuidador puede ser catalogado según sus responsabilidades, retribuciones, parentesco y otras características. Se han determinado 3 tipos de cuidadores: primario, secundario y terciario.

“Se considera como cuidador primario a la persona que se hace cargo de la mayor parte del cuidado y apoya al paciente tanto en casa como en el hospital. Por lo general vive en el mismo domicilio o muy cerca (Rangel, 2014). “El cuidador principal se caracteriza por ser mujer generalmente la esposa o una hija que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntario” (P. Sánchez, 2016). Cuidador secundario hace referencia a la persona o personas con una formación adecuada para cuidar al paciente y que reciben una remuneración por los cuidados prestados. Además de que deben tener vocación para esta profesión. Mientras que cuidadores terciarios, se denomina a aquellas personas en su mayoría familiares y amigos muy allegados que forman parte de su sistema o entorno y colaboran de alguna manera en la atención y cuidados al paciente (Villamar, 2014).

El cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son demasiados los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. El por qué se cuida y a quién se cuida, así como la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se imponen los cuidadores son sin duda factores que intervienen en la calidad de vida tanto del enfermo como del cuidador (Ruiz & Nava, 2012).

4.3.2.1 Perfil del cuidador primario o familiar. “Como ya se ha mencionado con anterioridad cuando una persona presenta algún tipo de dependencia, surgen una multitud de necesidades que deben ser cubiertas” (Vázquez, 2014). Si bien el sistema de salud no siempre reconoce a los cuidadores familiares, ellos dedican la mayor parte del tiempo al cuidado de sus seres queridos; y, en la mayoría de los casos no cuentan con la preparación o los conocimientos suficientes para asumir dicho cuidado (Arias et al., 2014) (Arias, Barrera, Mabel, Chaparro, Sánchez & Vargas, 2014).

Al hablar de cuidador familiar se refiere a las personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos y son definidos como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones (Flores et al., 2012).

Se estima que, del colectivo de personas mayores de 65 años dependientes que recibe algún tipo de cuidado, en 84,9% de los casos corresponde al cuidado informal; lo que indica que la familia constituye la fuente principal de apoyo en la atención de personas dependiente (G. Mendoza, 2015).

Estudios realizados indican que la media de edad de los cuidadores es de 53,5 años, siendo los cónyuges e hijos mayores quienes por lo general se encargan del cuidado de sus familiares (P. Silva & Pérez, 2015). Por razones culturales es más común que las mujeres (76,5%) asuman la responsabilidad de dicho cuidado (R. Mendoza et al., 2014).

De Valle et al. (2015), identificaron otras variables en los cuidadores, entre las cuales, tenemos: la principal actividad de los cuidadores es la de ama de casa (52%), alrededor del 58% de los cuidadores están casados; en relación con el nivel educativo el 50% tienen un grado de escolaridad de nivel medio superior. Respecto a la situación que vive día a día el cuidador, el 73% ha dedicado a esta labor de 1 a 6 años; además, 42% de los cuidadores se dedica de 6 a 15 horas diarias al cuidado mientras que el 31% lo hace de 16 a 24 horas. Además es importante mencionar que alrededor del 56% de los cuidadores no tienen apoyo de ningún tipo, mientras que 2% recibe soporte a través de un rol semanal familiar de cuidador (De Valle et al., 2015).

4.3.3 Consecuencias del cuidado. Debido a las particularidades de la evolución de una enfermedad en fase terminal y la afectación de ésta al enfermo, así como los cambios que van a acontecer, es necesario mencionar que este tipo de cuidador se enfrenta a una situación tremendamente estresante, donde cada día que pasa, la salud de su familiar enfermo va empeorando de forma agresiva e irreversible, donde apenas tiene tiempo para

adaptarse a nuevas situaciones y cuidados, cuando una nueva manifestación clínica o necesidad aparece (Maza, 2013).

En muchas ocasiones, la persona cuidadora suele percibir la situación de cuidador como un rol “impuesto”, como algo que le sucede por ser, en muchos casos, el último recurso, por lo que el impacto en todas las esferas de su vida será mayor y, en ocasiones, pueden surgir en ella deseos de compartir esta carga o, incluso, de delegarla en otros (Vázquez, 2014).

La persona encargada del cuidado contrae una gran carga física y psíquica, ya que adquiere la responsabilidad de la vida del paciente; consecuencia de ellos va perdiendo paulatinamente su independencia; se descuida de sí mismo, no toma tiempo libre necesario para su ocio o sus amigos, por lo cual pueden aparecer sentimientos de tristeza y aislamiento. Los sentimientos de impotencia y frustración también son frecuentes dado que no siempre el esmero en el cuidado y la atención tienen como respuesta una mejora o un gesto de agradecimiento por parte del entorno y del familiar dependiente. (P. Sánchez, 2016).

Referente a los problemas de salud, es común percibir en los cuidadores cansancio físico y sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar; es por ello que pueden aparecer problemas psicosomáticos, tales como: dolores de cabeza y de otras zonas, falta de apetito, temblor fino, problemas gástricos, sensación de falta de aire o ahogo, arritmias y palpitaciones, diaforesis y vértigos, alergias inmotivadas, trastornos del sueño (insomnio o sueño no reparador), sobrecarga, entre otros (Ruiz & Nava, 2012).

El estado de ánimo de la persona encargada del cuidado también puede verse afectado, si bien es cierto el hecho de cuidar a otra persona puede generar sentimientos positivos; a la larga la experiencia de cuidar diariamente a un adulto mayor dependiente, también puede acarrear problemas como: sentimientos de tristeza, desesperación, frustración e irritabilidad. Así mismo siente preocupación y ansiedad ante la situación por la que está pasando, ya que no debe preocuparse únicamente de la salud de su familiar, sino del bienestar de su propia familia. Además puede experimentar sentimientos de culpa, por

diversas razones: por enfadarse con la persona a la que cuida, por pensar que no hace todo lo que puede, e incluso a veces por desear la muerte de su familiar (P. Sánchez, 2016).

Además de verse afectada la salud de quien está a cargo del cuidado, surgen cambios en otras esferas de su vida, pues suelen aparecer conflictos por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos y otros hacia la persona dependiente o por la forma en que se proporcionan los cuidados. Se presenta malestar con otros miembros de la familia debido a los sentimientos del cuidador principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza (Ruiz & Nava, 2012).

En resumen, la atención que realiza el cuidador familiar, modifica el tiempo dedicado a sus acciones de recreo, actividades sociales, de relaciones, a su vida íntima y su libertad, provocando problemas en su armonía emocional. El hombre o mujer que asume el papel de cuidador enfrenta situaciones que muchas veces desconoce, siendo posible que experimente temor, ansiedad o estrés, porque es posible que su vida cotidiana se vea perturbada y esto le origina sensación de carga rigurosa, además de no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no; de ahí la importancia de tratar la sobrecarga del cuidador del adulto mayor (De Valle et al., 2015).

4.3.4 Sobrecarga del cuidador. Se llama carga del cuidador al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimenten los cuidadores de personas dependientes y que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal. Esta carga tiene una parte objetiva y otra subjetiva. La parte objetiva se refiere a la cantidad de tiempo o dinero invertido, problemas conductuales del sujeto, disrupción de la vida social, etc. La parte subjetiva se refiere a la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar (P. Sánchez, 2016).

En la génesis de la sensación de impotencia del propio cuidador, en parte, producto de su historia genética y biográfica, cuatro de los factores que más parecen influir en la aparición e intensidad del síndrome de agotamiento son: a) la importancia que revisten la vida y el sufrimiento del enfermo para el cuidador; b) la incertidumbre que rodea el

proceso de una enfermedad; c) la sensación de inminencia de una confrontación anticipada con momentos críticos de la misma, tales como un diagnóstico desfavorable, o resultado dudoso de un análisis, ya que dicha inminencia incrementa la percepción de amenaza; y d) la duración de la situación de enfermedad, ya que los efectos del estrés son acumulativos (Tripodoro, Veloso, & Llanos, 2015).

Para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, es decir la carga del cuidador, existen diversas pruebas, una de las más utilizadas es la Zarit Burden, que considera factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar (Flores et al., 2012).

4.3.4.1 Escala de Zarit. Numerosos instrumentos intentan objetivar la sobrecarga del cuidador. Sin embargo, estas herramientas evalúan sólo algunas dimensiones de este fenómeno, que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (EZ), logra aunar consistentemente todas estas dimensiones. Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español (P. Sánchez, 2016).

El Zarit Burden Interview, conocido en nuestro medio como cuestionario de Zarit (aunque tiene diversas denominaciones tanto en inglés como en español), es un instrumento de autoinforme que evalúa la carga de los cuidadores primarios a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan los cuidadores de las personas dependientes (Britton, 2011). La escala consta de un listado de 22 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta: 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces) y 5 (casi siempre). El rango de puntuación es de 22 a 110 puntos, y a mayor puntuación, mayor carga percibida por parte del cuidador. Para su interpretación se valora: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56) (Regueiro, Pérez,

Gómara, & Ferreiro, 2008). A continuación se presenta la escala de Zarit utilizada para valorar el grado de sobrecarga de los cuidadores:

Nº	Ítem	Valor
1	¿Cree que el paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Cree que debido al tiempo que dedica al paciente no tiene suficiente tiempo para usted?	
3	¿Se siente usted agobiado entre tener que cuidar al paciente y tratar de cumplir con otras responsabilidades en su trabajo o el resto de la familia?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta del paciente?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca del paciente?	
6	¿Piensa que el paciente afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro le depara al paciente?	
8	¿Cree que el paciente depende de usted?	
9	¿Se siente tenso cuando está cerca del paciente?	
10	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar al paciente?	
11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al paciente?	
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar al paciente?	
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido al paciente?	
14	¿Cree que el paciente parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar del paciente además de otros gastos?	
16	¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad del paciente?	
18	¿Desearía poder dejar el cuidado del paciente a otros?	
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con el paciente?	
20	¿Cree que debería hacer más por el paciente?	
21	¿Cree que podría cuidar mejor al paciente?	
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por cuidar al paciente?	

Fuente: Tomada de Briton 2011.

5 Materiales y métodos

5.1 Tipo de estudio

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, es de tipo transversal y correlacional.

5.2 Unidad de estudio

La presente investigación se realizó en los domicilios de los adultos mayores que acudieron a los centros de día del adulto mayor.

5.3 Universo

Constituido por los familiares de los adultos mayores que acudieron a los centros de día adulto mayor de la ciudad de Loja: Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 y Centro de día "San José". Debido a que 2 de los cuidadores se negaron a participar del estudio, únicamente se aplicó la encuesta 50 personas.

5.4 Criterios de inclusión.

- Aceptar participación previa firma del consentimiento informado (anexo 1).
- Familiares que cuidan a los adultos mayores que acudan a los centros de cuidados del adulto mayor.
- El cuidado del adulto mayor sea función de un solo familiar.

5.5 Criterios de exclusión.

- Cuidadores que reciban remuneración económica por cuidar de su familiar.
- Tengan la responsabilidad de cuidar a más de una persona, sea ésta adulta mayor u otra persona con alguna discapacidad.
- Cuidador padezca alguna enfermedad crónica, como hipertensión, diabetes, cáncer.

5.6 Métodos e instrumentos de recolección de datos

5.6.1 Métodos. La información para el desarrollo de la investigación se obtuvo mediante la elaboración de una encuesta, en la cual se hizo constar la información general de las personas a quienes se les incluyó en el estudio; así mismo se utilizó el Test de Zarit, para evaluar el nivel de sobrecarga de los cuidadores y la escala de Barthel para valorar la dependencia funcional del adulto mayor.

5.6.2 Instrumentos. La investigación se llevó a cabo mediante la elaboración del consentimiento informado (anexo 1), el cual se realizó teniendo en consideración lo establecido por el comité de evaluación de ética de la investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mismo que estuvo constituido de introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente.

Para la determinación del grado de dependencia funcional de adulto mayor, se utilizó la escala de Barthel (anexo 2), diseñada por Mahoney y Barthel en 1955, la cual evalúa 10 actividades de la vida diaria: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón/cama, deambulación y, subir y bajar escaleras. Los resultados obtenidos en la escala, indican si el adulto mayor presenta dependencia total (0-20 puntos), dependencia severa (21-60 puntos), dependencia moderada (61-90 puntos), dependencia escasa (91-99 puntos), o bien si el adulto mayor es independiente (100 puntos). Se realizó una modificación de dicho test por parte de la investigadora, donde se incluyeron preguntas sobre características epidemiológicas tanto del adulto mayor como de la persona encargada del cuidado.

Para la valoración del grado de sobrecarga del cuidador, se utilizó el test de Zarit, (anexo 3), creada por Zarit SH, constituida de 22 preguntas, obteniéndose un puntaje posible máximo de 110; de esta manera se pudo clasificar al cuidador como: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56).

5.6.3 Procedimiento. Previo al desarrollo de la investigación se efectuaron los trámites correspondientes para obtener la aprobación del tema, pertinencia del proyecto, así como asignación del director de tesis. Una vez cumplidos dichos procedimientos se realizaron las gestiones pertinentes dirigidas a los coordinadores de los centros: Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 y el Centro de día “San José”, con la finalidad de obtener la autorización para tener acceso a la información de los adultos mayores, respecto a su lugar de residencia y a la persona responsable del cuidado en el hogar.

Luego se contactó con los familiares encargados, a quienes se les informó sobre el propósito de la investigación; así mismo, se dio a conocer el consentimiento informado y los instrumentos que fueron utilizados para la recolección de los datos.

5.7 Análisis de datos

Una vez recolectada la información, previa firma del consentimiento informado; se procedió al almacenamiento y tabulación de los datos en el programa EXCEL. Mediante la utilización del programa SPSS se obtuvieron los siguientes valores: Chi^2 que mide la asociación entre las variables en estudio; valor de P para valorar la relación entre las variables, para su interpretación se tomaron en cuenta los siguientes criterios: si $p < 0,05$ la relación es significativa, si $p > 0,05$ no existe relación significativa; y el Odds Ratio (OR) que indica el cociente entre la probabilidad de que un evento suceda frente a la probabilidad de que no ocurra.

Para la presentación de los resultados se construyeron tablas de frecuencia; finalmente se realizó la interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

6 Resultados

Tabla Nro. 1

Género de los cuidadores de los adultos mayores del Centro de Día San José y Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de Loja. Septiembre-Diciembre 2017

Género	Frecuencia	Porcentaje %
Masculino	9	18
Femenino	41	82
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Elaborado: Karina Elizabeth Morocho Cevallos

Interpretación: El 82% de los cuidadores participantes en la presente investigación, son de género femenino, mientras que tan solo el 18% corresponde al género masculino.

Tabla Nro. 2

Edad promedio de los cuidadores de los adultos mayores del Centro de Día San José y Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de Loja. Septiembre-Diciembre 2017

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad promedio del cuidador	50	25	87	51,14	12,01

Fuente: Encuesta

Elaborado: Karina Elizabeth Morocho Cevallos

Interpretación: En la población en estudio, la edad promedio de los cuidadores está en 51,14 con una desviación estándar de 12,01.

Tabla Nro. 3

Parentesco con los adultos mayores del Centro de Día San José y Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de Loja. Septiembre-Diciembre 2017

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje %
Esposo/a	1	2
Hijo/a	38	76
Nieto/a	2	4
Hermano/a	2	4
Nuera	5	10
Nieto/a político/a	1	2
Sobrino/a	1	2
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Elaborado: Karina Elizabeth Morocho Cevallos

Interpretación: Referente al parentesco de los cuidadores, se encontró que el 76% de los familiares son hijos/as de los adultos mayores, mientras que el 24% restante estaba constituido por esposos/as, hermanos/as, nueras, nietos/as políticos/as y sobrinos/as.

Tabla Nro. 4

Género de los adultos mayores del Centro de Día San José y Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de Loja. Septiembre-Diciembre 2017

Género	Frecuencia	Porcentaje %
Masculino	19	38
Femenino	31	62
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Elaborado: Karina Elizabeth Morocho Cevallos

Interpretación: El 62% de los adultos mayores participantes en el estudio, son de género femenino, mientras que tan solo el 38% corresponde al género masculino.

Tabla Nro. 5

Edad promedio de los adultos mayores del Centro de Día San José y Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de Loja. Septiembre-Diciembre 2017

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad promedio del adulto mayor	50	65	100	84,28	8,76

Fuente: Encuesta

Elaborado: Karina Elizabeth Morocho Cevallos

Interpretación: En la población en estudio, la edad promedio de los adultos mayores está en 84,28 con una desviación estándar de 8,76.

Tabla Nro. 6

Grado de dependencia funcional de los adultos mayores de Centro de Día San José y Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de Loja. Septiembre-Diciembre 2017

Grado de dependencia	Frecuencia	Porcentaje %
Dependencia total	2	4
Dependencia severa	15	30
Dependencia moderada	27	54
Dependencia leve	3	6
Independiente	3	6
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Elaborado: Karina Elizabeth Morocho Cevallos

Interpretación: Los resultados obtenidos de acuerdo a la escala de Barthel, determinaron que el 94% de los adultos mayores que participaron en la presente investigación presentaron algún grado de dependencia funcional, siendo la dependencia moderada la más frecuente (54%), seguida de la dependencia severa con el 30%.

Tabla Nro. 7

Nivel de sobrecarga de los cuidadores de los adultos mayores de Centro de Día San José y Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de Loja. Septiembre-Diciembre 2017

Nivel de sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje %
Ausencia de sobrecarga	8	16
Sobrecarga ligera	25	50
Sobrecarga intensa	17	34
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Elaborado: Karina Elizabeth Morocho Cevallos

Interpretación: Como resultado de la aplicación del test de Zarit a los cuidadores de los adultos mayores se obtuvo que el 84% de la población presentó algún grado de sobrecarga debido al cuidado de su familiar.

Tabla Nro. 8

Relación entre el nivel de sobrecarga de los cuidadores y el grado de dependencia funcional de los adultos mayores de Centro de Día San José y Centro Municipal del Adulto Mayor N°1 de Loja. Septiembre-Diciembre 2017

		Sobrecarga		
		Sobrecarga	Sin sobrecarga	Total
DepFun	Dependencia funcional	41	6	47
	Independiente	1	2	3
Total		42	8	50

Fuente: Encuesta

Elaborado: Karina Elizabeth Morocho Cevallos

Análisis: $X^2 = 6,096$; valor de $p = 0,014$; $OR = 13,67$

Interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos se puede evidenciar que existe significancia estadística entre las variables en estudio ($p < 0,05$). Así mismo tenemos que el valor de Odds Ratio (OR) obtenido indica que los familiares que cuidan a un adulto mayor

con algún grado de dependencia tienen 12,67 veces más probabilidad de presentar sobrecarga que aquellos que cuidan a adulto mayor independiente.

7 Discusión

Las investigaciones realizadas a nivel mundial coinciden que el grado de dependencia funcional del adulto mayor constituye un factor importante para el desarrollo de Síndrome del Cuidador en los familiares cuidadores.

De acuerdo al estudio realizado, se pudo determinar que el 94% de los adultos mayores que participaron de la investigación presentaron dependencia funcional, siendo la dependencia moderada la más frecuente (54%), seguida de dependencia severa (15%) y dependencia leve (3%), así mismo se identificó que solo el 2% de la población presentó dependencia total; datos que concuerdan con un estudio realizado en Córdoba (España), en los cuales mediante la aplicación de la escala de Barthel se encontraron los siguientes resultados: un 53% de pacientes con dependencia moderada, 36% con dependencia severa y 11% con dependencia total (Contreras, López, & Crespo, 2014). Otro estudio que respalda los resultados obtenidos en la investigación, fue el realizado en Perú, en el cual el 90% de los adultos mayores presentaron dependencia funcional, sin embargo la prevalencia fue en el grupo de dependencia total (33,3%) seguida de dependencia leve (30%), dependencia grave (16,7%) y dependencia moderada (10%) (González & Rojas, 2015).

En cuanto al nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de los adultos mayores, se pudo observar que el 84% presentó sobrecarga, de los cuales: el 50% presentó sobrecarga ligera y el 17% sobrecarga intensa. En Cusco (Perú), los resultados obtenidos por Díaz y Nuñez (2017) contrastan los resultados de esta investigación, así tenemos, que el 81,97% de los cuidadores presentaron sobrecarga, sin embargo hubo predominio en el grupo de sobrecarga moderada (68,67%) (Díaz & Nuñez, 2017).

Al valorar la relación entre el nivel de sobrecarga y la dependencia funcional, los resultados reflejan que existe significancia estadística entre las dos variables ($p = 0,014$), así mismo al analizar el OR se identificó que aquellos familiares que cuidaban a un adulto mayor con algún grado de dependencia funcional tenían 12,67 veces más probabilidad de presentar algún nivel de sobrecarga. Los datos obtenidos concuerdan con otros estudios internacionales, así tenemos que en México la investigación concluyó que a menor grado de dependencia del adulto mayor, menor es el nivel de sobrecarga del agente del cuidado

dependiente (R. Rodríguez & Landeros, 2014). En Brasil, el estudio realizado, también permitió contrastar la información obtenida; se identificó que solo el 15,7% de los adultos mayores eran dependiente y el promedio de sobrecarga fue de 27,8%; de esta manera se determinó que la dependencia de anciano constituyó un factor de riesgo para desarrollar sobrecarga del cuidador ($p < 0,05$) (Martins et al., 2013).

Así mismo, investigaciones realizadas en nuestro país coinciden con los resultados obtenidos referente a la relación entre sobrecarga del cuidado y dependencia funcional. En Quito, el estudio realizado por Silva y Pérez (2015), determinó que el adulto mayor dependiente proporciona una mayor probabilidad de presentar sobrecarga en sus cuidadores con un OR = 3,5 (P. Silva & Pérez, 2015). En Cuenca un estudio logró identificar que los adultos mayores dependientes (54,81%) generan síndrome de sobrecarga 2,46 veces más que aquellos sin dicha condición, aunque no hubo significancia estadística ($p = 0,085$). Sin embargo al comparar el riesgo de sobrecarga, de acuerdo a los grados de dependencia de la persona al cuidado, se observó que quienes asisten a adultos mayores con dependencia total, severa o moderada incrementan la posibilidad de desencadenar este trastorno de forma significativa, incluso hasta 5,88 veces ($p 0,000$) (Beltrán, 2017).

Los resultados que aquí se presentaron permiten identificar que el hecho de cuidar a un familiar con algún grado de dependencia funcional constituye una tarea que exige gran esfuerzo por parte de la persona encargada de dicho cuidado. La pérdida de la autonomía del adulto mayor condiciona al familiar a proporcionar cuidados cada vez más exhaustivos, lo que desencadena una serie de situaciones estresantes en el cuidador y le predispone a padecer Síndrome del Cuidador.

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio indican la necesidad urgente de realizar un manejo multidisciplinario del entorno del adulto mayor, no solo enfocarse en el cuidado de éste; sino también en estrategias que permitan manejar de una mejor manera las situaciones que atraviesan los cuidadores.

8 Conclusiones

- En la presente investigación se determinó que las tres cuartas partes de la población de adultos mayores resultaron afectados con el Síndrome del Cuidador, habiendo mayor prevalencia de sobrecarga ligera.
- Referente al nivel de funcionalidad del adulto mayor, se identificó que casi la totalidad de la población presentó dependencia funcional, siendo la dependencia moderada la más frecuente.
- Así mismo mediante las pruebas estadísticas utilizadas se logró evidenciar que existe fuerte asociación entre las variables en estudios, indicando de esta manera que las disfuncionalidad del adulto mayor representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de Síndrome del Cuidador.

9 Recomendaciones

- Es importante la intervención del equipo de salud con el objetivo de brindar atención integral al adulto mayor, a través del trabajo multidisciplinario, que permita no solo atención de este grupo prioritario sino también ofertar apoyo psicológico a quienes se encargan de su cuidado, con la finalidad de minimizar el grado de sobrecarga de sus familiares y obtener un cuidado más satisfactorio y óptimo del adulto mayor.
- Formar grupos de apoyo que permitan compartir experiencias a los cuidadores así como intercambiar ideas acerca de cómo lidiar con las situaciones que se presentan, con el propósito de prevenir o disminuir la sobrecarga en los cuidadores,
- Planificar charlas y talleres con el objetivo de dar a conocer a los familiares acerca de los cuidados de los adultos mayores, así como indicar técnicas para afrontar diferentes circunstancias; y de esta manera obtener un impacto positivo en los cuidadores, como en sus familiares, ya que la sobrecarga también influye en la calidad de atención de la persona bajo su tutela.
- Fomentar la autonomía e independencia del adulto mayor, mediante la realización de ejercicios de memoria, juegos de mesa, ejercicios de bajo impacto, entre otros; permitiendo garantizar el envejecimiento digno, así como disminuir el riesgo de presentar Síndrome del Cuidador en sus familiares.

10 Bibliografía

- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *scielo*, 25(6), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Arias, M., Barrera, L., Mabel, G., Chaparro, L., Sánchez, B., & Vargas, E. (2014). Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana : perfil y carga percibida de cuidado. *scielo*, 62(3), 387-397. <https://doi.org/dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.39091>
- Bejines, M., Velasco, R., García, L., Barajas, A., Aguilar, L., & Rodríguez, M. (2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *medigraphic*, 23(1), 9-15. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
- Beltrán, J. (2017). *Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados*. Gualaceo, 2016 (tesis de posgrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Britton, H. (2011). *Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico* (tesis de posgrado). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Castanedo, C., & Sarabia, C. (2013). Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento. Recuperado a partir de <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>
- Cervantes, R., Villarreal, E., Galicia, L., Vargas, E., & Martínez, L. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *elsevier*, 47(6), 329-335. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>
- Contreras, A., López, P., & Crespo, R. (2014). Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal. *scielo*, 17(2), 98-103. <https://doi.org/dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000200003>
- De Valle, M., Hernández, I., Zúñiga, M., & Martínez, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *scielo*, 12(1), 19-27. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a4.pdf>
- Díaz, C., & Nuñez, I. (2017). *Nivel de sobrecarga del cuidador y capacidad funcional en adultos mayores usuarios de Padomi del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco*

- (tesis de posgrado). Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, Perú.
- Domínguez, A., & García, J. (2014). Valoración geriátrica integral. *elsevier*, 21(1), 20-23.
[https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30006-2)
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *scielo*, 18(1), 29-41.
<https://doi.org/doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
- García, F. (2013). Cooperación para la innovación europea en el envejecimiento activo y saludable : de la política a la acción. *scielo*, 27(5), 459-462.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.005>
- Gascón, S., & Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personaas adultas mayores con dependencia*. Recuperado a partir de
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/S1420237_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gásquez, J., Pérez, M., Molero, M., Mercader, I., Barragán, A., & Núñez, A. (2015). *Calidad de vida , cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento Volumen III*. Recuperado a partir de
<https://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/calidad-de-vida-cuidadores-e-intervencion-para-la-mejora-de-la-salud-en-el-envejecimiento-volumenIII.pdf>
- González, D., & Rojas, K. (2015). *Nivel de sobrecarga del cuidador familiar y su relación con el grado de dependencia funcional del usuario adulto maor del programa de atención domiciliaria del Hospital IESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014* (tesis de pregrado). Universidad Nacional del Santa, Perú.
- Gutiérrez, L., García, M., & Jiménez, J. (2014). *Envejecimiento y dependencia: realidades y previsión para los próximos años*. Recuperado a partir de
<https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- Huenchuan, S., & Rodríguez, I. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México*. Recuperado a partir de
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/S1500754_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jiménez, B., Baillet, L., Ávalos, F., & Campos, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoo familiar en el adulto mayor. *ScienceDirect*, 23(4), 129-133.
<https://doi.org/10.1016/j.af.2016.08.002>

- Lara, R., Lasso, M., Mena, M., & Álvarez, P. (2011). Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente. Recuperado a partir de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL PARA CUIDADORES DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.pdf>
- Manso, M., Sánchez, M., & Cuéllar, I. (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *scielo*, 24(1), 37-45. <https://doi.org/doi.org/10.5093/cl2013a5>
- Martins, A., Silva, L., Corrêa, L., Rosset, I., Peroti, C., & Partezani, R. (2013). Functional dependency of older individuals and caregiver burden. *scielo*, 47(1), 134-141. <https://doi.org/doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>
- Maza, B. (2013). « *Una visión dirigida hacia el Cuidador Informal del enfermo en situación terminal* » (tesis de pregrado). Universidad de Cantabria, España.
- Mendoza, G. (2015). *Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica*. Hospital San Juan de Lurigancho 2011-2012 (tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Mendoza, R., Hernández, E., Medina, M., Company, M., Gómez, M., Suárez, L., M. Fiuza, M. (2014). Perfil del cuidador principal en el área de salud de Gran Canaria. *scielo*, 8(2). <https://doi.org/dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000200002>
- MIES. (2013). Agenda de igualdad para Adultos mayores. Recuperado a partir de http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS1.pdf
- Miqueli, M., López, S., & Rodríguez, S. (2016). Baja visión y envejecimiento de la población. *scielo*, 29(3), 492-501. Recuperado a partir de <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v29n3/oft11316.pdf>
- Munuera, M. (2011). Mediación familiar : salud y dependencia funcional. Recuperado a partir de <http://eprints.ucm.es/14631/1/5Munuera.pdf>
- Nava, I., Ham, R., & Ramírez, B. (2016). Seguridad económica y vejez en México. *RELAP*, 19(10), 169-190. Recuperado a partir de <http://revistarelap.org/ojs/index.php/relap/article/view/159/161>
- Nisa, H. (2013). Síndrome del Cuidador: cómo cuidar al que cuida. Recuperado a partir de <https://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/>
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado a partir de

- http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=0EF970F30B782E8263756828819ECC8D?sequence=1
- OMS. (2016). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Rangel, N. (2014). Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios. Recuperado a partir de <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/10/guia-de-solucion-de-problemas.pdf>
- Regueiro, A., Pérez, A., Gómara, S., & Ferreiro, C. (2008). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *elsevier*, 39(4), 185-188.
<https://doi.org/10.1157/13100841>
- Rivas, J., & Ostiguín, R. (2011). Cuidador : ¿concepto operativo o preludio teórico? *scielo*, 8(1), 49-54. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>
- Rodríguez, J., Zas, V., Silva, E., Sanchoyerto, R., & Cervantes, M. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *redalyc*, 9(1), 35-41. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/4773/477347195007/>
- Rodríguez, R., & Landeros, M. (2014). Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *redalyc*, 11(3), 87-93.
[https://doi.org/doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)72671-5](https://doi.org/doi.org/10.1016/S1665-7063(14)72671-5)
- Ruiz, A., & Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *medigraphic*, 11(3), 163-169. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- Sánchez, P. (2016). Protocolo cuidados al cuidador. Recuperado a partir de http://desammariquina.cl/wp-content/uploads/protocolos/PROTOCOLO_CUIDADOS_AL_CUIDADOR_2016.pdf
- Sánchez, R., Molina, E., & Gómez, O. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *scielo*, 7(1), 1171-1184.
<https://doi.org/dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
- Silva, J., Castro, J., Coelho, S., Fernández, A., & Partezani, R. (2015). Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría. *Nure Inv*, 12(78), 1-9. Recuperado a partir de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/731>
- Silva, P., & 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 período comprendido entre octubre del 2014 y enero del 2015 (tesis de posgrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Revista de Crítica Social*, 1(17), 307-330.

Recuperado a partir de

<http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324/1216>

Vázquez, A. (2014). *Salud del cuidador familiar de personas en situación de dependencia: modelo explicativo* (tesis de posgrado). Universidad de Valencia, España.

Villamar, R. (2014). *Presencia del «síndrome del cuidador» en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG*. (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador.

11 Anexos

Anexo N° 1



Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Karina Elizabeth Morocho Cevallos, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, se encuentra realizando el presente trabajo de investigación titulado **SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA.**

Propósito del proyecto

El Síndrome del cuidador, hace referencia a la sobrecarga que presentan los cuidadores, en este caso familiares, de personas dependientes. La presente investigación se la realiza con la finalidad de dar a conocer respecto a esta problemática en nuestra localidad, para ampliar nuestros conocimientos respecto al tema, ya que es poco conocido en nuestro país; así mismo, busca establecer la relación existente entre discapacidad funcional de los adultos mayores y nivel de sobrecarga de los cuidadores.

Tipo de intervención de investigación

Para la recolección de los datos necesarios para el desarrollo de esta investigación, se le aplicará una encuesta que permitirá obtener información específica, tanto de usted como de la persona a la que cuida; también, se le aplicará el test de Zarit para valorar su nivel de sobrecarga y la escala para valorar el grado de dependencia funcional de su familiar.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria; usted está en la libertad de decidir si desea o no participar en el estudio; usted puede cambiar de idea en un futuro y dejar de participar aun cuando antes haya aceptado.

Riesgos

No existen riesgos al participar en este proyecto; sin embargo usted pudiera sentirse incómodo por las respuestas que tenga que dar a la hora de contestar los test.

Beneficios

Su participación en este estudio es importante, ya que se conocerá la situación de las personas que como usted se encuentran en calidad de cuidadores familiares de los adultos mayores; así mismo se dará a conocer el grado de dependencia funcional de su familiar. La información obtenida servirá para buscar soluciones a los problemas encontrados.

Confidencialidad

La información, acerca de usted o de su familiar, que sea recolectada durante esta investigación, será únicamente manejada por la investigadora; por ello será puesta fuera del alcance de otras personas. Así mismo se mantendrá el anonimato tanto de la encuesta como de los test aplicados. Es importante mencionar que los resultados obtenidos en el estudio serán expuestos de manera general.

Compartiendo los resultados

Luego de obtenida la información y del respectivo análisis de la misma, se procederá a informarle sobre los resultados obtenidos en el estudio.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no está en la obligación de participar en este estudio si no desea hacerlo; es importante que conozca que el hecho de negarse a participar no será motivo para que sean tratados, usted o su familiar, de manera diferente en el centro al que acude la persona adulta mayor. En el caso que usted acepte participar de la investigación, puede retirarse del estudio en el momento que lo decida, su decisión será respetada.

A quién contactar

Si tiene alguna duda respecto a la investigación, usted puede hacerla ahora o más tarde, incluso si ya se ha iniciado el estudio. Para resolver las interrogantes que pudieran presentarse puede contactarse con la persona encargada del estudio (Karina Morocho, # celular 0991680233).

Declaración del participante

Yo,..... con C.I:,
 certifico que he sido informado/a sobre la investigación titulada: SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA; conozco el propósito de dicho trabajo, así como los riesgos y beneficios; además se me garantiza que los datos obtenidos sobre mi persona serán almacenados en absoluta confidencialidad y que los resultados obtenidos en este estudio serán utilizados únicamente para fines investigativos.

Que cualquier duda o pregunta que tenga sobre este trabajo me será explicado por el investigador. Así mismo expongo que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir ningún beneficio de tipo económico por los hallazgos que resulten del estudio.

Firma

Fecha

Anexo N° 2



Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina

Estimado participante, como estudiante del noveno ciclo de la carrera de Medicina Humana presento a usted la siguiente encuesta, cuya finalidad es recoger información acerca del Síndrome del cuidador, la cual nos servirá para el desarrollo del proyecto de investigación titulado: “Síndrome del Cuidador en los familiares de los adultos mayores de los centros de atención de la ciudad de Loja”; razón por la cual acudo a usted para solicitarle de la manera más comedida se digne a dar respuesta a las preguntas planteadas, considerando que el tiempo estimado para contestar la presente encuesta es de aproximadamente 30 minutos. Además, considero pertinente recordarle que la información proporcionada será incluida en el estudio y únicamente se utilizará con fines investigativos.

Agradezco su participación.

Información general

Del cuidador.

- Edad
- Género
 - Masculino ()
 - Femenino ()
- Parentesco con el adulto mayor
 - Esposo/a ()
 - Hijo/a ()
 - Nieto/a ()
 - Hermano/a ()
 - Otro ()
 - Especifique cuál

Del adulto mayor

- Edad
- Género
 - Masculino ()
 - Femenino ()

Índice de Barthel

El índice de Barthel, fue publicado en 1965 por Mahoney y Berthel, es utilizado para evaluar el grado de dependencia del adulto mayor teniendo en consideración las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), tales como: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras. A continuación se presenta la escala de Barthel, para su contestación usted deberá señalar la opción que se relacione que más se parezca a la situación actual del adulto mayor al que usted cuida.

ALIMENTACIÓN	- Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).	- 10
	- Necesita ayuda.	- 5
	- Necesita ser alimentado.	- 0
BAÑO	- Es capaz de bañarse solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.	- 5
	- Necesita cualquier ayuda.	- 0
VESTIDO	- Es INDEPENDIENTE: capaz de quitarse y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos.	- 10
	- NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.	- 5
	- DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.	- 0
ASEO	- INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla.	- 5
	- Necesita alguna ayuda.	- 0
USO DEL RETRETE	- Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.	- 10
	- NECESITA AYUDA para ir al baño, pero se limpia solo.	- 5
	- DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	- 0
DEFECACIÓN	- Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.	- 10
	- Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	- 5
	- INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.	- 0

MICCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. - Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. - INCONTINENTE 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 - 5 - 0
DEAMBULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. - NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. - INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - 15 - 10 - 5 - 0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. - NECESITA AYUDA física o verbal. - INCAPAZ de manejarse sin asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 - 5 - 0
TRANSFERENCIA (trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE. - NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). - NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. - Es INCAPAZ, no se mantiene sentado. 	<ul style="list-style-type: none"> - 15 - 10 - 5 - 0
TOTAL		

Escala de Zarit

A continuación se presenta la escala de Zarit, la cual consta de 22 ítems, se utiliza para valorar el grado de sobrecarga que presenta el cuidador de una persona dependiente; para dar respuesta a cada uno de los ítems se utiliza una escala del 0 al 4, considerando, lo siguiente: 1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = algunas veces, 4 = bastantes veces, 5 = casi siempre. Después de leer cada enunciado indique con una equis (X) con qué frecuencia se siente usted así ante las diferentes situaciones que se plantean.

N°	Ítem	Valor				
		1	2	3	4	5
1	¿Cree que el paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Cree que debido al tiempo que dedica al paciente no tiene					

	suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente usted agobiado entre tener que cuidar al paciente y tratar de cumplir con otras responsabilidades en su trabajo o el resto de la familia?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta del paciente?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca del paciente?					
6	¿Piensa que el paciente afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro le depara al paciente?					
8	¿Cree que el paciente depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca del paciente?					
10	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar al paciente?					
11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al paciente?					
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar al paciente?					
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido al paciente?					
14	¿Cree que el paciente parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?					
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar del paciente además de otros gastos?					
16	¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad del paciente?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado del paciente a otros?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con el paciente?					
20	¿Cree que debería hacer más por el paciente?					
21	¿Cree que podría cuidar mejor al paciente?					
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por cuidar al paciente?					
	Total					

Anexo N° 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCION CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0068 CCM-FSH-UNL

PARA: Karina Elizabeth Morocho Cevallos
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 23 de Agosto de 2017

ASUNTO: **APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS**

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo **se aprueba** su tema de trabajo de tesis denominado: **"SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA"**, por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán,
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo
NOT

Anexo N° 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0231 CCM-FSH-UNL

PARA: Karina Elizabeth Morocho Cevallos
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 7 de septiembre de 2017

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA**", de su autoría, que su tema es pertinente, de acuerdo al informe de la Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo

NOT

Anexo N° 5



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.023 CCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Patricio Aguirre Aguirre
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 7 de septiembre de 2017

ASUNTO: DESIGNAR DIRECTOR DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha designado como Director de tesis, tema, "**SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA**", autoría de la Srta. Karina Elizabeth Morocho Cevallos.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo
NOT

RECIBIDO

Anexo N° 6



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0235 CCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Tania García Córdova
PRESIDENTA DEL PATRONATO MUNICIPAL DE AMPARO SOCIAL

DE: Dra. Elvía Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 8 de septiembre de 2017

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Sra. Karina Elizabeth Morocho Cevallos**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para poder mantener una charla con los Adultos Mayores, del Centro Municipal del Adulto Mayor N°1, Encargados del centro y a través de los mismos poder aplicar encuestas a los familiares, información que le servirá para la realización de la tesis: titulada **"SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.



Atentamente,



Dra. Elvía Raquel Ruiz Bustán.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo
NOT



Anexo N° 7


PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL AUTORIZADO


Municipio de Loja

 DIRECCIÓN

 Patronato de Amparo Social Municipal

Memorando CPP-PASML-2017 - Nro. 0414
 Loja, 05 de octubre de 2017

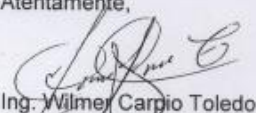
PARA: Lic. Azucena Bravo Mendieta
PRESIDENTA (E) DEL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL

ASUNTO: Informe - Autorización

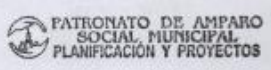
En atención la sumilla insertada en los Oficio Nro. 0235-CCM-FSH-UNL, de fecha 8 de septiembre de 2017, suscrito por la Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Directora de la Carrera de Medicina Humana de la UNL, la cual solicita autorización para que la Sra. Karina Elizabeth Morocho Cevallos, estudiante de dicha carrera a fin de que pueda realizar el levantamiento de encuestas a los Adultos Mayores del Centro Municipal del Adulto Mayor No. 1, que maneja el PASML, me permito sugerirle salvando su más ilustrado criterio se autorice dicha petición, en el marco del convenio firmado con la UNL.

Por su atención, me suscribo.


Atentamente,

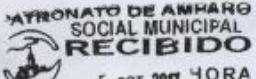

 Ing. Wilmer Cargio Toledo
COORDINADOR DE PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS PASML.

ANEXO: Oficio Nro. 0235-CCM-FSH-UNL
 Wilmer C/


PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS

RECIBIDO: Martín S
 FECHA: 5/10/2017
 HORA: 11:40 P


MUNICIPIO DE LOJA
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL
PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS
 LOJA - ECUADOR


PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL RECIBIDO
 FECHA: 05 OCT 2017 HORA: 9:31
RECEPCIÓN

Anexo N° 8



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0234 CCM-FSH-UNL

PARA: Reverendo Néstor Alcívar Chávez
Director del Centro del Día San José

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 8 de septiembre de 2017

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Sra. Karina Elizabeth Morocho Cevallos**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para poder mantener una charla con los Adultos Mayores, Encargados del centro y a través de los mismos poder aplicar encuestas a los familiares, información que le servirá para la realización de la tesis: titulada **"SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,


Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo
NOT



Elvia Ruiz Bustán
08-10-2017





**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**
Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés, del Resumen de Tesis titulada: "SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA", autoría de la Señorita Karina Elizabeth Morocho Cevallos, con número de cédula 1104979123, egresada en la Carrera de Medicina Humana, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 25 de junio de 2019

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.



Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

Loja: Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte
Catamayo: Av. 24 de Mayo 08 - 21 y Juan Montalvo Telfs. 2678442
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero Telfs. 2608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas Edificio "Coop. Sindicato de Choferes"

