

Universidad Nacional de Rosario.

Facultad de Ciencias Médicas.

Escuela de Enfermería.

**Proyecto de Tesina:**

Relación que existe entre el estrés y sexo de familiares cuidadores, con el grado de dependencia de pacientes de 18 a 65 años, internados en salas de clínica médica de un hospital público, desde marzo a agosto del año 2020, en la ciudad de Rosario.

Por:

Díaz Ferrari, Analia Lorena.

Director de Tesina:

Lic. Samamé, María del Carmen

Docente Asesor:

Dra. Simonetti, Graciela.

**Rosario, 26 de noviembre de 2019.**

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.*

## **Resumen:**

Con frecuencia los pacientes internados en hospitales públicos se encuentran acompañados por un familiar cuidador que permanece largo tiempo en el hospital, modificando ciertas actividades cotidianas. Es posible que este cambio ambiental sea percibido como una amenaza a su equilibrio y desencadene estrés según sexo del sujeto acompañante y grado de dependencia del paciente.

**Objetivo:** describir la relación que existe entre el estrés de los familiares cuidadores según sexo, con el grado de dependencia de pacientes de 18 a 65 años, internados en salas de clínica de un hospital público en Rosario, de marzo a agosto del año 2020.

**Tipo de estudio:** Se desarrollará una investigación de tipo cuantitativa, estudio prospectivo, de corte transversal, no experimental y descriptivo, de marzo a agosto del año 2020.

**Técnicas e Instrumentos:** Para medir la variable Grado de Dependencia, se empleará la técnica de observación y el instrumento será una lista de cotejo. En cuanto a la variable Estrés, será la entrevista la técnica seleccionada y el instrumento que se utilizará será un cuestionario auto-administrado. La variable sexo, será incluida en el encabezado de esta última.

**Población:** serán dos las poblaciones en estudio. La primera, compuesta por pacientes de 18 a 65 años, y la segunda por familiares cuidadores. En ambos casos las poblaciones serán consideradas en su totalidad.

**Plan de análisis:** Para procesar y analizar los resultados a través de estadísticas descriptivas, se utilizará el programa Epi Info y se representarán los mismos en gráficos tipo torta y tablas de doble entrada.

**Palabras claves:** familiar cuidador- estrés - sexo- paciente internado- grado de dependencia.

<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>Pág.</b>
<b>Resumen y Palabras Clave</b> -----	2
<b>Índice General</b> -----	3
<b>Introducción</b>	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte -----	4
Planteamiento del Problema en Estudio -----	9
Hipótesis y objetivos-----	10
<b>Marco Teórico</b> -----	11
<b>Material y Métodos</b>	
Tipo de estudio o diseño -----	32
Sitio o contexto de la investigación -----	32
Población y muestra -----	33
Técnicas e instrumentos de recolección de datos -----	34
Personal a cargo de la recolección de datos -----	41
Plan de análisis -----	41
Plan de trabajo y cronograma -----	42
<b>Anexos</b>	
I- Guía de estudio de convalidación de sitios -----	45
II- Instrumento de recolección de datos -----	46
III- Resultado del estudio exploratorio -----	57
IV- Resultado de la prueba piloto del instrumento -----	59
<b>Bibliografía</b> -----	61

## INTRODUCCIÓN

La internación de un sujeto enfermo modifica la vida cotidiana de todo el grupo familiar, en especial del cuidador, el cual se considera un recurso humano fundamental para la próspera evolución del paciente. Luego de un acontecimiento que desencadena el déficit de autocuidado del paciente, resulta necesaria la compañía y asistencia del familiar.

Según *Dorothea Orem*, el autocuidado es la capacidad de una persona para satisfacer sus necesidades y su cuidado, en tanto la "Teoría del déficit de Autocuidado" expresa una relación entre la demanda y la acción de autocuidado, en la cual la primera supera la capacidad para responder a ella, y es ante esta situación que aparece el familiar cuidador como "agente de cuidado" (1).

Contextualizando, el Accidente Cerebro Vascular, por ejemplo, tiene una elevada tasa de mortalidad, pero además constituye una de las primeras causas de discapacidad ya que el 50 % de los pacientes que sobreviven quedan severamente afectados para realizar sus actividades diarias y, si bien es una alteración frecuente en el adulto mayor, según Cursack (2), durante las últimas décadas se ha hecho más frecuente en el adulto maduro.

A su vez, tanto a nivel mundial como a nivel local los accidentes de tránsito constituyen una de las primeras causas de mortalidad, pero generan también gran número de hospitalizaciones (3). En nuestro país el 56% de las víctimas de accidente de tránsito son menores de 35 años (4). La Lesión Axonal Difusa por Traumatismo Cráneo Encefálico representa una de las causas más comunes de estado vegetativo persistente y de grave discapacidad, tanto en el adulto joven como en el adulto maduro (5).

Las lesiones por herida de arma de fuego y arma blanca han tenido también mayor prevalencia durante las últimas décadas (2). Su internación en sala de clínica con complejidad intermedia de un hospital público es de gran importancia, ya sea para tratamientos clínicos, paliativos o de rehabilitación y resulta de gran trascendencia y colaboración el acompañamiento de un familiar saludable, activo y participativo.

Por otra parte, algunas patologías o accidentes desencadenantes de situación de internación prolongada en los hospitales públicos de segundo nivel, se presentan cada vez en edades más tempranas (2) y por ende aumenta la cantidad de cuidadores informales, en general familiares, dentro de estos efectores; esta situación modifica las características clásicas de la cuidadora hija mujer, pudiendo ahora ser madres o padres de los pacientes, abuelas, abuelos, hermanas, hermanos o hijos de diferentes edades con multiplicidad de características particulares en sus vidas cotidianas.

La internación genera en el cuidador familiar importantes esfuerzos físicos, emocionales y psicológicos, sobrecargas de trabajo, priorizando el cuidado y posponiendo actividades personales, laborales, además de una discontinuidad en la economía y organización familiar, disminuyendo las horas de descanso y sueño, y modificando posiblemente los hábitos alimentarios.

Dichos cambios actúan como factores causales de estrés, y constituyen posiblemente desencadenantes para otros trastornos o patologías. El estrés es ocasionado por un cambio ambiental que la persona percibe como desafío o amenaza a su equilibrio, donde el sujeto afronta situaciones cambiantes y su objetivo es la adaptación y recuperación de capacidades para afrontar nuevas experiencias (6).

En México, en un hospital general de Silao, Guanajuato, entre los meses de julio y septiembre de 2014 se realizó un estudio descriptivo, transversal, con un muestreo por conveniencia el cual incluyó a adultos mayores y agentes de cuidado dependiente. En sus hallazgos los autores describen las características más encontradas en los cuidadores y concluyen que, en su población, el nivel de sobrecarga subjetiva es directamente proporcional al grado de dependencia del adulto mayor (7).

En la búsqueda de antecedentes se pudieron encontrar multiplicidad de artículos de investigación y estudios en los cuales se relacionaron diversas variables.

En primer lugar, un artículo publicado en México durante el año 2015 concluye que la frecuencia del síndrome de sobrecarga del cuidador ha sido alta en la población investigada, en relación con el número de horas de cuidado diario. Se consideraron a su vez variables edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad y parentesco. Esta investigación refleja, entre otros resultados,

que el 38 % de la población pasaba más de 12 horas al cuidado y que la frecuencia del síndrome de sobrecarga del cuidador fue del 48% de manera leve a intensa. Para ello se realizó un estudio descriptivo, transversal cuya población estuvo conformada por cuidadores principales de pacientes internados en una unidad geriátrica, considerando al envejecimiento como etapa que se asocia tanto con el deterioro psicofísico como con la dependencia (8).

Durante el año en curso se ha publicado una investigación llevada a cabo en Cuba, la cual consideró diagnosticar el estado del cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud, mediante la realización de un estudio observacional, descriptivo, transversal, y cuya población fue comprendida por cuidadores informales de adultos encamados (9).

Los resultados de este estudio indicaron que el 45,71 % de los cuidadores informales fueron de edades comprendidas entre 56 y 65 años, de los cuales el 100% fueron mujeres; en segundo lugar, y con el 37,14%, estuvieron los cuidadores de entre 46 y 55 años de edad, cuya generalidad, del 92,85%, fueron mujeres (hijas o conyugues de los pacientes) . El mayor porcentaje de cuidadoras fue integrado por hijas, seguido por conyugues. A su vez el artículo contempla que el 48,57% llevan en esa actividad entre uno y cinco años, seguido por el 40% que lleva menos de un año. El principal síntoma detectado fue la ansiedad, seguido de la agudización de otros problemas de salud propios en los cuidadores informales. El mayor porcentaje de las familias eran disfuncionales. En cuanto a la comunicación entre el cuidador y el paciente, el 28,57% mantuvo una mala comunicación. En relación a las actividades de cuidado, el 42,85% no demostraron habilidades técnicas y el 68,57% de esos cuidadores no habían recibido ningún tipo de preparación relacionada a tal efecto (9).

Dicha investigación concluyó en que es necesario planificar y ejecutar intervenciones que articulen la actividad del cuidador, la familia, el grupo básico de trabajo y la comunidad, a fin de perfeccionar el proceso de cuidado informal, a través de actuaciones interdisciplinarias (9).

Otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú, se dirigió a determinar la presencia de depresión y ansiedad en cuidadores primarios de pacientes pediátricos, cuya conclusión fue que la frecuencia de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de estos pacientes es mayor que en la población general (10).

En Montevideo, Uruguay, una investigación realizada tomó como población a personas mayores cuidadoras, analizó la sobrecarga de estos sujetos y la dimensión afectiva. El objetivo general de dicha investigación fue conocer las condiciones de salud de los cuidadores adultos mayores usuarios de subprograma APEX. Los objetivos específicos estuvieron dirigidos a identificar la frecuencia de adultos mayores cuidadores, la presencia de sobrecarga del cuidador y analizar factores de riesgo de sobrecarga en dicha población, así como describir también las características de las personas cuidadas (11).

Para dicho estudio se realizó una investigación de tipo cuali-cuantitativa, cuya muestra fue representada por 74 personas, el 76% fueron mujeres, en su mayoría adultos mayores. Las características detalladas en el estudio, tanto de los cuidadores como de las personas cuidadas, incluyen género, edad, ingresos económicos, motivo del cuidado, recreación, convivencia, apoyo para el cuidado y cantidad de sujetos a su cuidado (11).

En su análisis se llegó a la conclusión en este estudio de que el 29,7% de las personas mayores, principalmente de composición femenina, asisten a sujetos con dependencia transitoria o permanente, con un alto nivel de exigencia y se demuestra a su vez un vínculo co-dependiente entre el paciente y el cuidador. A partir de este análisis, se propone fomentar actividades tendientes a ampliar la capacitación del cuidador, promover su autocuidado y comprender las competencias de su rol (11).

Mientras que en un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en un servicio onco-hematológico pediátrico en Pinar del Rio, Cuba, entre los meses de mayo del año 2016 a enero de 2017, cuya muestra fue representada por cuarenta cuidadores, se demostró el estrés declarado en todos los casos, altos índices tanto de depresión como de ansiedad, como así también manifestaciones emocionales como miedo, irritabilidad y nerviosismo (12).

Estos resultados se diferencian ampliamente de los expuestos a partir de un estudio descriptivo, transversal, correlacional, explicativo que se realizó en México, en un centro de atención ambulatoria, durante el año 2014. En dicha investigación se estudiaron las variables sobrecarga del cuidador y síndrome de burnout, además de medir actividades paralelas y

condiciones en que se realizaba el cuidado, la cuales se midieron en cuidadores informales de ancianos, que, en su mayoría fueron mujeres de edad joven, casadas, con un nivel medio de educación, y han trabajado en el cuidado de ancianos durante uno a cinco años (13).

Los resultados arrojaron ausencia de sobrecarga y síndrome de burnout bajo en los participantes. De igual modo, y en consecuencia a ello, se planteó como propuesta la planificación de programas preventivos a fin de apoyar a los cuidadores y asegurar la correcta atención de los ancianos (13).

A partir de una investigación realizada en Cuba, se demostró la creciente necesidad de acompañantes para el cuidado de adultos mayores, relacionando ello al progresivo envejecimiento poblacional, midiendo en los primeros el nivel de sobrecarga según estado civil, parentesco, ocupación, escolaridad y apoyo social (14).

En este caso, la recolección de datos se realizó en una unidad geriátrica, arrojando que el 77,2% de la muestra fueron mujeres, 39,2% solteros, el 51% empleados, 47,5 % fueron hijos al cuidado, en su mayoría con nivel educativo universitario o pre-universitario, el 65,8% indicó que el apoyo social era inadecuado y un predominio de cuidadores con sobrecarga del 73,6%. Éstos, entre otros resultados, demostraron, según los autores, un alto nivel de sobrecarga de los cuidadores, el cual podría influir en la calidad de vida tanto del cuidador como del adulto mayor (14).

Durante el año 2018, en México se publicó un artículo correspondiente a una investigación realizada en Yucatán, la que evalúa la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con enfermedades neuromusculares, relacionándola con el índice depresivo y otras variables de interés para los autores (15).

A tal fin, se realizó un estudio correlacional, exploratorio, trasversal y prospectivo, y la muestra incluyó a familiares de pacientes que asistieron a un servicio de rehabilitación. En este caso los resultados arrojaron que el 11,11% presentaron sobrecarga intensa, mientras que el 83,3% no presentó sobrecarga. En cuanto al índice depresivo se encontró que respectivamente el 11,11% presentó depresión grave, mientras que el 16,7 % fue moderada, el 11,11% depresión leve y el 61,1% presentaron signos de altibajos emocionales. Se concluyó en la existencia de una correlación

positiva entre la sobrecarga y la depresión, es decir que a mayor sobrecarga, mayor es el índice de depresión es (15).

Considerando lo hasta aquí expuesto, es posible identificar que existen investigaciones en los últimos años que analizan en profundidad el síndrome de burnout y la sobrecarga en cuidadores formales o informales, mayormente de pacientes pediátricos y ancianos.

A diferencia de ello, es interés de la autora analizar la internación de pacientes adultos jóvenes o maduros, por considerarlos en edad productiva y transcurriendo una etapa tanto de crecimientos y afianzamientos personales, como de compromisos y responsabilidades familiares y sociales, describir su grado de dependencia y hallar relación con el estrés del familiar cuidador según sexo.

Este estudio se realizará en un establecimiento público, de gestión municipal, de segundo nivel de atención, en salas de internación clínica de adultos. Con el desarrollo de esta investigación, se pretende aportar antecedentes locales que se tengan en cuenta como base para contribuir a mejorar la salud de los familiares cuidadores, dándole a conocer a la institución los resultados para que pueda ésta pensar en posibles estrategias de intervención que se orienten a la promoción de la salud de las familias de los pacientes internados planificando un cuidado integral.

La importancia de esta investigación se basa justamente en analizar la repercusión que ejerce la situación de internación para los familiares cuidadores, la adaptación al ambiente hospitalario y por ende identificar aquellas situaciones a las cuales enfermería pueda dar respuesta, mediante una planificación estratégica y conjunta, y reconociendo en este acompañante a un ser biopsicosocial.

## **DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación que existe entre el estrés de los familiares cuidadores según sexo, con el grado de dependencia de pacientes de 18 a 65 años, internados en salas de clínica médica de un hospital público, desde marzo a agosto del año 2020, en la ciudad de Rosario?

## **HIPÓTESIS**

- \* El estrés en sus dimensiones físicas, temporales, sociales, psicológicas y laborales, será alto en los familiares cuidadores.
- \* El grado de dependencia de los pacientes internados, en cuanto a la realización de actividades de la vida diaria, tales como alimentación, aseo, uso del baño, traslado, deposiciones, micción, deambulación y uso de escaleras, afectará en el estrés de los familiares cuidadores.
- \* Los varones familiares cuidadores presentarán menores niveles de estrés que las cuidadoras mujeres.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación que existe entre el estrés de los familiares cuidadores según sexo, con el grado de dependencia de pacientes de 18 a 65 años, internados en salas de clínica médica de un hospital público, de marzo a agosto del año 2020, en la ciudad de Rosario.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- \*Describir el grado de dependencia de los pacientes internados en cuanto a la realización de actividades de la vida diaria, tales como alimentación, aseo, uso del baño, traslado, deposiciones, micción, deambulación y uso de escaleras.
- \*Clasificar a los familiares cuidadores según sea su sexo femenino o masculino.
- \*Identificar signos y síntomas de estrés según sexo de los familiares cuidadores, considerando perspectivas físicas, temporales, sociales, psicológicas y laborales.
- \*Determinar la relación entre las variables mencionadas.

## MARCO TEÓRICO

En Argentina se han implementado estrategias y políticas públicas para establecer y mantener la atención primaria como parte del sistema de salud, asegurando equidad, accesibilidad y cobertura a toda la población y adhiriendo así a las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) (16).

La Constitución Nacional garantiza la cobertura de salud a todos los habitantes del suelo argentino. Desde el año 2008 el Ministerio de Salud de la Nación implementa un modelo político de gestión para fortalecer el programa de APS a través de la creación y consolidación de redes provinciales de salud. El Programa Nacional Redes acompaña a las provincias en ello para mejorar los servicios de salud en diferentes territorios y realizar una coordinación integrada e integral considerando las particularidades de cada población de Argentina (16).

En las últimas décadas se incrementaron la cantidad de proyectos relacionados, lo que supone la ampliación de cobertura y accesibilidad pública exclusiva de los sujetos. A lo largo y ancho del territorio argentino más de 2200 efectores de salud se comunican mediante este programa, con los mecanismos de referencia y contra referencia (17).

La política provincial y municipal consolidó un modelo de gestión en red sanitaria acercándose a cada sector y garantizando así el acceso a la salud. El mismo está compuesto por hospitales y centros de atención, organizados y divididos en tres niveles de atención. Para su eficaz funcionamiento se requiere al mismo tiempo de otras redes especializadas para dar respuesta eficaz al ciudadano, como son la de emergencias y traslados, la de laboratorios, de medicamentos y de rehabilitación (16).

En cuanto a los niveles de atención, es el primer nivel el que representa el contacto cercano a la población y está integrado por efectores de salud sin internación. Los centros de salud constan de equipos de trabajo multidisciplinarios que realizan actividades de promoción, prevención, educación, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación, adaptando sus servicios a las necesidades de

la comunidad y contemplando tanto las particularidades como los determinantes sociales de salud de forma integral y completa (18).

Este nivel de atención favorece la accesibilidad al sistema y el seguimiento de salud del sujeto, familia y comunidad, articulando con los demás niveles de atención mediante la gestión de turnos y mecanismos de referencia y contra-referencia. Su organización caracterizada por equipos de salud interdisciplinarios, permite resolver la atención esencial, considerando las necesidades básicas, la prevención, promoción y rehabilitación de salud, está integrado por centros de salud barriales, sin internación (18).

El segundo nivel de atención permite la atención especializada y está comprendido por efectores de baja a mediana complejidad, hospitales con internación de clínica médica, consultorios externos y atención de demanda de guardia. Realiza acciones y prestaciones con énfasis en el apoyo ambulatorio, tratamientos terapéuticos y quirúrgicos, internación abreviada, estabilización del usuario ante la urgencia y emergencia, y rehabilitación. Mediante su equipo de salud e infraestructura se propone disminuir los ingresos a los hospitales que cuentan con mayor complejidad (18).

El tercer nivel de atención está conformado por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, cuya función es dar respuesta a las necesidades de la población en cuidados críticos e intermedios, atención especializada de profesionales, terapia intensiva, unidad coronaria, quirófano y diagnóstico por imágenes (18).

Esta investigación se desarrollará en salas de internación clínica de un efector público, de segundo nivel de atención. Si bien el mismo ha sido referente en el país para la asistencia de enfermedades infectocontagiosas, en los últimos años, además de ello, funcionan allí consultorios externos y servicios de internación de clínica médica, siendo uno de los principales receptores de la red pública de pacientes derivados de otras instituciones de tercer nivel, de unidades de terapia intensiva, coronaria y post quirúrgicos, por lo que recibe pacientes con diversos grados de dependencia, con secuelas por trastornos neurológicos, musculo esqueléticos, gastroenterológicos, entre otras patologías, como también pacientes que son remitidos desde un primer nivel internados

por numerosas causas, mayormente relacionadas con cuadros de salud mental, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental, n° 26657 (16).

Considerando que la experiencia de internación, es vivida de una manera única, individual y personal, tanto para el paciente, quien se encuentra vulnerable, como para su familia, quien cumple el apoyo indispensable ante dicha circunstancia, es el equipo de salud y particularmente, el profesional de enfermería, que participa activamente en la recuperación del paciente y en la promoción del bienestar del grupo familiar que lo acompaña.

Cada persona internada tiene su particularidad y puede realizar por sí mismo o no, diversas actividades diarias y de autocuidado. Se considera autocuidado al conjunto de actividades que realiza un sujeto por sus propios medios para mantenerse vivo y sano, propiciando el bienestar, desarrollo personal y regulación de sus funciones (19).

Como requisitos de autocuidado universales, *Dorothea Orem* propone el aporte suficiente de aire, de alimentos, de agua, el cuidado asociado a procesos de eliminación, el equilibrio entre soledad e interacción social, la prevención de peligros, el favorecimiento del bienestar humano, y la promoción del desarrollo humano y de grupos sociales, relacionado con las características esenciales, potenciales genéticas y constitucionales del ser (19).

Además de ello, las condiciones de autonomía e independencia resultan indispensables para desarrollar el autocuidado de manera eficaz.

La situación de dependencia no es una cualidad de una persona, sino una situación que afecta a la persona en un periodo determinado de su vida. Según Palacios, se debe tener en cuenta que no es correcto mencionar que hay personas dependientes o independientes, sino que cada sujeto puede ver afectada su independencia en mayor o menor grado durante un periodo determinado (20).

Existen diversos factores que suelen desencadenar la dependencia del paciente y ellos se pueden agrupar en factores psicológicos, contextuales o físicos.

Los factores físicos suelen estar asociados a dependencias producidas por el deterioro a partir de enfermedades musculo esqueléticas, limitaciones sensoriales, lesiones neurológicas graves que

producen deficiencias profundas o enfermedades mentales, efectos secundarios a partir del consumo de fármacos o sustancias psicoactivas, o patologías del organismo a causa del proceso de envejecimiento (21).

Dentro de los factores psicológicos, se pueden distinguir características de la personalidad, algunos trastornos mentales, como depresión, delirios, demencias, trastornos de ansiedad, y determinantes conductuales, vinculados a estilos de vida, aprendizaje, actividades y apoyo (21).

Los factores contextuales, por su parte, hacen referencia a las características de protésicas y arquitectónicas que pueden influir en el aumento o disminución de la dependencia, como también a la influencia de las relaciones interpersonales en el progreso del paciente (21).

Es así que se considera “dependencia” a la necesidad de ayuda o de asistencia para la realización de actividades de la vida cotidiana, o, más específicamente se define como:

“...un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”... (22) (Pág. 8).

Aquellas situaciones o Actividades de la Vida Diaria (A.V.D) que el paciente no puede afrontar o resolver por sus propios medios y para las cuales necesita de ayuda, ya sea técnica, personal o en función de promover y mejorar el rendimiento, pueden clasificarse, según Rogero-García, en tres tipos de A.V.D (23).

En primer lugar, las Actividades Básicas de la Vida Diaria (A.B.V.D), son aquellas que deben ser resueltas por el común de la sociedad, fundamentalmente incluye actividades de autocuidado, movilidad en el hogar y comunicación (23). En relación a ellas se pueden citar cuidados de salud, alimentación y nutrición, comunicación, deambulaci3n, movimiento y ejercicio, higiene, eliminaci3n vesical e intestinal, entre otras.

Por su parte y en segundo lugar, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (A.I.V.D) son las que requieren de mayor autonomía por parte del sujeto, como tareas organizativas del hogar

y movilidad dentro del mismo, por ejemplo, higiene y aseo de la casa, o resolución de situaciones familiares (23).

Por último, las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (A.A.V.D), comprenden situaciones de sociabilidad, roles familiares, laborales, recreación, ocio; ellas derivan de una mayor independencia y funcionalidad física (23).

La posición que se toma para el discernimiento del nivel de dependencia, se basa entonces en considerar el desempeño y la necesidad de asistencia de un sujeto para la realización de ciertas actividades. A partir de allí es posible realizar una clasificación en tres grupos constituidos por sujetos no dependientes o dependientes leves, sujetos con dependencia moderada y personas con grave dependencia. Se justifica de ésta manera la importante relación entre la dependencia, y la necesidad y el acto del cuidado (23).

A su vez, es posible diferenciar las actividades considerando a las BÁSICAS como fundamentales y esenciales para la vida, mientras que las INSTRUMENTALES son aquellas para las cuales se realiza alguna destreza que podría delegarse a otra persona, por lo cual no son actividades elementales, sino accesorias (24).

Otras características de importancia para destacar son la sencillez o simplicidad de las A.B.V.D, frente a la complejidad de las A.I.V.D. A su vez, es posible considerar a las primeras como personales, en cambio las segundas pueden considerarse sociales, públicas, colectivas o sin necesidad de mantenerlas en intimidad (24).

Por consiguiente, es permisible suponer a la vida como un constante desplazamiento de dependencia total a independencia total, que varía o fluctúa desde el nacimiento hasta la muerte. Dentro de las teorías enfermeras, Tomey cita a *Roper N. et al* (25) y menciona doce actividades de la vida a realizar diariamente. Ellas son comunicación, respiración, comida y bebida, eliminación, limpieza personal y vestimenta, control de la temperatura corporal, mantenimiento de un entorno seguro, movilización, trabajo y ocio, sexualidad, sueño y muerte. A su vez, hay cinco grupos de factores que influyen en la posibilidad de realizar dichas actividades de la vida, que condicionan el

continuo dependencia/independencia; son biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político/económicos.

Enfermería mantiene una relación interpersonal tanto con el familiar cuidador como con el paciente, intentando construir un vínculo que les permita ayudar a satisfacer aquellas necesidades de la vida diaria para las cuales el sujeto internado no ha logrado aún su independencia. Por su parte, **Orem** sugiere la implementación de una teoría que, indirectamente, se relaciona a ello, la teoría del déficit de autocuidado, comprendida a su vez por otras tres teorías, la teoría del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas enfermeros (19).

El déficit de autocuidado, según **Orem**, se presenta ante una relación desigual entre la demanda de autocuidado y el acto de autocuidado realizado por el sujeto, en donde el autocuidado es menor a la demanda, por lo cual se genera un desequilibrio de salud negativo, que a su vez aumenta para la persona enferma (19).

La teoría de los sistemas enfermeros consiste en la planificación estratégica del cuidado para aquellas personas con déficit de autocuidado. A tal fin se proponen tres sistemas posibles a aplicar. En primer lugar, el *Sistema de apoyo educativo* donde el paciente cumple con su autocuidado y la enfermera regula y acompaña en este proceso. En segundo lugar, el *Sistema parcialmente compensador* en el que la enfermera y el paciente realizan actividades conjuntas, el paciente desempeña algunas medidas de autocuidado y acepta la ayuda de la enfermera, por su parte, la enfermera compensa las limitaciones del paciente mediante la acción del cuidado. Por último, el *Sistema totalmente compensador*, es aquel en el cual la enfermera cumple con el cuidado terapéutico del sujeto, compensa las incapacidades del paciente realizando los cuidados pertinentes, da apoyo y protección al paciente (19).

Es dentro de la salud pública local que, en la práctica, la implementación de la teoría de los sistemas se percibe generalmente en una relación grupal que se genera entre el enfermero y el familiar cuidador, para atender y compensar las necesidades insatisfechas del sujeto. A su vez, a partir del rol que cumple el familiar cuidador durante la internación, puede ver modificado su ritmo

habitual, ocasionando en él trastornos del sueño, sensación de encierro o preocupación desmedida, entre otras situaciones posibles.

En este sentido, el profesional de enfermería cumple un rol esencial y de gran importancia, en el cual se consideran varios aspectos. Por un lado intenta compensar las limitaciones y favorecer la independencia del paciente, mientras que realiza apoyo educativo y emocional tanto al paciente como al familiar cuidador, considerando para ello las características particulares de cada sujeto de atención y familiar, como pueden ser edad, sexo, situación laboral, estado conyugal y paternidad, entre otros.

En lo relativo a la edad del paciente, es posible suponer que la misma tiende a modificar la percepción del familiar en cuanto a la situación de internación, ya sea por el rol incumplido por el paciente en ausencia del hogar, como por el tiempo que le dista al mismo de la esperanza de vida percibida por su entorno.

En relación a los grupos etarios, la Universidad Nacional de Rosario (U.N.R), en su clasificación considera adultos jóvenes a aquellos sujetos de entre 18 a 35 años y adultos maduros a los comprendidos entre 35 y 65 años. A su vez, esto supone de gran importancia al adulto joven y maduro en sus roles o papeles tanto sociales como familiares (26).

El adulto joven puede caracterizarse por su perseverancia para encontrar, desarrollar, ampliar y fortalecer su identidad en más de un rol como individuo y en su interacción con la sociedad. Por su parte, el adulto maduro, transita la etapa llamada “lo mejor de la vida”, según Ignatavicius (26), disfrutando de sus logros laborales, sociales, profesionales, personales y familiares, con madurez para afrontar ciertas dificultades.

Entre las teorías de desarrollo del adulto, las sociológicas, por ejemplo, consideran al sujeto en un proceso por el cual se adquieren múltiples posicionamientos y estrategias de acomodación ante los diversos roles a asumir, la pérdida de los mismos y la adaptación a esos cambios (26).

La socialización de papeles o roles es un proceso de aprendizaje acumulativo y continuo, incluye habilidades verbales, competencia interpersonal, desarrollo del concepto de uno mismo, motivación, valores, costumbres y normas (26).

En efecto, dicho proceso comienza en la infancia y se extiende en las diferentes etapas de la vida, estableciendo las bases para las responsabilidades y actividades del adulto, en tanto el individuo progresa de papeles y responsabilidades en forma ascendente hasta la siguiente etapa. Este progreso que persiste hasta la edad adulta, se detiene a su vez en el adulto mayor y esto está relacionado a la pérdida de ciertas responsabilidades o derivación de las mismas, como también discontinuidad laboral y social (26).

Como menciona Ignatavicius, Havighurst sostiene que las tareas del desarrollo en la *Etapa del adulto joven* incluyen selección de pareja, aprendizaje de responsabilidades de convivencia y familia, crianza de hijos, inicios de una profesión u oficio, responsabilidades cívicas, descubrimiento de grupos sociales propios y compatibles (26).

En cuanto a la *Etapa del Adulto Maduro*, las tareas incluyen asunción de responsabilidades cívicas y sociales, establecimiento y conservación del estándar económico de vida, desarrollo de actividades de tiempo libre, acompañamiento a los hijos en su desarrollo, aceptar cambios fisiológicos de la edad, ayudar y acompañar a los padres adultos mayores (26).

Desde otra perspectiva, Ignatavicius afirma que Erikson aporta un análisis de estadios psicosociales, donde la intimidad del adulto joven prevalece ante el aislamiento del adolescente, y la generatividad del adulto maduro toma un rol preponderante frente al estancamiento de los otros estadios (26).

Por su parte, según Ignatavicius, Peck alude algunas tareas de desarrollo en el adulto maduro en comparación con el adulto joven, como superación de la sabiduría por sobre la fuerza física, la socialización por sobre la sexualidad en respecto a las relaciones humanas, la flexibilidad de la libido, la agilidad mental por sobre la rigidez mental (26).

Es posible entonces suponer, a partir de las diferencias expuestas y como se mencionó anteriormente, que la edad del paciente condiciona la percepción del familiar en cuanto a la situación de internación. Los roles fundamentales que ocupan el adulto joven o el maduro, resultan constitutivos e indivisibles de la sociedad, por lo que el déficit de su cumplimiento provoca indudablemente una ruptura organizacional y estructural en la familia.

Así es que, con respecto al paciente, sea adulto joven o maduro, es de merecer recordar que se considera un ser biopsicosocial, lo que sugiere una interrelación indispensable para la salud, entre una dimensión física, una psicológica y una social. Es por ello que resulta necesaria una visión amplia que reconsidere, no únicamente al paciente como sujeto de atención, si no, a su vez, inserto en una comunidad determinada que incluya a aquellos integrantes de la familia que conformen su grupo de referencia.

La familia es una unidad en que, según Smilkstein (27), sus integrantes tienen el compromiso de “nutrirse”, emocional y físicamente, para lo cual comparten tiempo, dinero y espacios, generalmente en un sitio con “sensación de hogar”.

Para el abordaje de la familia, la U.N.R expone el modelo el cuidado integral mediante la implementación de un plan curativo, promocional y preventivo, abordando datos del paciente, familia y comunidad, y profundizando en el análisis físico, social y psicológico (27).

Una familia con buena salud es aquella cuyos miembros la perciben con apoyo y recursos suficientes para el desarrollo, crecimiento y sustento de todos los integrantes, en diversas situaciones que se presenten. La percepción de una situación determinada, puede variar en cada integrante de la familia y, por ende, su significancia (27).

El equilibrio familiar es mantenido a través de sus propios recursos, pudiendo ser sociales, económicos, culturales, religiosos, educacionales, ambientales y tecnológicos. Ante la aparición de dificultades, es indispensable la interacción con estos recursos, anteriores y nuevos, y, si de no ser los adecuados, se puede desencadenar una mala adaptación o un desequilibrio patológico con cierto grado de estrés que conlleve a un desequilibrio terminal (27).

La enfermedad de un miembro de la familia desencadena un problema que afecta a todo el núcleo familiar. Los roles y responsabilidades contraídas con antelación por la persona que enferma son asumidos por otro integrante, provocando cambios en la familia y en las tareas cotidianas, sumando responsabilidades y preocupaciones, y restando a su vez tiempo o motivación para la realización de otras actividades. Ese panorama provoca incertidumbre y ansiedad tanto en el cuidador como en el resto del grupo familiar (28).

Se considera que las familias con fluida comunicación previa a la situación de enfermedad y hospitalización, suelen tener mejor adaptación, organización y ser más flexibles ante cambios de situación, considerando que a partir de ello surgen múltiples y nuevas actividades (28).

Es necesario tener en cuenta que existe una diversidad de factores que pueden determinar el impacto de la situación de hospitalización en la familia, como ser la naturaleza de la enfermedad, el tiempo de duración de la misma, los efectos o discapacidad residual y el impacto económico que esto conlleve, entre otros (28).

A su vez, los tiempos de internación de los pacientes son muy variados y pueden modificar los planes personales de cada miembro de la familia, la coordinación con otras actividades programadas y hasta cambios o pérdidas de fuentes de trabajo, agravando aún más la situación.

A consecuencia de ello, para algunos familiares la situación de internación puede ser muy incómoda o un inconveniente, ya sea porque ayudar al paciente toma demasiado tiempo y esfuerzo físico para la realización de actividades directas relacionadas a suplir las A.B.V.D, o en actividades indirectas, como podrían ser las relacionadas con A.I.V.D y que el familiar debe cubrir a partir de la imposibilidad del paciente, como el recorrer grandes distancias para acudir al efector o para la resolución de trámites imprevistos, los que generan además tiempos y gastos económicos imprevistos, pudiendo generar una carga o complicación económica.

La recolección de datos puede favorecer la identificación de fortalezas y debilidades, lo que contribuye en planificar objetivos visibles tanto durante la internación como al momento de la reinserción del enfermo a su hogar. Así mismo, el equipo interdisciplinario de salud puede crear

medios que ayuden a reestablecer el funcionamiento del grupo, durante el tiempo que lleve la enfermedad y la recuperación (28).

Por su parte, enfermería puede brindar información, apoyo y contención, involucrando a todo el grupo en el proceso, para que, tanto el paciente como el grupo familiar, comprendan la patología y su tratamiento (28).

El acompañamiento del equipo de salud resulta de gran ayuda para todo el grupo familiar que transita un periodo de cambios constantes, que actúan como estresores, resultando indispensable una adaptación ágil y eficaz, ya que la enfermedad puede provocar intranquilidad en el familiar cuidador, además de malestar por algún comportamiento particular del paciente y dificultad para asimilar los cambios en la personalidad, en el aspecto físico o en el desempeño del paciente.

Si bien existe multiplicidad de teorías que desarrollan el estrés, es de interés de ésta investigación el de considerarlo como un estado ocasionado por un cambio ambiental que la persona percibe como un desafío, una amenaza o daño a su equilibrio, un desequilibrio real o percibido ante la incapacidad de la persona para enfrentar las demandas de la situación (6).

El cambio o estímulo que provoca dicho estado es el factor que causa estrés, o estresor, el cual es versátil, es decir que una condición que provoca estrés en un sujeto o momento determinado podría no provocar estrés en otro sujeto o en otro momento. Ante esta situación, cada individuo afronta situaciones cambiantes y el objetivo es la adaptación (6).

Según la Real Academia Española (R.A.E), estrés es una tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos, a veces graves (29).

Paralelamente, el concepto de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) manifiesta que “la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y espiritual, y no solamente ausencia de enfermedad” (30).

La salud mental es parte integral de la salud, no solo ausencia de trastornos o discapacidades mentales, es fundamental para el desarrollo personal y la interacción con la comunidad. Está determinada por factores socioeconómicos, biológicos, medioambientales y psicológicos. A su vez

la falta de salud mental se asocia tanto con factores estresantes como con la vulnerabilidad de un sujeto a contraerla (30).

Al mencionar la vulnerabilidad, es posible analizar varias aristas de la misma. Desde una perspectiva, vulnerabilidad implica fragilidad ante una situación que conlleva un daño, se asocia con la posibilidad de sufrir, con dolor o aflicción (31).

También se puede interpretar vulnerabilidad como la pérdida de una posición de dominio o el surgimiento de un poder debilitado, ante lo cual la persona es susceptible a ser dañada en su autonomía dignidad o integridad, ya sea física, mental o moral (31).

Además la vulnerabilidad está vinculada con ciertas condiciones especiales, pudiendo estar asociada a causas ambientales, económicas, la estigmatización de clases sociales o de ciertos grupos de pertenencia (31).

Por definición, vulnerabilidad es la exposición a contingencias y tensiones, y la dificultad para enfrentarse a ellas. Por lo tanto esta definición abarca la exposición al riesgo, la capacidad de enfrentarlo y el potencial de cada individuo para sobreponerse al escenario (31).

Así mismo, es posible analizar el término desde una perspectiva más flexible, relacionada a las circunstancias, a la situación y al contexto que se está observando, evitando así el decretar como frágil a una persona solamente por el hecho de pertenecer al grupo, prescindiendo de una vulnerabilidad como una condición permanente y categórica (32).

Es por ello y en lo que respecta situación del familiar cuidador, es permisible reconocer que, frente al contexto que abarca un ambiente diferente, la situación de enfermedad y de internación, con posibles factores agravantes, sean ellos económicos, laborales o físicos, entre otros, se puede suponer que el mismo posee múltiples condiciones que afectan su vulnerabilidad. Sin embargo es la recolección de datos frente a cada grupo familiar, el análisis de los mismos y la interpretación desde el posicionamiento empático de enfermería, lo que impide recaer en supuestos erróneos.

Por otra parte y como se mencionó anteriormente, es posible asociar al estrés con la pérdida paulatina de salud mental ante el surgimiento de estímulos estresantes. Así también el estímulo es

posible considerarlo estresante tanto de carácter positivo como negativo, teniendo en cuenta que lo trascendente es el cambio que conlleva en la vida cotidiana de la persona a partir de su aparición (33).

El estrés como estímulo extremo es un estado de tensión generalizada la cual es activada a partir de un suceso ambiental que provoca una respuesta física o psíquica del organismo. Se corrobora a partir de las evidencias, la participación de tres componentes en este suceso, como ser un estímulo, un sistema de procesamiento y una respuesta que se desencadena a partir de ello. Al analizar los estímulos, algunas teorías sugieren su clasificación en estresores psicológicos-sociales y biofísicos (33).

Los estímulos psicológicos y sociales están condicionados por el significado que le otorga el sujeto, la interpretación que le atribuye el sujeto a estos episodios, ya sean los mismos de naturaleza física, relacional, interpersonal, procesos internos personales, subjetivos o psicológicos. El segundo caso sugiere que son elementos externos y ajenos al sujeto, entre los cuales es posible mencionar contaminación, calor o frío, ruido, esfuerzo físico excesivo, ayuno, consumo de sustancias psicoactivas, padecimiento de trastornos o patologías (33).

Según su duración, los estresores pueden clasificarse como estímulos estresantes agudos (aquellos que suceden en un tiempo limitado de tiempo, por ejemplo, citan un examen); una secuencia de estímulos estresantes (pueden acontecerse a partir de un estímulo inicial, por ejemplo, una mudanza a otra ciudad); estímulos estresantes intermitentes o crónicos (por ejemplo discusiones familiares), o estímulos estresantes crónicos (como puede ser una incapacidad permanente) (33).

Otra clasificación de estresores se basa en la calidad de los acontecimientos. En este caso detallan cambios importantes que afectan a gran número de personas, cambios importantes que afectan a una persona o a su núcleo íntimo, y por último los contratiempos diarios (33).

En otro aspecto, según la cantidad de presentaciones de sucesos estresantes, es posible agotar la capacidad de adaptación del organismo, ya que al ocurrir reiterados estímulos positivos o negativos, se facilita la susceptibilidad a la enfermedad física o psicológica (33).

De igual modo, según Oblitas, Lazarus y Folkman exponen que el estrés es producido al acontecerse una perturbación entre la persona y el ambiente, la cual el sujeto percibe como una amenaza a su equilibrio, considerando sus recursos insuficientes para la adaptación (33).

A partir de ello, manifiesta Roskies, comienza un esfuerzo por parte del individuo en post de modificar esa situación, iniciando un proceso evolutivo que implica evaluaciones y reevaluaciones por parte del sujeto. De esta manera, se agrega al factor inicial estresante, aquello que la persona considera como esfuerzo para su superación o no, y determinar si se ha salido de la situación más fortalecido, teniendo en cuenta que las técnicas de afrontamiento varían frente a cada estímulo, situación, momento y sujeto determinado (33).

Como se señaló previamente, el estrés incide en la salud física y mental del sujeto, provoca angustia, preocupaciones y puede derivar en otros trastornos. Se pueden considerar diversos enfoques, entre ellos, el psicológico, se centra en los factores externos que provocan estrés. En cambio el enfoque fisiológico/ bioquímico que se centra en las repuestas orgánicas que se producen en el sujeto cuando afronta un evento estresante. El enfoque cognitivo se relaciona con la evaluación que realiza la persona respecto a la situación, mientras que existen enfoques integradores que consideran el estrés como resultado del interjuego de diversas causas (33).

Por su parte, Navas, citado por Navarro-Pereyra, adhiere a este último enfoque, exponiendo que el sujeto no es una víctima pasiva, si no, por el contrario, se considera en interacción con el medio, con la participación de un estímulo interno o externo, y es a partir de esa interacción que la persona ejecuta una respuesta para mantener su equilibrio interno y en relación con el medio (34).

Según Selye, mencionado por Navarro Pereira (34), el estado de estrés excesivo y prolongado puede conducir a angustia, a “distrés”, en tanto se considera “eutrés” al estado en el cual la excitación se relaciona con claridad mental y estado físico óptimo. En este último caso, generalmente las respuestas de adaptación se resuelven con prontitud ya que el cuerpo las asimila en asociación con un hecho agradable. En cambio, el primer caso se asocia con hechos desagradables, contradicción interna, enfermedades, hechos desalentadores y desagradables.

A su vez, Selye conceptualiza el estrés como una respuesta inespecífica a un estímulo, sea este positivo o negativo, que desencadena a partir de allí una respuesta biológica y hormonal por parte de la persona, y sugiere, a su vez, que la misma es indispensable para la vida en su medida justa, ya que demasiado estrés o ausencia de él desencadena un desequilibrio para el organismo (34).

Melgosa, citado por Navarro Pereira (34), teoriza tres fases de estrés. La inicial, o *Fase de alarma* incluye la respuesta fisiológica inicial posterior al hecho desequilibrante. Esta fase puede resolverse y transcurrir de manera silente. En el caso que la barrera estresante supere a la persona, la misma se considera con fuerzas insuficientes, tomando conciencia y materializando la situación.

En la *Fase de resistencia* el sujeto hace sus intentos por superar la situación. Pero de no lograrlo, se frustra y sufre, disminuyendo su fuerza y rendimiento. La no resolución del hecho desencadenante, acarrea consigo el posible aumento de la ansiedad por temor al fracaso (34).

En tanto, la *Fase de agotamiento* puede incluir fatiga (estado que incluye cansancio, alteraciones del sueño, irritabilidad, nerviosismo, tensión, ira), ansiedad (tanto ante el hecho estresante como ante otras situaciones, intolerancia), y depresión (lo que incluye sentimientos negativos, displacer, desmotivación y pesimismo). Estos sucesos pueden presentarse de manera intermitente o simultánea (34).

Con respecto a las respuestas al estrés, se consideran tres categorías. La *Categoría de pensamientos o ideas, en el área cognitiva* responde con pérdida de atención, desconcentración, disminución de memoria a corto y largo plazo, resoluciones erráticas e impredecibles, desorganización, desconfianza de sí mismo (34).

En lo relativo a la *Categoría de Sentimientos y Emociones, dentro del área emotiva*, se demuestra impaciencia, intolerancia, autoritarismo, egoísmo, dificultad para mantenerse relajado, sentimientos de inferioridad e incapacidad, hipocondría, frustración; en esta categoría el autor considera la ansiedad en exceso y la depresión, con pérdida total de la autoestima, como las consecuencias más riesgosas (34).

En tanto, dentro de la *Categoría de Actitudes y Comportamientos, dentro del área conductual*, es factible encontrar inconvenientes de oratoria en público, desinterés de pasatiempos cotidianos, ausentismo laboral/escolar, consumo de sustancias psicoactivas, tendencia a culpar a los demás de percances propios, cambios en la conducta, irritabilidad, en extremo, ideas suicidas. En algunos casos de estrés, se presenta aumento de memoria, percepción, razonamiento por tiempo leve, pero al continuar la tensión disminuyen las capacidades cognitivas, memoria y concentración, surge la aparición de enfermedades psicosomáticas (34).

Según Navarro Pereira (34), Neidhardt et al presentan otra clasificación de respuestas ante el estrés, la cual se relaciona directamente con la anterior. Las *Respuestas Físicas* donde demuestran síntomas como taquicardia, diaforesis, dolor abdominal, tensión muscular, taquipnea e inquietud, entre otras. El cerebro envía la información a la glándula pituitaria, secretando cortisol e induce a otras glándulas a participar en la producción de adrenalina. Con la presencia de dichos síntomas, los que permanecen por un periodo reducido, el sujeto se pone al tanto de que está preparado para enfrentar físicamente la situación.

Estas señales de alarma, explica Melgosa, citado por Navarro Pereira, son transmitidas al hipotálamo, y de allí al resto del organismo, por vía nerviosa o sanguínea. Se desarrolla una cascada de acontecimientos donde participan glándulas suprarrenales, aumento de adrenalina y noradrenalina, corticotropina, generada por el hipotálamo, y esto actúa a su vez sobre testículos y ovarios (34).

Dentro de las *Respuestas Psíquicas*, los síntomas esperables están conformados por dificultad para concentrarse, para tomar decisiones, para dormir, desconfianza en sí mismo, irritabilidad, ansiedad, preocupación, temor o pánico, depresión, exaltación, ira. Estos sentimientos reprimidos y no manifestados aumentan el nivel de estrés (34).

En tanto, en las *Respuestas Conductuales*, es posible valorar signos y síntomas como distracción, vulnerabilidad ante accidentes, tics nerviosos, aumento o disminución de la ingesta, consumo de sustancias psicoactivas, agresividad, impulsividad (34).

Por otra parte, hay que considerar además la posibilidad de existencia de otros factores que determinan la multiplicidad de recursos de adaptación, por ejemplo y según Mingote (35):

... “Hay más mujeres que hombres que sufren los efectos del estrés, aunque disponen a su favor de un repertorio más amplio de estrategias de afrontamiento”... (35)(Pág. 13).

En este sentido, Mingote expone un análisis diferenciando las estrategias de adaptación más comunes que implementan hombres o mujeres ante el surgimiento de síntomas de estrés:

... “En general, los varones utilizan estrategias orientadas sobre todo a la resolución de los problemas reales que han generado estrés, mientras que las mujeres tratan de reducir sus efectos nocivos mediante estrategias emocionales tales como la resignación y la búsqueda de apoyo social, como reflejo de las diferencias de género en cuanto a poder social y económico”... (35)(Pág. 13).

Estas diferencias tienden a disminuir o desaparecer, según Mingote, cuando mujeres y hombres tienen las mismas oportunidades reales de progreso y desarrollo profesional (35).

Por su parte y considerando la disciplina de enfermería, Moore-Schaefer (36) manifiesta que *Levine* define...“la adaptación como un proceso de cambio, mediante el cual el individuo se ajusta o acomoda a su entorno externo e interno para permanecer integro” (Pág. 229)... La conservación es el resultado y consiste en la manera de mantener al organismo en funcionamiento, aun ante situaciones desfavorables.

Según dicha teórica de enfermería, todos los individuos se interrelacionan en un entorno interno y uno externo, incluyendo en este último tres niveles. El *nivel operacional* comprendido por aquellos factores que afectan al individuo físicamente. El *conceptual*, se refiere a patrones culturales, espirituales, pensamiento, historia y lenguaje. El *nivel perceptivo*, comprende aquellas características que el sujeto es capaz de detectar con sus sentidos (36).

La respuesta del organismo es la capacidad del individuo a adaptarse a las condiciones de su entorno y puede dividirse en cuatro etapas. La etapa de *Lucha o vuelo* donde la hospitalización, enfermedad u otras situaciones del entorno desencadenan que el sujeto se sienta amenazado y

comience una etapa de alerta con el fin de propiciar su seguridad y bienestar. La *Respuesta inflamatoria* como mecanismo de defensa del sujeto ante las amenazas del exterior. Aunque dura poco tiempo, consume gran parte de las energías del individuo. La *Respuesta del estrés* donde el desgaste de la vida se acumula en los tejidos, provocando respuestas hormonales, susceptibles de favorecer cambios estructurales, irreversibles y que afectan también al cuidado enfermero. El *Conocimiento perceptivo* que se produce en presencia de la comprensión de la situación y la vinculación con el entorno, a través de la cual el sujeto se siente seguro (36).

Es así que la conservación pretende equilibrar el abastecimiento de energía con la demanda requerida y, ante esta situación, enfermería interviene con habilidades y fundamentos científicos intentando mantener la homeostasis del individuo y fomentando su adaptación a la situación (36).

El principio de conservación expuesto por *Levine*, incluye cuatro componentes. Un componente a considerar es la *Conservación de la Energía*, en el que el sujeto requiere renovar su energía y mantenerla en equilibrio para el adecuado y eficaz funcionamiento de sus funciones vitales (36).

Otro componente es la *Conservación de la Integridad Estructural*, se refiere al proceso de restablecimiento estructural y funcional, en el cual el equipo enfermero participa reconociendo estos cambios y realizando aportes que los favorezcan (36).

La *Conservación Integral de la Persona*, otro componente expuesto por dicha teórica, es en el cual participan la autovaloración, identidad, vulnerabilidad, ansiedad y ruptura de la intimidad; la enfermera debe acompañar, dar fuerzas y favorecer la intimidad e identidad del individuo.

Por último, la *Conservación de la Identidad Social*, es una etapa donde la enfermera participa apoyando y reconociendo a las comunidades sociales, religiosas, culturales y relaciones interpersonales como significantes para la vida (36).

Si el sujeto se siente con las características y herramientas necesarias para enfrentar los factores estresantes, aumenta su autoestima y auto-concepto, por lo que se genera un ciclo de retroalimentación positiva. En cambio si no se considera con las aptitudes necesarias para enfrentar

el estrés, la persona suele sentirse abrumada e impotente, con sensaciones de angustia o depresión. Cuando ésta última situación permanece por largo tiempo, se suscita una crisis (37).

Es posible decir que el concepto de crisis se asocia a cambios, mutación, ruptura y discontinuidad, con momentos decisivos y de consecuencias importantes, oportunidad o riesgo. A su vez la crisis involucra estímulos imposibles de resolver con técnicas previas. Las crisis se caracterizan por su limitación temporal, es decir que se resuelven en un periodo de tiempo, hacia la salud o hacia la enfermedad (38).

Dentro de la clasificación de crisis, las que corresponden al momento de internación son las llamadas “accidentales o situacionales”. Las mismas se consideran las más serias por ser impredecibles, no panificadas e inesperadas (38).

Existen diferentes factores que determinan el valor de la crisis y están relacionados con la causa del hecho tensionante o superposición de los mismos, tipo de enfermedad, pronóstico, incapacidad resultante, tratamiento e ideología familiar relacionada a la patología (38).

Otro factor determinante para el monto de la crisis es la dinámica de la familia. En este sentido se puede considerar el tipo de relación que hay entre sus integrantes, como también la rigidez o plasticidad en la acción y resolución de situaciones (38).

En el caso de enfermedad de un miembro de la familia, la crisis se manifiesta en una “primera fase” o etapa de desorganización, al modificar el habitual funcionamiento familiar. Una “segunda fase” o etapa de recuperación, la que se evidencia cuando la familia intenta una participación más activa. Finalmente se presenta una “tercera fase” o etapa de reorganización, en donde el tipo de reorganización dependerá del tipo de enfermedad o suceso, invalidez o consecuencias, así como de la dinámica particular de cada grupo familiar. A partir de esta situación, el grupo familiar puede consolidar las tareas iniciales o es factible que se generen nuevos roles para cada integrante (38).

Según Kaplan, citado por Fiorini, existen dos caminos de la crisis, el normal y el patológico. En la crisis normal los pensamientos del sujeto son confusos, con cierto grado de angustia o

depresión, mientras que, después de un periodo prudencial culturalmente aceptado, el sujeto busca y encuentra alguna respuesta para la resolución del conflicto, generándose a partir de allí, cambios internos y conductuales que favorecen la resolución positiva de la crisis (39).

Contrariamente a ello, el no encuentro de respuestas y resolución a los conflictos pone en marcha una serie de circuitos retroalimentadores que incrementan la crisis generando la sensación de impotencia psíquica y nuevas reacciones patológicas. La crisis patológica debe considerarse una situación de riesgo extremo que el entorno debe detectar ya que quien la padece ya no la reconoce ni puede actuar en consecuencia (39).

Es por ello que debe considerarse la salud como determinada por el entorno social y la capacidad del sujeto a aprovechar sus recursos manteniendo su identidad y autovaloración. La persona es un ser holístico que requiere de libertad de movimiento y de acción (36).

Para la O.M.S, la promoción de salud mental, consiste en propiciar a los sujetos las condiciones que favorezcan correctos modos de vida, un ambiente de respeto y protección de derechos civiles, políticos y socioculturales; con el apoyo de políticas públicas y programas que aborden esta temática (30).

A su vez, *Neuman* analiza el comportamiento de la persona frente a la aparición de elementos estresantes y define, a partir de ello, a la enfermedad como un estado de inestabilidad y gasto de energía que se produce cuando no se satisfacen las necesidades. Su propuesta consiste en la intervención por parte de enfermería, promoviendo la prevención en tres niveles de prevención (40).

La *prevención primaria* se ejecuta ante la sospecha de la existencia de elementos estresantes, de los cuales se conoce el riesgo pero aún no se ha producido una reacción. La *prevención secundaria* conformada por el conjunto de estrategias y cuidados de enfermería orientados a reforzar las capacidades y la resistencia del sujeto, amortizando la reacción, una vez manifestados los síntomas de estrés. La *prevención terciaria* pretende recuperar la estabilidad y evitar la regresión a la anterior etapa (40).

Para ello resulta necesario fortalecer el vínculo enfermero paciente/familiar mediante el reconocimiento de una relación que se fortalezca durante los días de internación mediante espacios compartidos y procesos de comunicación, el cual facilite el reconocimiento de los elementos estresantes en la población de cuidado.

Es por ello que se considera indispensable el afianzamiento de algunos elementos que favorecen al vínculo, como la capacidad de “apego”, relacionada a la idoneidad para establecer sentimientos de confianza y seguridad; la “empatía” en tanto se procure el conocimiento del otro, el poder reconocer y comprender los sentimientos del sujeto ante determinada situación; como también la capacidad de “continencia” al poder ser depositario de las ansiedades o angustias, respetando su dolor y las resoluciones del sujeto (41).

Desde lo expuesto y, como se mencionó anteriormente es interés de la autora analizar, mediante este proyecto de investigación, la internación de pacientes adultos jóvenes o maduros y su grado de dependencia, por considerarlos en edad productiva y transcurriendo una etapa tanto de crecimientos y afianzamientos personales, como de compromisos y responsabilidades familiares y sociales, y encontrar la concordancia con el estrés del familiar cuidador según sexo, a fin de favorecer la intervención por parte de enfermería, promoviendo la prevención de la salud.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Tipo de Estudio**

Se desarrollará una investigación cuantitativa, estudio prospectivo, de corte trasversal, no experimental y descriptivo.

-Investigación cuantitativa: analiza ciertos elementos y relación entre variables, que pueden ser medidas, contadas y analizadas en términos numéricos.

-Prospectivo: los datos se recolectan a medida que transcurren los hechos.

-Corte trasversal: Se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual, con una única medición en el tiempo.

-Estudio descriptivo: Describe en todas sus dimensiones una circunstancia que se esté presentando en un lugar y un tiempo determinado, una relación entre variables en estudio en una población específica y la frecuencia con que se presentan.

### **Sitio o contexto de la investigación**

La investigación se llevará a cabo en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina, en un hospital público de gestión municipal, de segundo nivel de atención. El mismo fue seleccionado a través de un estudio exploratorio. (ANEXO I)

El efector cuenta con una dotación total de 48 camas para internación de pacientes de clínica médica, distribuidas en dos salas. Si bien es el segundo hospital de referencia nacional para la atención de enfermedades infecto contagiosas, en la actualidad, gracias al buen manejo de las mismas y disminución de número de casos con respecto a décadas anteriores, es también el hospital seleccionado por la red pública para el ingreso de pacientes con trastornos que imposibilitan el autocuidado y requieren de rehabilitación o mantenimiento de su salud, cursando internaciones prolongadas que, en muchas ocasiones, suceden en compañía de un familiar (Ver ANEXO III).

## **Población y muestra.**

Se planifica un “*muestreo no probabilístico, accidental o por comodidad*”, teniendo en cuenta que se tomarán las poblaciones disponibles al momento de la recolección de datos. Al tratarse de un estudio no probabilístico no se contemplan controles de validez externa.

Para la presente investigación, serán dos las poblaciones en estudio y el cálculo de muestra se realizó considerando los datos resultados del estudio exploratorio (Anexo III).

Una de ellas estará constituida por todos los **Familiares Cuidadores** de pacientes internados, que lleven al menos diez días realizando acompañamiento, durante seis horas por día o más. La muestra estará conformada aproximadamente por 105 familiares, en los que se medirán las variables “estrés” y “sexo”.

Como criterio, se excluirán a aquellos que tengan menos de dieciocho años o más de sesenta y cinco años, perciban cualquier tipo de remuneración económica o preparación especializada como personal de salud. Así mismo quedaran excluidas aquellas personas que refieran tener antecedentes de patología psiquiátrica diagnosticada y estén en tratamiento actual. Se excluirán también a aquellos familiares que permanezcan al cuidado de pacientes internados en habitaciones con aislamiento respiratorio o de contacto estricto, por normas institucionales.

La otra población estará compuesta por todos los **Pacientes Internados**, de 18 a 65 años, que cuenten con cuidador familiar a cargo y lleven diez días o más de internación en salas de clínica general, independientemente de que se tratase de una primera internación o de un reingreso al efector. El tamaño aproximado de la muestra será de 105 pacientes. En ellos deberán medirse la variable “Grado de dependencia”.

Como criterio, se excluirán a pacientes que estén internados en las habitaciones individuales de aislamiento respiratorio o de contacto estricto, ya que existe una restricción impuesta por la dirección del hospital en la cual solamente ingresa a esa área el personal autorizado de la institución.

## Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos

Previo a la recolección de datos y a la implementación de los instrumentos, se les comunicará a los sujetos sobre la intención del estudio mediante un detalle en encabezado del consentimiento informado (ver Anexo III)

Para medir variables en el **familiar cuidador** se utilizará como técnica la Encuesta.

En el caso de la variable "Estrés" (variable 1), se utilizará como instrumento la escala de medición del Índice de Estrés del Cuidador, elaborada por Robinson en 1983, cuya adaptación al idioma español fue validada por López y Moral en 2005 y avalada por la Sociedad Española de Neurología (42).

En este cuestionario la autora implementó ciertas modificaciones que resultaron necesarias a partir de la ejecución de la prueba piloto de los instrumentos de medición, realizada a cinco familiares cuidadores de pacientes internados en una sala de clínica del Hospital Público del Gran Rosario, en la Ciudad de Granadero Baigorria. Dichos cambios estuvieron relacionados a la redacción y terminología de uso cotidiano de la población, pero mantiene la esencia del instrumento (ver ANEXO IV).

Además en su encabezado se adosó un área para medir la variable "sexo" (variable 2), unificando así un instrumento escrito estructurado, auto administrado, el cual consta de catorce preguntas cerradas. En ambos casos, las respuestas son dicotómicas, en el primero pudiendo optar por SI o por NO, en la segunda variable se podrá optar por FEMENINO o MASCULINO (ANEXO II).

Se procurarán similares condiciones ambientales para la encuesta a los familiares cuidadores principales. Para su llenado se estima un tiempo de 30 (treinta) minutos, establecidos posteriormente a la actuación de la prueba piloto (ver ANEXO IV).

Como Ventajas del cuestionario auto administrado se destacan; la economía de tiempo y personal, ya que los cuestionarios pueden distribuirse entre todos los familiares cuidadores presentes y retirarlos una vez transcurrido el tiempo para su llenado.

Otra ventaja a considerar es la calidad de los datos, ya que, en primer lugar, se eliminan las posibles distorsiones en las respuestas por parte de los encuestados, limitando así que el comportamiento del investigador afecte los resultados, y, en segundo lugar, se asegurará previamente a los familiares la confidencialidad y la no divulgación a personas ajenas a la investigación.

En cuanto a las Desventajas, existe una posibilidad de pérdida de los instrumentos, como también se puede decir que se corre el riesgo de que las respuestas consignadas por los encuestados no sean sinceras, para reducir y controlar este riesgo se utilizaran cuestionarios anónimos y se le explicara esto antes al participante.

### **Variable 1**

Estrés: Se trata de una variable cualitativa compleja, dependiente.

Se define como un estado ocasionado por un cambio ambiental (ámbito hospitalario y función de cuidador en este caso) que la persona percibe como un desafío o amenaza a su equilibrio. Ante esto, el individuo evalúa y afronta las situaciones, procurando la adaptación a esos cambios.

#### Operacionalización de la Variable Estrés.

Signos de Estrés en la Dimensión Física.

Se definieron como indicadores:

- . Tengo trastornos en el sueño, duermo mal (p. Ej. porque el paciente se sube y se baja de la cama o porque deambula por la noche).
- . Esto me somete a tensión, me demanda mucho esfuerzo físico (p. Ej. Para asistirlo debo levantarme de la silla una y otra vez; se requiere fuerza o concentración).

Signos de Estrés en la Dimensión Temporal.

Se definieron como indicadores:

. Esta situación es muy incómoda, es un inconveniente para mí (p. Ej. Porque ayudar al paciente me toma demasiado tiempo, o porque vivo muy lejos)

. Tuve que realizar cambios en mis planes personales (p. Ej. no pude estudiar o salir a otras actividades programadas)

. Tengo que atender otras necesidades al mismo tiempo (Ej. de otros miembros de la familia)

Signos de Estrés en la Dimensión Social.

Se definieron como indicadores:

. Me siento encerrado, esto genera un impedimento en mi vida (p. Ej. Porque ayudar al paciente me limita en mis actividades cotidianas y reduce mi tiempo libre)

. Han habido cambios en la familia (por ejemplo, porque ayudar al enfermo ha roto la rutina, no hay intimidad)

Signos de Estrés en la Dimensión Psicológica.

Se definieron como indicadores:

. Esta situación me provoca mucha intranquilidad (p. Ej. a causa de asuntos graves siento cambios emocionales).

. Algún comportamiento del paciente le resulta especialmente molesto. (p. Ej. incontinencia de esfínteres, no recuerda las cosas).

. Es muy desagradable ver que el paciente ha cambiado tanto con respecto a cómo era antes (p. Ej. su personalidad ha cambiado o su aspecto físico)

. Me siento completamente desbordado (p. Ej. a causa de preocupación por el enfermo, o preocupación por cómo voy a manejar la situación).

Signos de Estrés en la Dimensión Laboral.

Se definieron como indicadores:

. He tenido que realizar ajustes en el trabajo (p. ej. a causa de tener que dedicar más tiempo al paciente se generaron cambios o pérdidas de empleo).

.Es una carga o genera una complicación económica.

## **Variable 2**

Sexo: Variable cualitativa simple, independiente.

Se definieron los siguientes indicadores:

.Femenino.

.Masculino.

En el **paciente internado** y para la medición de la variable “Grado de Dependencia” (variable 3) se utilizará como Técnica la Observación No Participante.

El instrumento para la recolección de datos será “Formulario de Cotejo o Lista de control”. La escala seleccionada es el Índice de Barthel, que se considera por Ruzafa como una medida validada y confiable, fácil de aplicar y recomendable de uso rutinario (43).

En este cuestionario la autora implementó ciertas modificaciones que resultaron necesarias a partir de la realización de la prueba piloto de los instrumentos de medición, ejecutada mediante la observación de cinco pacientes internados en sala de clínica médica de un hospital público. Dichos cambios estuvieron relacionados a la redacción y adaptación de indicadores observados en la sala de clínica médica (ver ANEXO IV).

Este instrumento relaciona el nivel de dependencia con las actividades de la vida diaria, considerando 10 (diez) dimensiones, con 33 (treinta y tres) respuestas posibles de opción múltiple. Aquí el investigador deberá marcar con una cruz la opción correcta. Se estima un tiempo de 30 (treinta) minutos para su llenado, establecidos a partir de la realización de la prueba piloto de los instrumentos (Anexo II).

Dentro de las Ventajas que reúnen las Listas de Cotejo se destacan la objetividad de las observaciones que se detallan en la misma y la precisión de los datos a observar.

Como desventaja se considera el tiempo necesario para poder observar la mayor cantidad de actividades realizadas por el paciente, para reducir tal desventaja, se controlará realizando 3 (tres) observaciones de diez minutos cada una en un mismo día a cada paciente, a fin de que el investigador tenga la oportunidad de observar al sujeto en diferentes condiciones y momentos del día.

### **Variable 3**

#### Grado de Dependencia

Variable cualitativa compleja, independiente.

Se define como la capacidad funcional del paciente con respecto a la realización de actividades básicas de la vida diaria.

#### Dimensión Alimentación.

1-Es capaz de comer por sí solo.

2-Necesita ayuda para cortar, pero puede comer por si solo.

3-Necesita ser alimentado por otra persona o a través dispositivos para nutrición enteral (sonda nasogástrica, botón gástrico, utilización de bomba de infusión continua).

#### Dimensión Aseo

4- Es capaz de levantarse solo, sin necesidad de ser supervisado.

5- Necesita supervisión, ayuda o asistencia total para la higiene.

#### Dimensión: Vestimenta.

6-Es capaz de vestirse y desvestirse por sus medios.

7-Necesita ayuda para vestirse.

8-No puede realizar esta actividad por sus propios medios.

#### Dimensión: Arreglo personal.

9-Realiza todas las actividades personales sin ayuda, aunque los elementos sean alcanzados por otra persona.

10-Necesita ayuda para el arreglo personal.

Dimensión: Uso del baño.

11-Se sienta en el inodoro.

12-Se sienta con ayuda, pero puede higienizarse solo.

13-Incapaz de acceder al inodoro y de higienizarse.

14-Es autónomo para ir al cuarto de baño, quitarse y ponerse la ropa.

15-Necesita ayuda para subir al inodoro, pero se higieniza solo.

16-No posee autonomía para la realización de actividades en el baño.

Dimensión: Deposiciones.

17-Contiene.

18-Ocasionalmente (menos de una vez por semana) no contiene.

19-Incontinente.

Dimensión: Micción.

20-No presenta episodios de incontinencia. Es capaz de utilizar dispositivos (Sonda vesical, orinal) por sus propios medios

21-Accidente ocasional (uno por día) o necesita ayuda para la utilización de orinal.

22-Incontinente e incapaz de manejar dispositivos a tal efecto.

Dimensión: Traslado.

23-Independiente para ir del sillón a la cama.

24-Requiere mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.

25-Necesita ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.

26-No se demuestra autonomía en esta área.

Dimensión: Deambulación.

27- Se observa autonomía para caminar.

28- Necesita ayuda física o supervisión para caminar.

29- Es capaz de deambular en silla de ruedas sin ayuda.

30-No deambula por sus propios medios.

Dimensión: Uso de Escaleras.

31- Se observa autonomía para bajar y subir escaleras.

32- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.

33- Sin capacidad para el uso de escaleras.

Durante la recolección de datos de ambas poblaciones y como se detalló anteriormente, se respetarán los Principios Bioéticos.

El Principio de Beneficencia se respetará priorizando el bienestar de los participantes de la investigación, evitando hacer el daño. Se asegurará a ambas poblaciones participantes la confidencialidad de los datos obtenidos, así como su anonimato.

En cuanto al Principio de Autonomía y Respeto a la dignidad humana, se priorizará el derecho de los cuidadores y pacientes de participar o no de la investigación, según sea su elección, se contará con consentimiento informado (ver Anexo III). La participación será voluntaria, libre de coerción, no se ofrecerán ningún tipo de recompensa, premio o remuneración por la misma.

Por último, y en lo que respecta al Principio de Justicia, se preservará la intimidad y confidencialidad de los datos obtenidos. Se brindará un trato equitativo, justo, empático y amable, tanto a pacientes como a familiares utilizando un mismo instrumento para todos los integrantes de cada población. Las unidades de análisis no se pondrán en riesgo por priorizar los fines de la investigación.

### **Personal a Cargo de la Recolección de Datos**

La recolección de datos estará a cargo de la autora del proyecto de investigación, Enfermera Analía Lorena Díaz Ferrari, alumna de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario (U.N.R).

### **Plan de Análisis de los Datos**

Para procesar y analizar los resultados de las variables a través de estadísticas descriptivas. Se utilizará para ello el programa Epi Info en la última versión disponible. La relación entre variables se presentara en tablas de múltiple entrada y se representarán en gráficos de barras adosadas y en gráficos circulares.

#### **Variable 1: “Estrés”**

Los resultados de esta variable se medirán a través de una escala nominal la cual podrá analizarse mediante estadísticas descriptivas como frecuencia, porcentaje, moda.

Los datos se recabarán a través de la entrevista. Se utilizará un formulario de respuestas cerradas, dicotómicas (SI/NO), cuya interpretación consiste en contabilizar las respuestas afirmativas.

SI= 1

NO= 0

Una puntuación entre 7 a 13 indica moderado a alto grado de estrés.

Su reconstrucción será a través del Índice de Estrés. Dicho índice consta de dimensiones, cada una con posibles respuestas positivas o negativas. Dimensiones:

Física: con dos ítems.

Temporal: consta de tres ítems.

Social: dos ítems.

Psicológica: cuatro ítems.

Laboral: un ítem.

Económica: un ítem.

**Variable 2: “Sexo”**

Se medirá a través de una escala nominal.

Esta será:

-Femenino.

-Masculino.

Sus resultados podrán analizarse estadísticamente mediante medidas de porcentaje.

**Variable 3: “Grado de dependencia”**

Se medirá con una escala ordinal. Podrá analizarse mediante estadísticas descriptivas y comparar los datos según medidas de tendencia central: frecuencia, porcentaje, mediana y moda. Su reconstrucción será a través del Índice de Barthel, el cual considera diversas dimensiones e indicadores.

Se utilizará un instrumento compuesto de 33 preguntas de respuesta múltiple, a las cuales se les podrán asignar diferente valor.

\*Se les asignara un valor de 15 puntos a las preguntas 23 y 27.

\*Se les asignara un valor de 10 puntos a las preguntas 1; 6; 11; 17; 20; 24; 28 y 31.

\*Se les asignara un valor de 5 puntos a las preguntas 2; 4; 7; 9; 12; 15; 18; 21; 25; 29 y 32.

\*Las preguntas 3, 5; 8; 10; 13; 14; 16; 19; 22; 26; 30 y 33 no suman ningún valor (0 puntos).

Para la interpretación de mencionado instrumento se tiene en cuenta que la máxima puntuación posible es de 100 puntos (90 si va en silla de ruedas), el cual implica que el sujeto se considera Independiente. Los resultados alternos posibilitan interpretar de la siguiente manera: Un resultado de entre 60 y 99 puntos se asocia con dependencia leve; entre 40 y 59 puntos, dependencia moderada; entre 20 y 39 puntos, dependencia severa; y menor a 20 puntos se considera al sujeto con dependencia total.



## **Plan de Trabajo**

Se coordinará con la Jefatura de Servicio y el Personal de Enfermería los días y horarios en que se desarrollará la recolección de datos, considerando respetar los horarios de descanso, de alimentación y de visitas (16 a 18 horas), como así también el normal funcionamiento del servicio.

A tal efecto se propondrá la realización de actividades para los días martes de 8 a 11 horas y jueves de 18 a 20 horas, entre los meses de marzo a agosto de 2020, a excepción de los días feriados.

Para poder llevar a cabo la recolección de datos se realizará la compra de 10 bolígrafos trazo fino (costo aproximado \$300) y 30 impresiones de cada instrumento (costo estimado \$300- ) luego, transcurridos los tiempos de la investigación y de ser necesario, se realizarán próximas impresiones y compras, a fin de optimizar los recursos económicos.

Se estima que la aplicación de los cuestionarios conllevará un periodo de tiempo para su llenado de treinta minutos tanto en el caso de la población de familiares, como de pacientes internados.

Cabe aclarar que la recolección de datos, propiamente dicha, estará exclusivamente a mi cargo, comenzando el día 3 de marzo y culminando el 27 de agosto del año 2020.

## Cronograma

Fecha	Marzo 2020	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020	Septiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020
Actividad	Martes de 08 a 11 hs. Jueves de 18 a 20 hs.	Martes de 08 a 11 hs. Jueves de 18 a 20 hs.	Martes de 08 a 11 hs. Jueves de 18 a 20 hs.	Martes de 08 a 11 hs. Jueves de 18 a 20 hs.	Martes de 08 a 11 hs. Jueves de 18 a 20 hs.	Martes de 08 a 11 hs. Jueves de 18 a 20 hs.			
Recolección de datos.									
Tabulación de datos.									
Análisis e Interpretación de datos.									
Producción del Informe Final.									

## ANEXO I

### Guía de Convalidación del Sitio

- 1- ¿La Dirección del hospital permite y autoriza a la autora a realizar la investigación? \_\_\_\_\_
- 2- ¿Permite la institución la publicación de los resultados? \_\_\_\_\_
- 3- ¿La institución cuenta con una sala de internación clínica para adultos? \_\_\_\_\_
- 4- La Jefatura de Enfermería a cargo de la sala de internación clínica ¿permite a la autora de la presente investigación a realizar la recolección de datos tanto a pacientes como a familiares? \_\_\_\_\_
- 5- ¿Será permitido realizar la investigación durante cualquier día y horario? \_\_\_\_\_
- 6- ¿Permite departamento de enfermería el ingreso de la investigadora a aquellas habitaciones cuyos pacientes mantengan aislamiento respiratorio o de contacto estricto? \_\_\_\_\_
- 7- ¿Cuál es la capacidad de internación en las salas de clínica de esta institución? \_\_\_\_\_
- 8- ¿Cuál es el giro cama de las salas de internación? \_\_\_\_\_
- 9- ¿Cuál es el promedio de días de estada? \_\_\_\_\_
- 10- ¿Cuál es el total de pacientes que estuvieron internados durante el año anterior? \_\_\_\_\_
- 11- ¿Sabe usted qué cantidad de pacientes hubo internados la última semana en sala de clínica médica? \_\_\_\_\_
- 12- De ellos, ¿Sabe usted cuántos han necesitado asistencia o ayuda para la realización de sus actividades diarias y satisfacción de sus necesidades básicas? \_\_\_\_\_
- 13- De ellos, ¿Sabe usted cuántos han estado acompañados por un familiar cuidador? \_\_\_\_\_
- 14- ¿La contra referencia de pacientes de mayor dependencia desde el hospital de tercer nivel durante los últimos cinco años fue mayor que en décadas anteriores? \_\_\_\_\_
- 15- ¿Existe alguna norma en cuanto a horarios de relevo de cuidadores y permanencia de los mismos en la institución? \_\_\_\_\_
- 16- ¿Se conoce si en esta institución son más frecuentes los cuidadores informales familiares o los formales contratados? \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### Instrumentos para la recolección de datos.

Sexo:

Código de Identificación\_\_\_\_\_

Femenino

Masculino

¿QUÉ SITUACIONES TE SUCEDIERON DESDE QUE CUIDAS AL PACIENTE EN EL HOSPITAL?

(TACHÁ LO QUE **“NO”** CORRESPONDA)

\*Tengo trastornos del sueño, duermo mal (p. Ej. porque el paciente se sube y se baja de la cama o porque deambula por la noche) -----SÍ /NO

\*Esta situación es muy incómoda, es un inconveniente para mí (p. Ej. Porque ayudar al paciente me toma demasiado tiempo, o porque vivo muy lejos) ----- SÍ /NO

\*Esto me somete a tensión, me demanda mucho esfuerzo físico (p. Ej. Para asistirlo debo levantarme de la silla una y otra vez; se requiere fuerza o concentración) ----- SÍ /NO

\*Me siento encerrado, esto genera un impedimento en mi vida (p.Ej. Porque ayudar al paciente me limita en mis actividades cotidianas y reduce mi tiempo libre) -----SÍ /NO

\*Han habido cambios en mi familia (Ej. porque ayudar al enfermo ha roto la rutina; no hay intimidad) -----SÍ /NO

\*Tuve que realizar cambios en mis planes personales (p. Ej. no pude estudiar o salir a otras actividades programadas) ----- SÍ /NO

\*Tengo que atender otras necesidades al mismo tiempo (Ej. de otros miembros de la familia)-SÍ /NO

\* Esta situación me provoca mucha intranquilidad (p. Ej. a causa de asuntos graves siento cambios emocionales) ----- SÍ /NO

\*Algún comportamiento del paciente me resulta especialmente molesto (p. Ej. incontinencia de esfínteres, no recuerda las cosas) ----- SÍ /NO

\*Es muy desagradable ver que el paciente ha cambiado tanto con respecto a cómo era antes (p. Ej. su personalidad ha cambiado o su aspecto físico) ----- SÍ /NO

\*He tenido que realizar reajustes en el trabajo (p. ej. a causa de tener que dedicar más tiempo al paciente se generaron cambios o pérdidas de empleo) ----- SÍ /NO

\*Esto es una carga o genera una complicación económica----- SÍ /NO

\*Me siento completamente desbordado (p. Ej. a causa de preocupación por el enfermo, o preocupación por cómo voy a manejar la situación) ----- SÍ /NO

## ÍNDICE DE ESTRÉS DEL CUIDADOR (42)

Instrumento original elaborado por Robinson en 1983, cuya adaptación al idioma español fue validada por López y Moral en 2005 y avalada por la Sociedad Española de Neurología (42).

¿Cuáles de las siguientes situaciones son aplicables a usted como cuidador de ese paciente? Tachar lo que NO corresponda.

---

Presenta trastornos del sueño, el sueño se turba (p. Ej. porque el paciente se sube y se baja de la cama o porque vagabundea por la noche) -----SÍ /NO

Esto es muy incómodo, es un inconveniente (p. Ej. porque ayudar al paciente me toma demasiado tiempo, o porque he de acudir desde muy lejos) ----- SÍ /NO

Esto me somete a tensión o esfuerzo físico (p. Ej. a causa de tener que levantarme de la silla una y otra vez; se requiere esfuerzo o concentración) ----- SÍ /NO

Esto es aprisionante, supone una restricción (p.ej. el ayudarlo me reduce el tiempo libre o no me permite ir de visita) -----SÍ /NO

Han habido modificaciones en la familia (Ej. porque ayudar al enfermo ha roto la rutina; no hay intimidad) -----SÍ /NO

He tenido que realizar cambios en mis planes personales (p. ej. he tenido que renunciar a un empleo o no he podido irme de vacaciones) ----- SÍ /NO

Tengo que atender otras necesidades al mismo tiempo (Ej. de otros miembros de la familia)-SÍ /NO

Ha habido trastornos emocionales (p. Ej. a causa de asuntos graves) ----- SÍ /NO

Algún comportamiento del paciente es especialmente molesto (p. Ej. incontinencia de esfínteres, no recuerda las cosas, acusa a la gente de llevarse cosas) ----- SÍ /NO

Es muy desagradable ver que el paciente ha cambiado tanto con respecto a cómo era antes (p. Ej. su personalidad ha cambiado) ----- SÍ /NO

He tenido que realizar reajustes en el trabajo (p. ej. a causa de tener que dedicar más tiempo al paciente) ----- SÍ /NO

Es una carga económica----- SÍ /NO

Me siento completamente desbordado (p. Ej. a causa de preocupación por el enfermo, o preocupación por cómo voy a manejar la situación) ----- SÍ /NO

## Instrumento para la Recolección de Datos

### “Grado de Dependencia”

Marcar con una cruz la opción que corresponda.

Código de Identificación \_\_\_\_\_

#### Alimentación

1-Es capaz de comer por sí solo-----

2-Necesita ayuda para cortar, pero puede comer por si solo-----

3- Necesita ser alimentado por otra persona o a través dispositivos para nutrición enteral

(Sonda nasogástrica, botón gástrico, utilización de bomba de infusión continua).-----

#### Aseo

4- Es capaz de levantarse solo, sin necesidad de ser supervisado-----

5- Necesita supervisión, ayuda o asistencia total para la higiene-----

#### Vestimenta

6-Es capaz de vestirse y desvestirse por sus medios-----

7-Necesita ayuda para vestirse. -----

8-No puede realizar esta actividad por sus propios medios-----

Arreglo personal

9-Realiza todas las actividades personales sin ayuda,

aunque los elementos sean alcanzados por otra persona-----

10-Necesita ayuda para el arreglo personal-----

Uso del baño:

11-Se sienta en el inodoro-----

12-Se sienta con ayuda, pero puede higienizarse solo-----

13-Incapaz de acceder al inodoro y de higienizarse-----

14-Es independiente para ir al cuarto de baño, quitarse y ponerse la ropa-----

15-Necesita ayuda para subir al inodoro, pero se higieniza solo-----

16- No posee autonomía para la realización de actividades en el baño. -----

Deposiciones (valórese la semana previa)

17-Contiene -----

18-Ocasionalmente (menos de una vez por semana) no contiene-----

19-Incontinente-----

Micción (valórese la semana previa)

20-No presenta episodios de incontinencia. Es capaz de utilizar dispositivos

(Sonda vesical, orinal) por sus propios medios-----

21-Accidente ocasional (uno por día) o necesita ayuda

para la utilización de orinal-----

22-Incontinente e incapaz de manejar dispositivos a tal efecto-----

Trasladarse:

23-Independiente para ir del sillón a la cama-----

24-Requiere mínima ayuda física o supervisión para hacerlo-----

25-Necesita ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo-----

26- No se demuestra ningún tipo de autonomía en esta área-----

Deambular:

27- Se observa autonomía para caminar-----

28- Necesita ayuda física o supervisión para caminar -----

29- Es capaz de deambular en silla de ruedas sin ayuda-----

30- No deambula por sus propios medios-----

Escalones:

31- Se observa autonomía para bajar y subir escaleras-----

32- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo-----

33- Sin capacidad para el uso de escaleras-----

## ÍNDICE DE BARTHEL (43)

### Comer

- Es incapaz.
- Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
- Es independiente (la comida está al alcance de la mano).

### Trasladarse entre la silla y la cama

- Es incapaz, no se mantiene sentado.
- Necesita ayuda importante (de una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.
- Necesita algo de ayuda (física o verbal).
- Es independiente.

### Aseo personal

- Necesita ayuda con el aseo personal.
- Es independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

### Uso del retrete

- Dependiente.
- Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.
- Es independiente ( para entrar, salir, limpiarse y vestirse).

### Bañarse/ Ducharse

- Dependiente.
- Independiente para bañarse o ducharse.

### Desplazarse

- Inmovil.
- Independiente en silla de ruedas hasta 50 metros.

Anda con mínima ayuda de una persona ( física o verbal).

Independiente al menos 50 metros, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

### **Subir y baja escaleras**

Incapaz.

Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

Independiente para subir y bajar.

### **Vestirse y desvestirse**

Dependiente.

Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda.

Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

### **Control de heces**

Incontinente ( o necesita de la colocación de enema).

Presenta un accidente excepcional ( uno/semana).

Continente.

### **Control de orina**

Incontinente, o sonado es incapaz de cambiarse la bolsa.

Presenta accidente excepcional (maximo uno/ 24 horas).

Continente, durante al menos 7 dias.

## **Formulario de Consentimiento Informado (44)**

### Información para las/los participantes en la investigación:

Usted ha sido invitado a participar en la investigación, cuyo objetivo es determinar la relación que existe entre el estrés de los familiares cuidadores según sexo, con el grado de dependencia del paciente de 18 a 65 años, internado en salas de clínica médica de un hospital público en la ciudad de Rosario, durante el año 2020.

Quienes integran la población de la presente investigación serán pacientes internados y familiares cuidadores.

El proceso de recolección de datos se conformara por la técnica de entrevistas, con instrumentos escritos prediseñados. La investigadora se compromete a asegurar la confidencialidad de la información así como a resguardar la identidad, el anonimato y la privacidad de las personas participantes. Este resguardo será garantizado tanto en la obtención, elaboración de la información como en la divulgación de publicaciones científicas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación puede hacer las preguntas que necesite a las/os integrantes del equipo de investigación en cualquier momento.

Usted podrá acceder a los resultados de la investigación una vez finalizada solicitándolo al/la directora/a de la investigación

Desde ya agradecemos su participación.

Director de Tesina: Samamé, María del Carmen

Apellido y Nombre del Investigador/Alumno: Díaz Ferrari, Analia Lorena.

Consentimiento Informado:

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos y procedimientos de esta investigación denominada “Relación que existe entre el estrés y sexo de familiares cuidadores, con el grado de dependencia de pacientes internados en salas de clínica médica de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el año 2020”; y mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por Díaz Ferrari, Analia.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo se me ha dicho que mis respuesta a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Nombre de la persona: .....Firma: .....

Nombre del/de la responsable de la investigación: Díaz Ferrari, Analia. Firma: .....

## ANEXO III

### Resultados de Estudio Exploratorio

Para realizar el proyecto de investigación, fue necesario definir las características necesarias del contexto donde se llevara a cabo. A tal fin se realizó el estudio exploratorio en dos salas de internación clínica de efectores públicos del Gran Rosario, una perteneciente a un efector de la ciudad de Rosario y otra en un efector de la localidad de Granadero Baigorria, durante los días 28 y 31 de octubre del año 2019.

En consecuencia se definió que será el Hospital Público de la ciudad de Rosario el sitio a realizar la investigación. Durante la ejecución del estudio exploratorio y la realización de la guía de convalidación del sitio se estableció que la Dirección de dicho hospital permite y autoriza a la autora a realizar la investigación. Así mismo, la Jefatura de Enfermería a cargo de la sala de internación clínica, accede y permite a la autora a realizar la recolección de datos tanto a pacientes como a familiares.

La institución cuenta en la actualidad con dos salas de internación clínica para adultos, con 48 camas en total, donde se atienden a pacientes derivados desde el servicio de Guardia del mismo efector, como también desde otros efectores de primer o tercer nivel de atención y que requieren de internación clínica de mediana complejidad.

Como dato retrospectivo, Departamento de Enfermería detalló que durante un semestre del año 2018 el hospital tuvo 720 ingresos de pacientes entre ambas salas de internación y que, aproximadamente, el 20% de los pacientes acuden con familiar cuidador.

Según lo arrojado por la base de datos, durante ese período el giro cama de las salas de internación fue de tres y el promedio de días de estada fue de nueve. Pese a ello, estos cálculos se ven afectados por la internación de pacientes con patologías crónicas o en rehabilitación, los que necesitan asistencia o ayuda para la realización de sus actividades diarias y satisfacción de sus necesidades básicas, como así también pacientes en situación de déficit socio habitacional que, en algunos casos, han permanecido meses o incluso años en internación hospitalaria.

Por su parte, el Comité de Infectología presenta una restricción de ingreso a habitaciones cuyos pacientes mantengan aislamiento respiratorio o de contacto estricto, limitando el ingreso únicamente al personal autorizado del hospital, por lo cual la investigadora excluirá a dichos pacientes y sus familiares.

Las hospitalizaciones prolongadas se vieron en aumento en los últimos cinco años, relacionando al aumento de la derivación de pacientes de mayor dependencia y complejidad desde el hospital de tercer nivel, para favorecer la rehabilitación fisiokinésica.

Por su parte, en la institución es más frecuente la presencia de cuidadores informales familiares y no es habitual la asistencia de cuidadores formales, asalariados o contratados. En relación a los horarios permitidos para la realización del estudio, los mismos son todos los días, de 07 a 22hs, a fin de respetar el horario de descanso de los pacientes.

En cuanto al ingreso a las salas de internación por parte de familiares, cuidadores y visitas, la norma impuesta desde la Dirección del Hospital manifiesta que el horario de visita es todos los días de 16 a 18 hs, y, fuera de ese horario puede permanecer un familiar mayor de edad como acompañante. Éste puede ser relevado durante horario diurno, aclarando que de 22hs a 07 hs se restringe la entrada y salida de cuidadores, únicamente accediendo a la misma en caso de necesidad impartida desde el personal de salud.

## ANEXO IV

### **Resultados de la Prueba Piloto de los Instrumentos.**

Se realizó la prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos en cinco familiares cuidadores y cinco pacientes internados en sala de clínica general para adultos de un hospital público.

Al poner a prueba el instrumento auto-administrado por familiares cuidadores, se presentaron dos dificultades. Una relacionada con el tipo de redacción formal, que resultó en algunos casos de difícil comprensión. En tal sentido, se determinó conservar la estructura e intención del instrumento original, modificando la redacción por palabras de uso común de la población en la ciudad de Rosario, incluyendo terminología informal y en primera persona.

Otra dificultad fue temporal, por lo que debió extenderse el tiempo de llenado de 10 minutos que se consideraron en primera instancia, a 30 minutos a partir de las necesidades expuestas por los familiares.

Con respecto a la lista de cotejo a completar por parte de la investigadora, las consignas incluidas en el instrumento se consideraron claras y precisas en su mayoría. Sin embargo, en este cuestionario la autora implementó ciertas modificaciones relacionados a la redacción y adaptación en relación a indicadores observados, pero manteniendo la esencia del instrumento.

A su vez, otra dificultad presentada que se detectó fue la temporal, considerando que, en algunos casos, existió la necesidad de retornar a las habitaciones en tres oportunidades durante el mismo día para poder observar al paciente en la realización de diversas actividades de la vida diaria.

Esta situación modificó el recorrido planeado inicialmente por la autora en cuanto a la recolección de datos del paciente, considerándose más ágil su realización en al menos tres observaciones cortas durante la misma jornada a cada paciente, en lugar de una observación prolongada, cuyos resultados estarían supeditados a la actividad que el paciente este realizando en un solo momento.

Por tal motivo, se modificó el tiempo de recolección de datos de 20 minutos que se habían considerado inicialmente, a 30 minutos por paciente. Es por ello, y a partir de las reformas anteriormente citadas, que se considera que ambos instrumentos miden las variables en estudio, quedando así validados para la utilización en la presente investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Prado Solar A, Gonzales Reguera M, Romero Borges K. La teoria del deficit de autocuidado: Dorothea Orem: punto de partida en la calidad de atención. Rev. Medica Electrónica. 2014 nov-dic; 36(6).
2. Cursack G, Echazarreta C, Núñez C, Bono J, Escalante J, García Brasca D, et al. Epidemiología y tratamiento previo a una hospitalización por insuficiencia cardíaca, el diagnóstico precoz como área de intervencion. Resultados del registro argentino de insuficiencia cardíaca. Federación Argentina de Cardiología. 2017; 46(2).
3. Montoya Sanabria S, Rodriguez Hernandez J, Albavera Hernandez C, Valero Alvarado O. Evidencias para la prevención y control de lesiones en motociclistas. Revista Cubana de Salud Pública. 2016 octubre-noviembre.
4. Luchemos por la vida. Quienes, como y donde. Cifras detalladas de accidentes de transito en argentina. [Online].; 2016 [cited 2018 junio 06. Available from: <https://www.luchemos.org.ar/es/estadisticas/generales/quienes-como-y-donde-cifras-detalladas-de-accidentes-de-transito-en-argentina>.
5. Parlay Coss L, Riveri Bell R, Paéz Armanteros J, Ramos Batista L. Indice de independencia en el paciente con Accidente Vascular Encefalico. [Online].; 2010 [cited 2018 mayo 25. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400006).
6. Suddarth , Brunner. Enfermeria Médico Quirúrgica. 10th ed. 90-99 VIC6p, editor. Mexico: Mc Graw Hill.; 2005.
7. Rodriguez ML, M.E LP. Sobrecarga dependientedel agente de cuidado y su relacion con la dependencia funcional del adulto mayor. [Online].; 2014 [cited 2018 mayo 23. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314726715>.
8. Prieto-Miranda S, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz E, Giménez\_Bernardino C. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. [Online].; 2015 [cited 2018 mayo 20. Available from:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156d>.

9. García Veloz M, Domínguez Álvarez J, Cordero Cabrera M, Ferro González B. Cuidado informal al adulto mayor en un área salud. [Online].; 2019 [cited 2019 junio 05. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1561-31942019000200195&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942019000200195&lng=pt&nrm=iso&tlng=es).
10. Aranda-Paniora F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. [Online].; 2017 [cited 2018 junio 05. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000300004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000300004).
11. Banchemo S, Mihoff M. Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. [Online].; 2017 [cited 2019 junio 05. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262017000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262017000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
12. Camejo Díaz J, Coro Carrasco Z, Reyes Marrero D. Estrés del cuidador primario en niños con enfermedad hematológica maligna. [Online].; 2017 [cited 2018 mayo 20. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n4/rpr09417>.
13. Valle Alonso M, Hernández López I, Zúñiga Vargas M, Martínez Aguilera P. Sobrecarga y Bournout en cuidadores informales del adulto mayor. [Online].; 2015 [cited 2018 julio 02. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632015000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004).
14. Lemus Fajardo M, Linares Cánovas L. Nivel de sobrecarga de cuidadores adultos mayores frágiles. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto 22. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942018000500008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000500008).
15. Dzul-Gala F, Tun-Colonia J, Pineda-Cortez J, Arankowsky-Sandoval G. Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios con enfermedades neuromusculoesqueléticas. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto 22. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-84472018000300061](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472018000300061).

16. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Programa Redes. [Online].; 2019 [cited 2019 Septiembre 01. Available from: <http://www.msal.gov.ar/redes>.
17. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Programa Redes. [Online].; 2019 [cited 2019 Agosto 29. Available from: <http://www.msal.gov.ar/redes>.
18. Gobierno de Santa Fe. Niveles de Atención. [Online].; 2019 [cited 2019 Septiembre 01. Available from: <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/4>.
19. Taylor S. Teoria del déficit de autocuidado. In Edicion S, editor. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007. p. 267-295.
20. Palacios A, De Asís R. Derechos humanos y situaciones de dependencia. [Online].; 2007 [cited 2019 Agosto 26. Available from: <https://books.google.com.ar/books?id=CvQj9JHa-T0C&pg=PA82&dq=Derechos+humanos+y+situaciones+de+dependencia.+Editorial+Dykinson++Madr id&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiywJex-sHkAhUWGLkGHfZKDWkQ6AEIKTAA#v=onepage&q=Derechos>.
21. Cruz Roja. [www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es). [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: [ruzroja.es/portal/page?\\_pageid=418,12398172&\\_dad=portal30&\\_schema=PORTAL30](http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=418,12398172&_dad=portal30&_schema=PORTAL30).
22. Atienza Mañas M, Gutierrez Lengua M. El concepto de dependencia. Bases demográficas, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. [Online]. Madrid: Paraninfo; 2015 [cited 2019 Octubre 28 [Atención a Personas en Situación de Dependencia]. Available from: [https://books.google.com.ar/books?id=w0PUBgAAQBAJ&pg=PA8&dq=personas+en+situacion+de+de pendencia+concepto&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiM\\_aQkcTIAhUrF7kGHSfVCpwQ6AEIMDAB#v=onepage&q=personas %20en%20situacion%20de%20dependencia%20concepto&f](https://books.google.com.ar/books?id=w0PUBgAAQBAJ&pg=PA8&dq=personas+en+situacion+de+de pendencia+concepto&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiM_aQkcTIAhUrF7kGHSfVCpwQ6AEIMDAB#v=onepage&q=personas %20en%20situacion%20de%20dependencia%20concepto&f).
23. Rogero-García, J. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y política Social. Los tiempos del cuidado. El impacto de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. [Online].; 2010 [cited 2019 Septiembre 02. Available from: <https://books.google.com.ar/books?id=xJma39KfQfIC&pg=PA27&dq=actividades+de+la+vida+diaria+ definicion&hl=es->

[419&sa=X&ved=0ahUKEwis6Ju9hLLkAhWiHbkGHdndA1wQ6AEINzAC#v=onepage&q=actividades%20de%20la%20vida%20diaria%20definicion&f.](https://books.google.com.ar/books?id=WF6nls1pVg4C&printsec=frontcover&dq=actividades%20de%20la%20vida%20diaria%20definicion&f.)

24. Marullo miralles P, Romero Ayuso D. Actividades de la Vida Diaria. Masson Elsevier. España. [Online].; 2005 [cited 2019 Septiembre 02. Available from: [https://books.google.com.ar/books?id=WF6nls1pVg4C&printsec=frontcover&dq=actividades+vida+diaria&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwimoe-717LkAhWrIrkGHSsMD\\_MQ6AEIKTAA#v=onepage&q=actividades%20vida%20diaria&f.](https://books.google.com.ar/books?id=WF6nls1pVg4C&printsec=frontcover&dq=actividades+vida+diaria&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwimoe-717LkAhWrIrkGHSsMD_MQ6AEIKTAA#v=onepage&q=actividades%20vida%20diaria&f.)
25. Marriner Tomey A. teorías de la enfermería de importancia histórica. In Sexta , editor. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007. p. 54-67.
26. Ignatavicius D. Desarrollo del Adulto. In (U.N.R) , editor. Cuidado Integral de Enfermeria. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 2014. p. 68-97.
27. Cátedra Cuidado Integral de Enfermeria. Principios de la medicina familiar. In U.N.R , editor. Recopilación Bibliográfica. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 2014. p. 14-26.
28. Kosier B, Erb G, all e. Salud familiar. Papeles y funciones de la familia. In U.N.R , editor. Recopilación Bibliográfica. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 2014. p. 27-33.
29. Real Academia Española. Diccionario. Concepto de Estres. [Online].; 2019 [cited 2019 09 03. Available from: <https://dle.rae.es/?idGzAga0a>.
30. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. [Online].; 2019 [cited 2019 08 28. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
31. Feito L. Vulnerabilidad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007; 30(3).
32. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas.: UNR; 2008 [cited 2019 septiembre 10.
33. Oblitas G, Becoña-Iglesias E. Psicología en salud. Editorial Plaza Valdez. [Online].; 2000 [cited 2019 08 25. Available from: <https://books.google.com.ar/books?id=Blc6XLCFcVsC&pg=PA159&dq=estres+definicion+psicología>

[&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi6-](#)

[P\\_B9Z7kAhV4E7kGHa\\_9CXUQ6AEIRTAE#v=onepage&q=estres%20definicion%20psicologia&f.](#)

34. Navarro-Pereira M. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. [Online].; 2009 [cited 2019 Agosto 26. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4401258011>.
35. Mingote Adan J, Pérez García S. Estres en la enfermería, el cuidado del cuidador.. [Online].; 2013 [cited 2019 Septiembre 14. Available from: [https://books.google.com.ar/books?id=w\\_sDcRh9zDUC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summar\\_y\\_r&cad=0#v=onepage&q&f](https://books.google.com.ar/books?id=w_sDcRh9zDUC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summar_y_r&cad=0#v=onepage&q&f).
36. Moore-Schaefer K. El modelo de conservación. In edición S, editor. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007. p. 227-243.
37. Alpaugh J. Cuidados intensivos de enfermería en el adulto. Quinta ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
38. Novoa G. Teoría de la crisis. In Cátedra PsicologíaII. Rosario: UNR; 2013. p. 35-36.
39. Fiorini H. Intervenciones en crisis en las psicoterapias psicoanalíticas: crisis vitales y crisis accidentales. In Psicología II. Rosario: UNR; 2013. p. 38-46.
40. Freese B. Modelo de sistemas. In Edición S, editor. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007. p. 319-322.
41. Novoa G. Vínculo enfermero-sujeto de atención. In UNR , editor. Psicología II. Rosario; 2013. p. 36-37.
42. Lopez Alonso S, Moral Serrano M. Validación del Índice de esfuerzo del cuidador en la población española. [Online].; 2005 [cited 2018 06 06. Available from: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32461648/Lopez\\_05\\_Valid\\_Ind\\_Esf\\_Cuidador.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DValidacion\\_del\\_Indice\\_de\\_Esfuerzo\\_del\\_Cu.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYY](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32461648/Lopez_05_Valid_Ind_Esf_Cuidador.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DValidacion_del_Indice_de_Esfuerzo_del_Cu.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYY).

43. Ruzafa J, Moreno J. Valoracion dela discapacidad física: El Indice de Barthel. [Online].; 1997 [cited 2018 05 18. Available from: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es>.
44. Rosario UN. Sugerencia de formulario de consentimiento informado. [Online].; 2015 [cited 2019 Septiembre 25. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sGiHlx47-JEJ:https://fpsico.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2015/11/SUGERENCIA-DE.doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar>.