

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE TESIS

Relación existente entre grado de independencia del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador principal, según sexo y grado de parentesco en sala general de un efector privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021.

Por: Enf. Robledo Herrera, Anabella Sol.

Director de Tesis: Lic. Bresca, Gabriela Vanina.

Docente Asesor: Lic. Acosta, Simón.

Lic. Díaz Ferrari, Analía.

Rosario, 14 de Diciembre de 2020.

Resumen

La vejez, considerada la última etapa del ciclo vital, conlleva con frecuencia una disminución en la capacidad del adulto mayor para desarrollar actividades de la vida diaria. Esto implica, que el mismo se encuentre en una situación de vulnerabilidad y dependencia para la satisfacción de sus necesidades básicas. Es así que debe requerir de la asistencia por parte de un cuidador principal, el cual suele presentar sobrecarga debido a las tareas desarrolladas sobre el adulto mayor dependiente.

A través de un estudio cuantitativo, no experimental, de corte transversal, prospectivo y analítico se va a determinar la relación que existe entre el grado de independencia del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador principal, según sexo y grado de parentesco en sala general de un efector privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021. Para la recolección de datos se aplicarán dos instrumentos validados, denominados Índice de Barthel y Escala de Zarit, mientras que para el análisis de los resultados se utilizará el programa estadístico IBM SPSS Statistic 26.6 2019, aplicando estadísticas descriptivas para la interpretación de los mismos.

Palabras clave: Adulto mayor, Grado de independencia, Sobrecarga, Cuidador principal, Sexo, Parentesco.

Índice

Resumen	1
Índice	2
Introducción	3
Formulación del problema	7
Hipótesis	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Marco teórico	9
Material y métodos	22
Tipo de estudio	22
Sitio y contexto	22
Población y muestra	23
Instrumentos y técnicas para la recolección de datos	24
Personal a cargo de la recolección de datos	31
Plan de análisis	32
Plan de trabajo y cronograma de actividades	36
ANEXOS	37
Anexo I – Guía de convalidación de sitio	38
Anexo II – Instrumentos de recolección de datos	39
Anexo III – Resultados del estudio exploratorio	46
Anexo IV – Resultados de prueba piloto	49
Bibliografía	51

Introducción

La población a nivel global está envejeciendo rápidamente. Según la Organización Mundial de la Salud esto se genera debido a que se produce un aumento en la esperanza de vida y una disminución en la tasa de fecundidad. La proporción de adultos mayores, es decir personas que superan los 65 años de edad, aumenta de forma acelerada. Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81, es decir 21 años más. En las últimas cinco décadas, la esperanza de vida ha aumentado, en promedio, más de 20 años. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

Se estima que para el año 2025, habrá aproximadamente 15 millones de personas de más de 80 años en el continente americano. América pertenece a una de las regiones más envejecidas del mundo. En 2006, existían 50 millones de adultos mayores y se estima que esta cifra se duplicará para 2025, llegando a una nueva duplicación para el año 2050. En lo que respecta a nuestro país, según datos oficiales publicados por la Organización Mundial de la Salud, la esperanza de vida es de 76 años aproximadamente. (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

El proceso de envejecimiento provoca alteraciones incapacitantes, de manera que se necesita de personas allegadas que supervisen o cuiden de forma permanente al adulto mayor. A medida que la persona envejece, tanto sus capacidades físicas como mentales comienzan a deteriorarse, llevándola a presentar cierto grado de vulnerabilidad, siendo necesario que otra persona realice o ayude a efectuar las funciones en las que no se puede desempeñar. Dichas alteraciones se presentan a partir de la prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales generan un gran impacto a nivel epidemiológico, social y económico a nivel mundial. Por ende, es muy importante que desde el sistema de salud se aborde dicha problemática con el fin de ayudar al adulto mayor y a la persona que se encarga de asistirlo. (Tartaglini & Feldberg, 2020).

Sumado a las enfermedades crónicas, se encuentran las enfermedades neurodegenerativas, las cuales se asocian directamente con el proceso de envejecimiento. Poseen la característica de condicionar seriamente la autonomía de la persona, ya que afecta de manera progresiva la capacidad motora, como así también la capacidad mental, dando lugar a que el individuo necesite de la asistencia de otro sujeto para realizar las actividades de la vida diaria. Es así que, para satisfacer sus necesidades básicas, los adultos mayores que se vean afectados por estos padecimientos requerirán

de atención permanente. Las enfermedades neurodegenerativas más comunes, asociadas al proceso de envejecimiento son la Enfermedad de Parkinson y el Alzheimer, las cuales incrementan su prevalencia de forma sostenida. En muchas ocasiones, se presentan al mismo tiempo, provocando alteraciones en el lenguaje, la orientación y la memoria. A medida que estas enfermedades transcurren se comienzan a observar cambios conductuales asociados al deterioro cognitivo. En la Argentina, la enfermedad de Alzheimer la padecen alrededor del 12-18% de individuos mayores de 65 años y el 40% de los mayores de 85 años, lo que da como resultado que aproximadamente 500.000 adultos mayores se encuentran cursando dicha enfermedad. (Tartaglini & Feldberg, 2020).

Las afecciones que se generan a partir del proceso de envejecimiento, exponen al adulto mayor a una situación en la cual necesitan de asistencia, y ésta debe ser brindada por parte de un cuidador principal. Este se define como aquella persona que tiene total o mayor responsabilidad de los cuidados prestados al adulto mayor dependiente en el domicilio en el cual asiste en las diferentes actividades cotidianas. (Silva Fhon & Gonzales Janampa, 2016)

El cuidador principal, en la mayoría de los casos, forma parte del grupo familiar. Este asume la responsabilidad de cuidado permanente sin haber manifestado explícitamente su deseo de hacerlo. Uno de los principales dilemas que se presenta en las personas encargadas del cuidado del adulto mayor gira en torno a ingresar a su familiar a una institución geriátrica o continuar personalmente desarrollando las tareas de asistencia en el hogar. Al asumir tal responsabilidad, el cuidador principal contribuye a que la persona dependiente permanezca dentro de su entorno social. (López García, 2016)

Aunque se hace referencia a la familia total como la encargada de proporcionar los cuidados, se debe tener en cuenta el rol que cumple cada uno de los integrantes hacia dentro del núcleo familiar. De forma natural, es un miembro de la familia quien asume el rol de cuidador principal, y generalmente, es mujer, debido a la elevada feminización que existe asociada a la tarea de protección. (López García, 2016)

El género es el valor cultural otorgado a la diferenciación entre lo femenino y lo masculino. Dentro de dicha valorización se encuentran características estipuladas a la conducta que se debería sostener según el género asignado. Desde esta percepción, se entiende que el género corresponde a una construcción social que se modifica de

acuerdo a cada cultura, es decir, que no existe una única definición. Se deben tener en cuenta circunstancias no solo culturales, sino también temporales, ya que a lo largo del tiempo la sociedad presenta diferentes posicionamientos. (De la Cerda Lobato & Sanchez Lopez, 2017)

A través de la historia y el recorrido de las diferentes culturas la mujer ha sido simbolizada por la fecundidad. Al mismo tiempo, durante muchos años se le atribuyó la función de protectora desde la concepción maternal, siendo la encargada del hogar y del cuidado de los hijos; donde el trabajar no formaba parte de las actividades cotidianas. Pero en la actualidad, ha habido cambios muy importantes en torno al rol de la mujer en la sociedad y su ingreso al mundo laboral, lo cual generó cambios en la organización familiar. Al mismo tiempo, se confirma que son las mujeres quienes se ocupan del hogar y, sobre todo, quienes procuran cuidados a otras personas. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En una investigación científica desarrollada por profesionales de Enfermería de Lima (Perú), durante el año 2016 sobre el cuidador principal del adulto mayor atendido en un consultorio de geriatría; se encontró que el sexo femenino predomina entre quienes asumen el rol de cuidado, cargando con el estereotipo que se hace presente en la sociedad. Esto está sumamente ligado al papel sociocultural de la mujer en donde se la asocia estrechamente al cuidado de los hijos, considerándose más apta para desempeñar ese rol, mientras que el hombre suele mantenerse como el proveedor financiero de la familia. Aquí se confirman los patrones culturales de patriarcado y machismo que, a pesar de que en la actualidad se intentan modificar, los mismos se han perpetuado a lo largo del tiempo en general en países en vía de desarrollo. Por ende, la mujer, sumado al rol que desempeña como madre, hija, esposa y trabajadora, se asume como cuidadora principal. (Silva Fhon & Gonzales Janampa, 2016)

De acuerdo a una investigación realizada en un consultorio externo del Servicio de Genética del Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana (Cuba), sobre cuidadores informales de un adulto mayor, con participantes voluntarios, se ha identificado que en el proceso de cuidado existe una tendencia, por parte del cuidador, a percibir carga debido a la presencia de estresores. Entre estos estresores se puede mencionar a la modificación de la actividad laboral, los años de duración de la enfermedad del sujeto de cuidado, las horas dedicadas a ese cuidado y las múltiples tareas que se deben realizar. Por ello, suele denominarse al cuidador principal como

“víctima o paciente oculto” debido a las repercusiones desfavorables que padece en su salud como consecuencia de las tareas de cuidado que realiza. La carga se asocia, entre otras cosas, a una disminución del tiempo libre, dando lugar a un deterioro en la salud física y mental, y al padecimiento de estados emocionales negativos, propios del aumento de responsabilidades que se deben asumir. Por ello, la investigadora cubana Ana Margarita Espín, participante de la investigación realizada en La Habana (Cuba), mencionada con anterioridad, define a la carga como “vivencia resultante de la interrelación entre el contexto de cuidado y las características del enfermo, los recursos de afrontamiento, y los estados físicos y emocionales del cuidador informal de una persona dependiente”. Teniendo presente esta definición se entiende a los cuidadores principales de adultos mayores como una población vulnerable a sufrir sobrecarga, por lo tanto, viéndose afectada su calidad de vida. (Fernández Vega, Ruiz, & Zaldivar Vaillant, 2019)

Continuando con la sobrecarga que puede presentar quien se asume como cuidador principal de un adulto mayor dependiente, se puede mencionar que en una investigación realizada en Concepción, Chile, a través de un estudio descriptivo, correlacional, con muestra accidental por conglomerado en cuidadores informales de pacientes postrados permanentes, se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje de los sujetos de estudio refirieron presentar molestias y dolores secundarias al desarrollo de tareas como cuidadores. Al mismo tiempo, gran parte de ellos sostenían algún grado de parentesco, principalmente esposas e hijas, es decir que existió un predominio del sexo femenino sobre el masculino entre quienes se asumen como cuidadores principales. Pero lo más resaltante de esta investigación, es que se logró demostrar que quienes no habían recibido instrucción sobre las tareas de cuidado presentaron mayor sobrecarga en comparación con quienes si habían recibido información previa al desarrollo de las tareas de cuidar. En base a lo expuesto, se debe tener en cuenta que, si bien la persona encargada del cuidado forma parte del sistema de salud formal como agente colaborador, también debe ser considerado como usuario de ese mismo sistema del cual requiere atención. (Jofré Aravena & Sanhuenza Alvarado, 2010)

Por todo lo mencionado anteriormente, es importante el enfoque que la autora del siguiente proyecto de investigación puede brindar, exclusivamente como profesional de enfermería, con el objetivo a largo plazo de crear planes de cuidado con una visión integral, que incluya al adulto mayor y a su cuidador, con el propósito de prevenir o

disminuir la sobrecarga generada y proporcionar un ambiente de bienestar, con la finalidad de mejorar la calidad de vida para ambos.

Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el grado de independencia del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador principal, según sexo y el grado de parentesco, en una sala general de un efector privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021?

Hipótesis

- Los adultos mayores con un grado de dependencia total provocarán mayor sobrecarga en el cuidador principal.
- Cuidadores de sexo femenino presentan mayor sobrecarga en comparación del sexo masculino.
- Cuidadores principales pertenecientes al primer grado de parentesco por consanguinidad y afinidad presentan mayor sobrecarga en comparación con otros familiares.

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el grado de independencia del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador principal, según sexo y grado de parentesco, en sala general de un efector privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021.

Objetivos específicos

- Identificar el grado de independencia de los adultos mayores internados en sala general de un efector privado, con respecto a la realización de actividades de la vida diaria, considerando su alimentación, higiene personal, desplazamiento y control de esfínteres.
- Identificar la existencia de sobrecarga en cuidadores principales de acuerdo a los aspectos psicológicos, sociales y económicos.
- Identificar el sexo de los cuidadores principales.

- Identificar el grado de parentesco que existe entre los cuidadores principales y los adultos mayores internados en sala general de un efector privado de la ciudad de Rosario.

Marco teórico

Todas las personas se desarrollan y cambian a través de un ciclo vital; esto quiere decir que atraviesan diferentes etapas a lo largo de la vida, las mismas son niñez, adolescencia, adultez y, por último, la vejez.

Durante muchos años se consideró que el llegar a la vejez implicaba un proceso declive, una involución en el desarrollo el cual concluía con la muerte de la persona. Pero actualmente existen definiciones con respecto al proceso de envejecer, menos despectivas, debido a diversos estudios evolutivos realizados. Una de ellas considera al envejecimiento como un conjunto de cambios y modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas que se producen con el paso del tiempo en las personas. Otra definición lo toma como un proceso progresivo y predecible que involucra la evolución y maduración los individuos. (Maldonado Molina, 2018).

Todos los cambios que se producen en el proceso de envejecimiento son complejos. En lo que respecta a lo biológico existen cambios a nivel celular y molecular, los cuales a lo largo del tiempo generan daños que reducen gradualmente las reservas fisiológicas, es decir, un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, aumentando el riesgo de padecer enfermedades y disminuir en general la capacidad de la persona. Pero estos cambios no son lineales ni uniformes, esto quiere decir que varían entre individuos de la misma edad, de manera que el envejecimiento difiere entre una persona y otra. Mientras que algunos gozan de un adecuado funcionamiento físico y mental, otros padecen fragilidad y requieren apoyo para poder satisfacer sus necesidades básicas. Si bien todas estas modificaciones que se producen durante el proceso de envejecer son aleatorias, éstas están íntimamente ligadas al comportamiento que presentó la persona a lo largo de la vida y al entorno en el cual se desarrolló. Aunque existe diversidad en cómo se viven los cambios a nivel individual, se observan tendencias generales cuando se considera a la población en su conjunto. (OMS, 2015).

A nivel mundial, la globalización y la urbanización han promovido un estilo de vida que favorece al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente las relacionadas con una alimentación inapropiada, con el consumo de alcohol y tabaco e incluso con la falta de actividad física. Según la Fundación Interamericana del Corazón este tipo de estilo de vida favorece al exceso de peso y

obesidad, al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares; enfermedades que pueden producir una disminución en su independencia. (Fundación Interamericana del Corazón, s.f.).

Se entiende que un estilo de vida adecuado es uno de los factores indispensables para garantizar un envejecimiento saludable. De acuerdo a una investigación realizada en La Plata, Argentina sobre adultos mayores, se logró demostrar que quienes sostenían un estilo de vida saludables, principalmente desarrollando actividad física de manera regular presentaban altos niveles de autonomía y mayor independencia para la realización de las actividades de la vida diaria. (Tarducci, Gárgano, Paganini, & Vidueiros, 2020)

De todas maneras, con el paso del tiempo, la persona incrementa la posibilidad de padecer problemas de salud que afecten la capacidad de realizar por sus propios medios las actividades de la vida diaria. Por tal motivo, una de las principales preocupaciones que se hace presente en el adulto mayor es la aparición de dependencia, con la necesidad de tener una persona que la asista de forma permanente. La incapacidad y la dependencia influyen en el bienestar y en la calidad de vida, tanto del adulto mayor como en quien se asuma como cuidador principal. (Maldonado Molina, 2018)

El término dependencia se asocia estrechamente a la dependencia de cuidados por parte del adulto mayor, la cual se hace presente cuando la capacidad funcional ha disminuido debido al proceso de envejecimiento, a tal punto que ya no es capaz de realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda. Con la ayuda de los cuidados aumenta la capacidad funcional para poder desarrollarse. De todos modos, es importante tener en cuenta que la persona puede mantener la autonomía mientras conserve la capacidad de tomar decisiones a pesar de tener que depender de otras personas para los cuidados.

La dependencia de cuidados debe ser evaluada, determinando si la persona requiere de ayuda para realizar ciertas actividades de la vida diaria. Para tal evaluación se utilizan instrumentos que miden una serie de dominios básicos de funcionamiento como la continencia urinaria y fecal, la capacidad de desarrollar la higiene personal, alimentación, el movilizarse de un lugar a otro y vestirse.

La dificultad de realización de las actividades de la vida diaria de forma autónoma por parte del adulto mayor se ve afectada por los cambios producidos a partir del proceso de envejecimiento. Entre los cambios más significativos, se debe mencionar al que se produce a nivel muscular. La masa muscular tiende a disminuir con la edad, asociándose con el deterioro de la fuerza y la función musculoesquelética. Al mismo tiempo, se producen cambios en los huesos y articulaciones a nivel estructural, molecular, celular y mecánico lo que aumenta la vulnerabilidad de los tejidos a la degeneración. A medida que se produce un desgaste en el cartílago, disminuye el líquido sinovial y la articulación se vuelve más rígida y frágil, dando lugar a un aumento en el riesgo de padecer fracturas, las cuales son consideradas peligrosas durante la vejez debido a las consecuencias que pueden generar y producir discapacidad, mala calidad de vida e incluso la mortalidad. (OMS, 2015)

Todos estos cambios relacionados con la edad afectan la función musculoesquelética en general y el movimiento, lo cual se verá reflejado en una disminución de la velocidad de la marcha, es decir, el tiempo que requiere una persona para desplazarse de un lugar a otro, como así también la dificultad para subir y bajar escaleras, considerada una de las actividades de la vida diaria relacionada con la movilidad. (OMS, 2015)

Si bien el movimiento en el adulto mayor se torna más lento, a su vez se vuelve limitado e inestable. La debilidad muscular contribuye a la fatiga, debilitamiento y disminución de la tolerancia a la actividad. Sumado a esto se hace presente una reducción en los reflejos producido por el deterioro que se generan en las terminaciones nerviosas. La coordinación, aunque está dirigida por el cerebro, se ve afectada por los cambios en los músculos y articulaciones mencionados con anterioridad, por ende, la postura y la marcha dan lugar a una lentitud en los movimientos en general. (MedlinePlus, 2018)

Debido a estas modificaciones fisiológicas que se hacen presente en el individuo, el adulto mayor requiere de una persona de cuidado que la asista en las tareas básicas, especialmente en lo que respecta al vestirse y al aseo personal, tareas que parecen sencillas, pero en la vejez ponen en peligro a la persona de padecer caídas o golpes. Las lesiones relacionadas con caídas pueden variar desde

pequeños hematomas o laceraciones hasta fracturas. Las caídas son, de hecho, el principal factor de riesgo de fracturas durante la vejez. (OMS, 2015)

Gran parte de las caídas que puede sufrir el adulto mayor se presentan cuando este debe dirigirse hacia el baño. Pero es importante destacar que, sumado a la disminución en la velocidad de movimiento, el adulto mayor puede presentar incontinencia, otra característica que requiere de un cuidado especial. Al hablar de incontinencia en la vejez se debe mencionar tanto la urinaria como la fecal.

La incontinencia urinaria, que supone la pérdida involuntaria de orina, puede ser clasificada como incontinencia de esfuerzo, de urgencia o mixta si se combinan ambas características. Esta disfunción suele aparecer como consecuencia del deterioro de los centros de control relacionados con la continencia y también a raíz de cambios anatómicos y fisiológicos en el tracto urinario inferior de las personas adultas. Sumado a los cambios degenerativos, la incontinencia urinaria se puede desencadenar a partir de la presencia de enfermedades como diabetes e hipertensión arterial. A partir de estudios con urodinamia se evidenció que esta afección suele verse acompañada por un aumento de la sensibilidad y disminución de la contractilidad a nivel de la vejiga, sumado a la disminución de la presión uretral. (Vallejos, Guzmán Rojas, & Valdevenito, 2019)

Por su parte, la incontinencia fecal afecta directamente la calidad de vida del adulto mayor. La misma se asocia con diarrea, alimentación enteral, incontinencia urinaria, inmovilidad y deterioro cognitivo grave. Aunque la sensación rectal y el ángulo recto anal pueden no sufrir modificaciones, la presión en el canal anal y la capacidad rectal disminuyen en la vejez. Este tipo de evento se percibe como vergonzoso y es una condición destructora que incluso produce aislamiento social por parte de la persona. (Remes-Troche, Sáenz, & Riaño, 2004)

Por lo mencionado en los párrafos anteriores, se da cuenta de que el adulto mayor presenta un deterioro en su capacidad de autocuidado y autonomía en general, ya sea por cambios y alteraciones motoras, cognitivas o incluso emocionales, por lo cual es necesario que otras personas realicen o ayuden a efectuar las funciones en las que el individuo no se puede desempeñar, además de brindar apoyo. Pero es importante mencionar que esta tarea de cuidado y la responsabilidad de asumirse como cuidador principal de un adulto mayor trae consecuencias negativas en la persona, relacionadas estrechamente con sentimientos de carga, estrés y tristeza, lo

cual se denomina como sobrecarga. (Fernández Vega, Ruiz, & Zaldivar Vaillant, 2019)

Según Ana Margarita Espín, investigadora y psicóloga, en uno de sus trabajos sobre cuidadores principales de adultos mayores en un consultorio externo, conceptualiza a la sobrecarga como el resultado de la vivencia entre el contexto de cuidado, las características del enfermo, los recursos de afrontamiento, y los estados físicos y emocionales del cuidador informal de una persona dependiente. (Fernández Vega, Ruiz, & Zaldivar Vaillant, 2019)

La sobrecarga en el cuidador indica principalmente agotamiento mental y ansiedad frente a la tarea de cuidado, sumado a dificultades que repercuten en la salud física. Todo se presenta a partir de una acumulación de estresores, de los cuales el cuidador no posee adecuadas medidas de afrontamiento, adaptables a determinada situación y que esta actividad no se vuelva sobrecarga propiamente dicha. Esto es desarrollado por los psiquiatras colombianos Zambrano Cruz y Ceballos Cardona en una revista de psiquiatría publicada en el año 2007. Los mismos establecen que la sobrecarga se presenta como un síndrome, es decir como un conjunto de signos y síntomas propios de un cuadro patológico, provocado, en este caso, por la tarea de cuidado sobre el adulto mayor. A su vez, sostienen que al ser un síndrome exclusivamente situacional que aparece luego de que la persona adquiere funciones de cuidado sobre otra, el mismo está condicionado por factores objetivos (situaciones externas), como así también por aspectos subjetivos (condiciones internas de la persona). Estos factores se clasifican en primarios y secundarios. Los primarios serán aquellos que se derivan directamente del sujeto de cuidado, en este caso del adulto mayor; mientras que los secundarios se derivan de la percepción que el cuidador hace de sus propios recursos y de la relación que media entre él y el receptor de cuidados. Por ende, la sobrecarga se hará presente a partir de la interpretación que el cuidador haga de los estresores. (Zambrano Cruz & Ceballos Cardona, 2007)

En muchas ocasiones, al cuidador principal se lo llega a denominar como víctima o paciente oculto debido a que la tarea de asistir al adulto mayor afecta el desarrollo de la vida normal de la persona, dando lugar, como se mencionó en párrafos anteriores, a alteraciones en la salud. A partir de los cuidados permanentes que se brindan sobre una persona dependiente, su vida cotidiana se afecta de

manera negativa disminuyendo su tiempo libre, repercutiendo en su actividad laboral, entre otras afecciones propias de la sobrecarga. De todos modos, es importante señalar que a pesar de que los cuidadores se ven afectados tanto física como emocionalmente por desempeñar su rol, muchas veces se niegan a aceptar que las alteraciones que se hacen presente corresponden al hecho de cuidar al adulto mayor. (Crespo López, 2006)

El cuidar a una persona mayor dependiente está directamente relacionada con una afectación en la estabilidad psicológica y emocional de la persona encargada del cuidado. Las principales características de una alteración psicológica se evidencian con la presencia de sentimientos de depresión, ansiedad, preocupaciones por el futuro, sentimientos de desesperanza e incluso ira hacia el sujeto de cuidado. Todos estos sentimientos generan al mismo tiempo alteraciones en el patrón del sueño, lo que da lugar a que muchos cuidadores principales deban recurrir al consumo de psicofármacos, volviéndose dependientes de los mismos. Y cabe destacar que, según investigaciones realizadas a nivel mundial, personas que se encargan del cuidado de adultos mayores, exclusivamente de quienes padecen demencia, experimentan mayores problemas psicológicos que quienes están a cargo de adultos con otro tipo de enfermedades crónicas.

Por otra parte, cuando el adulto mayor presenta un importante deterioro o enfermedad crónica que da lugar a una amenaza real para su vida, el cuidador principal llega a experimentar un duelo denominado “anticipatorio”, el cual genera sentimientos de negación, ira, depresión y por último se presenta la aceptación de la realidad. Es un proceso que avanza progresivamente y da lugar a conflictos internos en la persona encargada del cuidado. (Crespo López, 2006)

Otras fuentes de estrés, que se hacen presente durante el cuidado de una persona dependiente corresponden a todo lo relacionado con aspectos sociales y económicos, ya que esta tarea demanda tiempo y altos costos financieros. Se estima que quien asume el rol de cuidador principal permanece durante los siete días de la semana, en un promedio de 16 horas diarias. La importante cantidad de tiempo que se dedica al cuidado disminuye en grandes niveles la posibilidad de esparcimiento, realización de actividades de ocio y vinculación social en general, sumado a que en muchas ocasiones los cuidadores optan por dejar el ámbito laboral para dedicarse

plenamente a la tarea de asistencia, siendo este espacio el único momento de encuentro con personas que se encuentran fuera del círculo familiar.

A su vez, gran parte de los recursos económicos disponibles se destinan exclusivamente al cuidado del adulto mayor, en lo respecta a alimentación, elementos de higiene y principalmente al requerimiento de gran cantidad de medicación, debido a la coexistencia de varias enfermedades crónicas, las cuales poseen estrictos tratamientos. (Zambrano Cruz & Ceballos Cardona, 2007)

En la mayoría de los casos, quien se asume como responsable del cuidado del adulto mayor, es la mujer. Esto se asocia directamente al papel sociocultural de la mujer, el cual determina que la tarea de protección se encuentra íntimamente ligada al sexo femenino; hacerse cargo del cuidado de los hijos o de algún familiar sumado a realizar todas las tareas del hogar deben ser parte de las responsabilidades que corresponden al “ser mujer”. Asumirse como cuidadora sumerge a la mujer en una vida dedicada al otro. Cuidar es y será siempre indispensable, no solo para el individuo sino también para la perpetuidad de la sociedad.

Históricamente las mujeres han desempeñado un rol protagónico con respecto al cuidado, siendo consideradas sanadoras. Fueron las primeras médicas, parteras, farmacólogas, entre otras profesiones, sin tener acceso a una enseñanza formal, de manera que todos los conocimientos se transmitían de unas a otras en base a las experiencias vividas. A su vez, es necesario destacar que durante siglos las mujeres han carecido de reconocimiento, dado a que eran excluidas de la ciencia oficial, solo por el hecho de ser consideradas con menor poder que los hombres. (Ehrenreich, 1973)

La implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria facilitó la exclusión legal de las mujeres de su práctica, y a pesar de que había escasas excepciones, el acceso a las universidades estaba vetado para el sexo femenino. Pero esto dio lugar, a que, a finales del siglo XIV, a las mujeres que tenían la característica de curar sin haber estudiado se las considere brujas y sus tareas, por consiguiente, eran tomadas como hechizos. Recién a finales del siglo XIX fue que escasas mujeres consiguieron asistir a las escuelas de medicina, pero teniendo que superar varios obstáculos sexistas, sumado a que una vez terminados los estudios se enfrentaban con otra barrera que les impedía continuar hacia la próxima etapa, y esto hace referencia a que los hospitales en general no las

aceptaban y en caso contrario, se las contrataba, pero no se les permitía ejercer su trabajo. Este proceso situaba al hombre, exclusivamente al médico en un plano moral e intelectual superior al de la mujer sanadora. Esta subordinación se ve reforzada por la ignorancia, una ignorancia que viene impuesta por la sociedad, la cual supone que biológicamente las mujeres están dotadas por naturaleza para asumir el rol de cuidado, relacionado exclusivamente a la función reproductora que poseen. Al mismo tiempo se consideraba que la mujer era la encargada de crear un hogar y glorificar la vida familiar, sosteniendo que la maternidad era su única profesión. (Ehrenreich, 1973)

Es importante destacar que, a pesar de que en los últimos años los movimientos feministas han avanzado en la lucha contra el patriarcado y el machismo, los mismos siguen presente debido a su perpetuación a lo largo del tiempo, especialmente en países en vías de desarrollo. Por este motivo, la mujer sigue siendo la encargada de asumirse como cuidadora principal de aquella persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria. Es la atención de salud que la mujer brinda hacia el interior del hogar la que da lugar a que exista una postergación de su propia salud, ya que la misma se encuentra subordinada constantemente al bienestar de los demás. Sumado a esto, las mujeres cuidadoras se encuentran desprovistas de apoyo y asesoramiento para la realización de cuidados complejos, por tal motivo, ponen en riesgo su cuerpo, presentan lesiones y comienzan a padecer síntomas propios de la sobrecarga que genera realizar la tarea de cuidar de una persona. (Jofré & Mendoza, 2005)

Si bien se sostiene que las mujeres son, en su gran mayoría, quienes se asumen como cuidadoras, también existen hombres que desempeñan el rol, pero existen notables diferencias. Las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir alteraciones a nivel emocional como consecuencia del estrés generado por su rol de cuidadoras. Experimentan mayores niveles de ansiedad, hostilidad y depresión, es decir, que se ve afectada en gran medida su salud mental. Esto se debe a que los hombres, cuando se asumen como cuidadores, proporcionan menor apoyo, sostienen un distanciamiento emocional y buscan ayuda de otros familiares al momento de desempeñar el rol asumido. De todas maneras, las mujeres son quienes emplean mayor tiempo y dedicación a la tarea de cuidado, mientras que los hombres

tienden a asumir el rol de cuidador secundario, proporcionando ayuda a la cuidadora principal cuando requieren de su asistencia en tareas esporádicas. (Crespo López, 2006)

Quienes asumen el rol de cuidador principal, en la mayoría de los casos, pertenecen al grupo familiar, ya que una de las fuentes importantes de apoyo y cuidado en la vejez es la familia, en la medida que es la sede de transferencias intergeneracionales de recursos materiales y de cuidados afectivos. Pero al hablar de familia, es importante diferenciar los diferentes grados de parentesco que existen.

El parentesco presenta una clasificación por consanguinidad o por afinidad, ambas partes presentan diferentes grados o niveles. La consanguinidad hace referencia al “parentesco de dos o más individuos que tienen un antepasado común próximo” (Real Academia Española, s.f.); posee tres grados, el primer grado corresponde a padres e hijos, segundo grado a hermanos, abuelos y nietos, mientras que el tercer grado a tíos y sobrinos. Por otro lado, el parentesco se asocia por afinidad, el cual hace referencia al “parentesco que, por el matrimonio, se establece entre cada cónyuge y los parientes del otro” (Real Academia Española, RAE, s.f.), a su vez presenta tres grados: en el primer grado se encuentra el cónyuge, padres del cónyuge (suegros) y cónyuges de los hijos (yerno y nuera), en el segundo grado están los cónyuges de los hermanos (cuñados), abuelos de los cónyuges y cónyuges de los nietos, por último, en el tercer grado se encuentran cónyuges de tíos, cónyuges de sobrinos, tíos (hermanos de los padres del cónyuge) y sus cónyuges y sobrinos (hijos de cuñados) con sus respectivos cónyuges. De todas maneras, es necesario aclarar que en el siguiente proyecto de investigación se tomarán como referencia de cuidadores principales al primer grado tanto de consanguinidad como de afinidad, ya que son los que presentan mayor sobrecarga.

Dentro de la familia no todos asumen la tarea de cuidado; por lo general son esposas e hijas quienes se encargan de semejante responsabilidad, es decir que tiene un gran peso el primer grado de parentesco de consanguinidad y de afinidad. Estas personas al mismo tiempo poseen múltiples obligaciones sociales, laborales y familiares, las cuales les generan diferentes alteraciones, dando lugar a, como se ha mencionado en párrafos anteriores, sobrecarga, ya sea física y emocional. A su vez, nuevamente se hace referencia al predominio del sexo femenino en los cuidados, determinado fundamentalmente por factores culturales que le han asignado a la mujer

el papel de cuidar. Si bien la incorporación de la mujer al mundo laboral dio lugar a que mayor cantidad de hombres tengan que asumirse como cuidadores, sigue siendo la mujer la encargada de ser cuidadora principal. Se entiende que son razones afectivas las que impulsan a brindar cuidados al adulto mayor a pesar de no contar, ya sea con una experiencia o capacitación previa en esta labor. De todas maneras, esta situación puede generar conflictos familiares por el desacuerdo que se presenta entre quien brinda el cuidado y los demás miembros de la familia, ya sea por el comportamiento, las decisiones y actitudes de unos y otros hacia el adulto mayor o incluso, por la forma en que se proporcionan los cuidados. Además, se presenta una inversión de roles debido al cuidado entre padres e hijos, lo cual requiere de un cambio en la mentalidad y un proceso de adaptación a estas nuevas responsabilidades. (Espín, 2008)

Siguiendo con la línea de parentesco, es importante destacar que la relación que presentan los adultos mayores dependientes con sus cónyuges es diferente a la que pueden desarrollar con otros familiares, debido a que estos últimos suelen involucrarse más en las tareas de cuidado que los hijos, y no se debe dejar de lado que los mismos pueden presentar, al mismo tiempo, limitaciones físicas asociadas con la edad, menores ingresos económicos, y un entorno social disminuido que dificulta aún más la tarea de cuidado, ya que también son adultos mayores (en su gran mayoría). Por otro lado, en el caso en que los hijos se asumen como cuidadores principales, ellos también tienen estresores añadidos, los cuales se asocian directamente a otros roles familiares que deben desempeñar en su propio hogar, como así también responsabilidades laborales, generando mayor sobrecarga emocional, física, económica y social. (Crespo López, 2006)

Luego de haber recabado información diversa para la construcción del proyecto de investigación planteado, se consideró emplear la Teoría Transaccional del Estrés, desarrollada por el psicólogo estadounidense Richard Stanley Lazarus; como la más adecuada para lograr la fundamentación pertinente al problema de investigación planteado en el proyecto. Dicha teoría establece que el estrés es un proceso de transacción entre una situación (interna o externa) que posee determinadas características y una persona que valora la situación en función de sus propias metas, valores, experiencia, etc. En el marco de esta perspectiva transaccional, para que se presente el fenómeno del estrés es importante que la

persona perciba un desbalance entre las demandas externas o internas y los recursos que están a su disposición para superar las demandas. (Gómez Ortiz, 2005)

De todas maneras, es importante resaltar que existen dos enfoques de estrés: por un lado, se encuentra el estrés fisiológico, el cual hace referencia a una perturbación de la homeostasis y por el otro está el estrés psicológico, el cual se relaciona directamente al individuo con su entorno. Aquí se hará hincapié en el último mencionado. El estrés psicológico es definido por Richard Lazarus como “una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y, que pone en peligro su bienestar”; por ende, para que se produzca una respuesta de estrés debe haber condiciones internas y externas, y la relación entre ellas es lo que da lugar a su aparición y a características particulares. Por este motivo, se justifica por qué cada individuo puede responder de manera diferente ante un mismo estímulo y según sus experiencias previas, su historia y características personales, tender a diferentes interpretaciones y estilos de afrontamiento ante cada situación. El sujeto es quien decide qué es estresante mediante ciertos procesos perceptivos, y una vez asumida la fuente de estrés personal puede transformarla a través de diferentes estrategias de afrontamiento. El estrés se hará presente, según la teoría transaccional, cuando determinada situación impide o pone en peligro el compromiso de una meta importante o viola expectativas altamente valoradas. El inicio de un proceso de estrés se da a partir de la presencia de un “estresor”, esto comienza cuando el individuo se enfrenta a cambios en su entorno, tales como acontecimientos no planificados o imprevistos, que perjudican física o psicológicamente a la persona. (Ramírez González & Landero Hernández, 2006)

Según la Teoría Transaccional, el estrés psicológico se encuentra relacionado directamente con la relevancia que el individuo le otorga a las situaciones que se le presentan. El estrés no se hará presente si la situación que el individuo atraviesa es considerada beneficiosa; de lo contrario, si la situación se percibe como un daño/pérdida, amenaza o desafío, el mismo se verá afectado por estrés psicológico. El daño/pérdida hace referencia a una pérdida que ya se produjo, amenaza se relaciona con lo posible y desafío alude a una dificultad que puede ser superada con entusiasmo y confianza en uno mismo.

De acuerdo a lo expuesto sobre estrés, se entiende que quien asume el rol de cuidador principal del adulto mayor está expuesto constantemente a diferentes estresores, los cuales dan lugar a la sobrecarga, derivado exclusivamente de las tareas que debe realizar durante el proceso de cuidado. Si bien existe una definición biológica del mismo, en este caso se utilizará la teoría transaccional del estrés para definirlo desde la concepción psicológica, como se mencionó anteriormente, ya que la situación que se hace presente en el cuidador principal del adulto mayor se genera a partir de una relación del individuo con su entorno, el cual es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar. (Ramírez González & Landero Hernández, 2006)

En base a las teorías de enfermería que se utilizarán para fundamentar el problema de investigación planteado, se han seleccionado tres correspondientes a las siguientes teóricas: Hildegard Peplau, Joyce Travelbee y Virginia Henderson. Hildegard Peplau es considerada como la madre de la enfermería psiquiátrica debido a que su trabajo dio lugar al desarrollo de la enfermería psiquiátrica como especialidad. Plantea una teoría denominada como la Teoría de las Relaciones Interpersonales, en la cual desarrolla la importancia de la capacidad de la enfermera de entender su propia conducta, para así, asistir a los sujetos a comprender y resolver los inconvenientes que se les presenten. Al mismo tiempo hizo hincapié en lo importante que es la relación enfermera-paciente como proceso interpersonal, significativo y terapéutico. (Alligood & Tomey, 2011)

Siguiendo la línea de Hildegard Peplau, se encuentra Joyce Travelbee, especializada en la enfermería familiar y comunitaria, la cual establece el Modelo de Relaciones entre seres humanos. En él proponía que el objetivo de enfermería consistía en ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento.

Por último, se tiene en cuenta a Virginia Henderson con su teoría de las necesidades básicas, en la cual existen 14 necesidades que deben ser satisfechas. Henderson sostiene que a través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe identificar en sus pacientes qué ayuda necesitan para lograr satisfacer sus necesidades. (Alligood & Tomey, 2011).

De manera similar a las ideas postuladas por Virginia Henderson, en el presente proyecto de investigación se evaluará a través del índice de Barthel el nivel

de independencia que poseen los adultos mayores pertenecientes a la investigación desarrollada. Este índice consta de una lista de necesidades que deben ser satisfechas, por ende, se intenta identificar cuales faltarían satisfacer y cuales requerirán de una ayuda externa.

En lo que respecta a la población en estudio seleccionada, se considera que es importante abordar al adulto mayor dependiente y a su respectivo cuidador principal, debido al estado de vulnerabilidad en la que se encuentran ambos, por un lado el adulto mayor por las afecciones que suele padecer durante la última etapa del ciclo vital, y por otro, el cuidador con sus escasas herramientas tanto para llevar a cabo adecuadamente la tarea de cuidado como así para afrontar las diferentes situaciones de estrés que ésta genera.

Material y métodos

Tipo de estudio

Se realizará un estudio de *abordaje cuantitativo*, en el cual los hechos estudiados se interpretarán de manera objetiva y sistemática y la realidad se abordará en forma fragmentada.

Según el grado de manipulación por parte del investigador corresponderá a un estudio *no experimental u observacional*, debido a que las variables serán estudiadas de la manera en que se presenten en la realidad, sin ningún tipo de manipulación por parte del investigador.

Según periodo y secuencia del estudio será *transversal*, a partir de la medición simultánea de variables, en un tiempo determinado, sin considerar lo que sucede antes o después del estudio realizado. Es importante aclarar que al ser un estudio transversal se realizará una única medición durante el primer semestre del año 2021.

Según tiempo de ocurrencia de los hechos será un estudio *prospectivo*. Este tipo de estudio se caracteriza por iniciarse con la exposición de una supuesta causa y luego determinar o no la aparición del efecto, por tal, la recolección de datos será según los eventos vayan ocurriendo.

Por último, según el alcance de los resultados será un estudio *analítico o causal*, de manera que se establecerá la relación entre variables, se pondrán a prueba hipótesis y se identificarán posibles causas.

Sitio y contexto

Para la selección del sitio y contexto de la investigación se aplicó una guía de convalidación de sitio (Ver anexo I). Cabe destacar que se seleccionaron dos efectores privados de la ciudad de Rosario, del mismo grado de complejidad, optando por el presente debido a que en uno de ellos no autorizó la realización del siguiente proyecto de investigación. Por tal motivo, no se pudo realizar la comparación entre ambos, ante esto, se realiza una caracterización del efector en la cual, tras los resultados del estudio exploratorio (Ver anexo III), reúne los criterios de elegibilidad para el presente estudio.

La institución seleccionada es un efector privado, polivalente de alta complejidad de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, ubicado en la zona centro de la ciudad y corresponde a una amplia red de servicios de salud privada. Cuenta con diversos servicios de atención médica: servicio de guardia, centro de emergencia y trauma, consultorios externos de diversas especialidades, sector de internación general actualmente dividida en salas "A", "B" y "D", unidad de terapia intensiva, unidad coronaria, unidad de cuidados especiales, quirófanos y sala de post-anestesia, éstos últimos se ubican en el tercer piso del edificio, sobre las alas "B" y "D", área de imágenes y servicio de hemodinamia en el cuarto piso del ala "C" del edificio, servicio de oncología, endoscopia, hemoterapia, centro epidemiológico y helipuerto sanitario.

El presente proyecto de investigación, como se mencionó anteriormente, se llevará a cabo en el servicio de internación general, tomando los sectores 1° "A", "B" Y "D", 2° "A", "B" Y "D", 4° "D" Y 5° "D".

Población y muestra

El proyecto estará constituido por dos poblaciones.

La *primera población* serán todos los pacientes adultos mayores de 65 años que se encuentren internados en los sectores 1° A B Y D, 2° A B Y D, 4° D Y 5° D de sala de internación general.

La unidad de análisis de la población mencionada será cada uno de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad que se encuentren internados en los sectores 1° A B Y D, 2° A B Y D, 4° D Y 5° D.

Criterios de exclusión: quedarán excluidos todos los adultos mayores de 65 años que ingresen a la institución derivados de residencias geriátricas o centros de rehabilitación.

La *segunda población* serán todos los acompañantes del adulto mayor de 65 años internado en los sectores 1° A B Y D, 2° A B Y D, 4° D Y 5° D de sala de internación general, considerado cuidador principal.

La unidad de análisis de la segunda población mencionada será cada uno de los acompañantes del adulto mayor de 65 años internado en los sectores 1° A B Y D, 2° A B Y D, 4° D Y 5° D, considerado cuidador principal.

Criterios de exclusión: quedarán excluidos todos los acompañantes del adulto mayor de 65 años que reciba retribución económica por su labor de cuidador.

El tamaño de la primera población será de aproximadamente 60 adultos mayores de 65 años que reúnen los criterios de inclusión/exclusión anteriormente mencionados. Por consiguiente, la segunda población se estima por relación directa que será de aproximadamente 60 cuidadores principales que reúnen los criterios de inclusión/exclusión mencionados con anterioridad. Dichos datos fueron aportados a partir del estudio exploratorio realizado. Ante ello, no se realizará muestreo ya que ambas poblaciones serán factibles de ser abordadas en su totalidad.

Por último, en referencia a la validez externa de la investigación, los datos obtenidos serán generalizables solo para la población en estudio, ya que se realizará en un solo sitio.

Instrumentos y técnicas para la recolección de datos

Para la medición de la variable “grado de independencia” se utilizará la técnica de observación utilizando como instrumento de recolección de datos una lista de control, denominada Índice de Barthel la cual se encuentra validada (Ver anexo II). (Barrero Solís, García Arriola, & Ojeda Manzano, 2005). El mismo consta de diez dimensiones en las cuales posee entre dos y cuatro indicadores en cada una de ellas. La recolección de datos se realizará marcando con un círculo la opción seleccionada, es decir el indicador observado sobre la realización de actividades de la vida diaria en el adulto mayor.

Por otro lado, para la medición de la variable “sobrecarga del cuidador principal” se utilizará la técnica de encuesta, utilizando como instrumento de medición un cuestionario validado denominado Escala de Zarit (Ver anexo II) (Crespo López & Rivas, 2015). El mismo consta de veintidós preguntas con opciones múltiples de respuesta, los cuales miden el nivel de sobrecarga del cuidador principal. Cabe aclarar que se modificará el instrumento, realizando una división de los indicadores en tres dimensiones: Psicológica/emocional, Social y Económica. La recolección de

datos será mediante respuestas con una escala tipo Likert, la cual incluye Nunca, Casi nunca, A veces, Varias veces y Casi siempre. En el casillero correspondiente a puntuación se colocará el valor de cada respuesta.

A la encuesta antes mencionada se le agregará la pregunta correspondiente a sexo y parentesco según refiera el entrevistado para luego ubicarla según el grado al que pertenece en la clasificación utilizada.

Todas las técnicas de recolección de datos poseen ventajas y desventajas. En lo que respecta a la observación, la misma posee como ventaja medir en forma real lo que uno está buscando. Por otro lado, la encuesta posee la ventaja de recabar información objetiva y precisa de los sujetos en estudio.

A partir de lo expuesto con anterioridad, las variables del presente proyecto de investigación quedan operacionalizadas de la siguiente manera.

Variable 1: Grado de independencia.

Tipo cualitativa compleja. Función independiente. Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: Nivel de capacidad del adulto mayor para la realización de diez actividades de la vida diaria.

Dimensión 1: Comer

Indicadores:

*Incapaz.

*Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

*Independiente (la comida está al alcance de la mano).

Dimensión 2: Trasladarse entre silla y cama.

Indicadores:

*Incapaz, no se mantiene sentado.

*Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.

*Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal).

*Independiente.

Dimensión 3: Aseo personal.

Indicadores:

*Necesita ayuda con el aseo personal.

*Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Dimensión 4: Uso del retrete.

Indicadores:

*Dependiente.

*Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

*Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).

Dimensión 5: Bañarse/ ducharse.

Indicadores:

*Dependiente.

*Independiente para bañarse o ducharse.

Dimensión 6: Desplazarse.

Indicadores:

*Inmóvil.

*Independiente en silla de ruedas en 50 m.

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

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

Dimensión 7: Subir y bajar escaleras.

Indicadores:

*Incapaz.

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

*Independiente para subir y bajar.

Dimensión 8: Vestirse y desvestirse.

Indicadores:

*Dependiente.

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

*Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

Dimensión 9: Control de heces.

Indicadores:

*Incontinente o necesita que le suministren enema.

*Accidente excepcional (uno por semana).

*Continente.

Dimensión 10: Control de orina.

Indicadores:

*Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

*Accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

*Continente, durante al menos 7 días.

Variable 2: Sobrecarga del cuidador principal.

Tipo cualitativa compleja. Función dependiente. Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: Conjunto de problemas psicológicos, emocionales, sociales y económicos que experimenta el cuidador principal del adulto mayor, resultante de la interrelación entre el contexto de cuidado y las características de la persona dependiente.

Dimensión 1: Psicológica/Emocional.

Indicadores:

*Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita.

*Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted.

*Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades.

*Se siente avergonzado por la conducta de su familiar.

*Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar.

*Siente temor por el futuro que le espera a su familiar.

*Siente que su familiar depende de usted.

*Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar.

*Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar.

*Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar.

*Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar.

*Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo.

*Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó.

*Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas.

*Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar.

*Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar.

*Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace.

*En general, se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar.

Dimensión 2: Social.

Indicadores:

*Cree que la situación actual afecta de manera negativa su relación con amigos y otros miembros de la familia.

*Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar.

*Se siente incómodo para invitar amigos a casa a causa de su familiar.

Dimensión 3: Económica.

Indicadores:

*Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus propios gastos.

Variable 3: Sexo.

Tipo cualitativa simple. Función independiente. Escala de medición nominal.

Indicadores:

*Femenino.

*Masculino.

Variable 4: Grado de parentesco.

Tipo cualitativa simple. Función independiente. Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta, según refiera el entrevistado.

Dimensión 1: Consanguinidad.

Indicadores:

*Mis padres.

*Mis hijos.

*Mis hermanos.

*Mis abuelos.

*Mis nietos.

*Mis tíos (hermanos de los padres).

*Mis sobrinos (hijos de los hermanos).

Dimensión 2: Afinidad.

Indicadores:

*Mi cónyuge.

*Padres del cónyuge.

*Cónyuges de mis hijos.

*Cónyuges de mis hermanos.

*Abuelos de los cónyuges.

*Cónyuges de mis nietos.

*Cuñados (hermanos del cónyuge) y sus cónyuges.

*Cónyuges de mis tíos.

*Cónyuges de mis sobrinos.

*Tíos (hermanos de los padres del cónyuge) y sus cónyuges.

*Sobrinos (hijos de cuñados) y sus cónyuges.

En cuanto a los instrumentos a utilizar para la recolección de datos, es importante destacar que se aplicó una prueba piloto (Ver anexo IV), la cual es necesaria para descartar las amenazas que existen en la aplicación de los instrumentos de medición, tales como la inestabilidad de los mismos. La prueba no se realizó sobre las unidades de análisis que formarán parte del proyecto de investigación, sino que se efectuó en una población con similares características, de manera de evitar sensibilizar a la población objetivo y que se produzcan sesgos en los resultados. A su vez se tuvieron en cuenta las condiciones en las que se recolecta el dato y la formulación de las preguntas.

Principios Bioéticos

Beneficencia: hace referencia a la máxima de “sobre todo no dañar”. Se evitará infringir daño a los sujetos que conformen la población en estudio, no se los expondrá a daños físicos ni psicológicos, teniendo en cuenta que los beneficios siempre superarán a los efectos indeseables. Por último, se asegurará la confidencialidad a cada uno de los participantes de la investigación.

Autonomía/respeto por la dignidad humana: se resguardará el derecho a la autodeterminación en cada uno de los sujetos de estudio, por intermedio de información completa y precisa, detallada en el consentimiento informado (VER ANEXO II), formulado por la autora del proyecto. En el mismo se plantean los objetivos, propósito y pasos del proyecto de investigación, como así también se reconoce la capacidad y los derechos del sujeto de estudio de tomar sus propias decisiones, libre de coerción y que podrá retirarse de la investigación en el momento que lo desee y a rehusarse a contestar las preguntas cuando considere que se invade su privacidad, sin que esto conlleve algún tipo de represalia.

Justicia: el reclutamiento y la selección de los sujetos de estudio será de manera equitativa, se garantizará un trato justo e intimidad a cada uno de ellos y se respetará la confidencialidad de los datos. No se expondrá a situación de riesgo a un grupo para beneficiar a otro, sino que se distribuirán por igual los riesgos y beneficios de la participación en el estudio de investigación.

Personal a cargo de la recolección de datos

La recolección de datos estará a cargo de la autora del siguiente proyecto de investigación, sin necesidad de requerir de colaboradores. El momento será acordado con la jefa del Departamento de Enfermería del efector privado en donde se desarrollará el proyecto de investigación, con el objetivo de no interrumpir las actividades esenciales diarias del personal de salud. Se realizará tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes), en un lapso de dos o tres horas por día, en el turno mañana, durante el periodo de seis meses en los sectores de internación general correspondientes a 1° A B Y D, 2° A B Y D, 4° D Y 5°D.

Plan de análisis

Para la medición de la variable grado de independencia, se utilizará una escala de medición ordinal, ya que se establecerá un orden jerárquico entre sus categorías.

La lista de control utilizada, denominada Índice de Barthel presenta 10 ítems, con una codificación en las respuestas que va desde 0 a 5, 0 a 10 o 0 a 15, dependiendo la pregunta. El mínimo puntaje que se puede obtener es 0 y el máximo es 100. De aquí se construyen 5 escalas: Independiente, Dependiente leve, Dependiente moderado, Dependiente grave y Dependiente total.

A cada indicador que compone las dimensiones que miden la variable, se le asignará un valor numérico, con el fin de poder cuantificar los mismos y reconstruir la variable.

Dimensión 1: Comer. Tiene 3 opciones de respuesta, con una puntuación de 0, 5 o 10.

Dimensión 2: Trasladarse entre la silla y la cama. Tiene 4 opciones de respuesta, con una puntuación de 0, 5, 10 o 15.

Dimensión 3: Aseo personal. Tiene dos opciones de respuesta, con una puntuación de 0 o 5.

Dimensión 4: Uso del baño. Tiene tres opciones de respuesta, con una puntuación de 0, 5 o 10.

Dimensión 5: Bañarse/ ducharse. Tiene dos opciones de respuesta, con una puntuación de 0 o 5.

Dimensión 6: Desplazarse. Tiene cuatro opciones de respuesta, con una puntuación de 0, 5, 10 o 15.

Dimensión 7: Subir y bajar escaleras. Tiene tres opciones de respuesta, con una puntuación de 0, 5 o 10.

Dimensión 8: Vestirse y desvestirse. Tiene tres opciones de respuesta, con una puntuación de 0, 5 o 10.

Dimensión 9: Control de heces. Tiene tres opciones de respuesta, con una puntuación de 0, 5 o 10.

Dimensión 10: Control de orina. Tiene tres opciones de respuesta, con una puntuación de 0, 5 o 10.

A menor puntuación obtenida, menor será la independencia del adulto mayor con respecto a la realización de las actividades de la vida diaria. A partir de esta descripción, la variable queda reconstituida de la siguiente manera:

*Independiente 100 (90 en silla de ruedas).

*Dependiente leve 91-99

*Dependiente moderado 61-90

*Dependiente grave 21-60

*Dependiente total 0-20

Para la medición de la variable sobrecarga del cuidador principal se utilizará una escala de medición ordinal, ya que se establecerá un orden jerárquico entre sus categorías.

El cuestionario utilizado, denominado Escala de Zarit presenta 22 ítems, con escala tipo Likert, con una puntuación en las respuestas que va desde 0 (Nunca) a 4 (Casi siempre). El máximo puntaje que se puede obtener es 88 puntos, en el cual, menos de 46 puntos indica No sobrecarga, mayor a 56 puntos indica Sobrecarga intensa, y un puntaje que se ubique entre 46 y 56 puntos indica Sobrecarga Leve.

Cabe aclarar que para una utilización más práctica del instrumento Escala de Zarit se dividieron los ítems en tres dimensiones.

La dimensión número uno corresponde a la dimensión Psicológica/Emocional y se compone de 18 indicadores.

La dimensión número dos corresponde a dimensión Social y se compone de 3 indicadores.

Por último, se encuentra la dimensión Económica que se compone con un indicador.

Todas las preguntas, de las 3 dimensiones tienen 5 opciones de respuesta. Para lograr una reconstrucción de la variable, se le asigna a cada respuesta un valor numérico, quedando conformado de la siguiente manera:

- *Nunca (0 puntos)
- *Casi Nunca (1 punto)
- *A veces (2 puntos)
- *Varias veces (3 puntos)
- *Casi siempre (4 puntos)

En cuanto a la variable número tres, Sexo se medirá a través de una escala Nominal. Esta variable contiene una clasificación de dos categorías, Femenino y Masculino según refiera el entrevistado.

Por último, la variable grado de parentesco será medida a través de una escala ordinal. Esta variable se divide en dos dimensiones, por un lado, la dimensión Consanguinidad que se compone con 7 indicadores, y por el otro la dimensión Afinidad que se compone con 11 indicadores. Es importante aclarar que no se le asignará valores numéricos, solo se cuantificará la frecuencia o el número de casos pertenecientes a cada categoría.

El tipo de análisis seleccionado que se utilizará será un análisis multivariado, ya que permite una descripción de relaciones entre cuatro variables: grado de independencia, sobrecarga del cuidador principal, sexo y grado de parentesco.

En cuanto a pruebas estadísticas, se utilizarán estadísticas descriptivas para las cuatro variables, ya que las escalas de medición seleccionadas permiten identificar frecuencias y porcentajes en cada una de ellas. Cabe destacar que las variables grado de independencia y sobrecarga del cuidador principal, correspondientes a cualitativas complejas se medirán a través de una escala ordinal, la cual se caracteriza por ordenar posiciones; mientras que las variables sexo y grado de parentesco correspondientes a cualitativas simples se medirán a través de una escala nominal, la cual se caracteriza por identificar, clasificar y categorizar.

Para la tabulación de los resultados obtenidos se utilizará el programa IBM SPSS Statistic 26.6 – 2019. El mismo es uno de los Software estadísticos más conocidos, utilizado para resolver gran variedad de problemas de investigación, principalmente relacionados con las ciencias sociales, de dominio público y fácil descarga para ser utilizado. Cabe destacar que se contará con la colaboración de un profesional especializado en estadística.

En lo que respecta a la presentación de los resultados obtenidos, se realizará a través de gráficos de barras simple para las variables Grado de independencia y Grado de parentesco, mientras que las variables Sobrecarga del cuidador principal y Sexo se presentarán en gráficos circulares (o de torta). Finalmente, se utilizarán gráficos de barras simples adosadas para el cruce de variables.

Plan de trabajo y cronograma de actividades

Actividades	Enero 2021	Febrero 2021	Marzo 2021	Abril 2021	Mayo 2021	Junio 2021	Julio 2021		Agosto 2021	
							1ra quincena	2da quincena	1era quincena	2da quincena
Recolección de datos.										
Tabulación de los datos recolectados.										
Análisis e interpretación de los datos recolectados.										
Elaboración de discusiones y conclusiones.										
Redacción y entrega final de la investigación.										

ANEXOS

Anexo I – Guía de convalidación de sitio

Guía de convalidación de sitio

- *¿La institución permite que se realice la investigación?
- *¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?
- *¿La recolección de datos se debe realizar en un horario específico?
- *¿La institución permite que se tome como sujeto de estudio a los adultos mayores que se encuentran internados?
- *¿La institución permite que se tome como sujeto de estudio a los acompañantes de los adultos mayores que se encuentran internados?
- *¿La institución provee asistencia psicológica a pacientes y familiares?
- *¿Cuántas personas se permite que acompañen al paciente internado?
- *¿Los acompañantes pueden ser de ambos sexos?
- *¿Se tiene un promedio estimativo de cantidad de adultos mayores que se encuentran internados por mes en la institución?
- *¿La institución recibe adultos mayores con diferentes grados de independencia?
- *¿Los profesionales de enfermería realizan educación para el alta? En caso de ser afirmativa la respuesta, ¿incluyen al acompañante/cuidador del adulto mayor en la educación?

Anexo II – Instrumentos de recolección de datos

Índice de Barthel

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Marque con un círculo la opción seleccionada. Luego sume cada uno de los puntajes correspondientes a cada dimensión para obtener la puntuación final.

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del baño

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Grado de dependencia según puntuación de la escala

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).
- Dependiente leve: 91-99
- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total: 0-20

ESCALA DE ZARIT

Escala de carga del cuidador

En el casillero correspondiente a puntuación escriba la opción elegida según cada pregunta. Si la respuesta es Nunca escriba 0, Casi nunca 1, A veces 2, Varias veces 3 y Casi siempre 4.

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa su relación con amigos y otros miembros de la familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene a vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus propios gastos?	

16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora de la siguiente manera:

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Varias veces	3
Casi siempre	4

ANEXO II - CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes de la investigación una explicación clara y precisa de la misma, como así también el rol que cumplirán ellos en el proyecto.

El presente proyecto de investigación es dirigido por Robledo Herrera, Anabella Sol, Enfermera Profesional y estudiante de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. El objetivo del presente proyecto es determinar la relación que existe entre el grado de independencia del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador principal, según sexo y grado de parentesco, en sala general de un efector privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021.

Si usted accede a participar del estudio, se le pedirá responder a un cuestionario a través de una encuesta y entrevista, como así también a ser evaluado durante la realización de actividades diarias.

La participación en el estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no se utilizará con otro propósito que se encuentre fuera de los alcances de la presente investigación.

En caso de presentar dudas sobre el proyecto de investigación tiene la posibilidad de realizar preguntas durante la participación. De todas maneras, puede retirarse del proyecto en el momento que lo desee sin que sea perjudicado en ningún aspecto. En caso de que alguna de las preguntas que se le realizan lo pongan en una situación de incomodidad tiene el derecho a no responder.

Desde ya, se le agradece su participación.

Acepto participar de manera voluntaria en el siguiente proyecto de investigación, conducida por Robledo Herrera, Anabella Sol. He sido informado/a de que el objetivo del presente proyecto es determinar la relación que existe entre el grado de independencia del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador principal, según sexo y grado de parentesco, en sala general de un efector privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021.

Reconozco que la información que brinde para el presente proyecto de investigación será estrictamente confidencial y no será utilizada con otro propósito que se encuentre fuera del alcance del proyecto sin mi consentimiento. He sido informado/a acerca de realizar preguntas durante el curso de la investigación, de no responder a preguntas que no desee y de poder retirarme en el momento que lo desee sin que todo esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en el presente proyecto puedo contactar a Robledo Herrera, Anabella Sol a su teléfono personal o dirección de correo electrónico entregado.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y podré acceder a los resultados de la investigación una vez que esta haya concluido.

Nombre del participante Firma del participante Fecha

Anexo III – Resultados del estudio exploratorio

Para la convalidación de sitio, es importante destacar que se seleccionaron dos efectores privados de la ciudad de Rosario con el mismo grado de complejidad, optando finalmente por el presente, debido a que en uno de ellos no se permitió aplicar la guía de convalidación de sitio, por lo cual no es posible desarrollar en ese lugar el proyecto de investigación.

La guía, elaborada por la investigadora del presente proyecto de investigación, se aplicó a la Jefa de Enfermería del efector privado. Se comprobó mediante la aplicación, que la institución reúne las características necesarias para realizar el estudio.

En cuanto a las autorizaciones para el ingreso y realización del proyecto de investigación, fueron concedidos por la entrevistada. Además, agregó que, si bien la autorización está concedida, el estudio se podrá realizar con previa autorización del sujeto de estudio y su debido consentimiento informado, ya que el paciente debe ser informado que será sometido a investigación.

La recolección de datos, según la entrevistada, no es necesario que se realice durante un horario específico.

La institución permite que se tome como sujeto de estudio a los adultos mayores y a sus respectivos acompañantes, pero, de todas maneras, la entrevistada refiere que por lo general no se involucra a la familia, y además sostiene que: *“en las instituciones públicas en general es más fácil, en cambio en una institución privada se lo toma como una intromisión a su privacidad, por eso debe realizarse siempre con consentimiento informado”*.

A partir de la entrevista, se logró conocer que la institución provee asistencia psicológica al paciente y a su grupo familiar si así lo requiere, como así también, se informó que existe un equipo de cuidados paliativos que asiste al binomio paciente-familia en casos especiales.

En cuanto al acompañamiento del paciente internado, se permite que fuera de lo que es el horario de visita, tenga solo un acompañante, sin distinción de sexo.

Con respecto a la cantidad de pacientes adultos mayores, la entrevistada hace referencia a que el número depende del giro cama, y no se pudo tener acceso a datos

estadísticos para tener un número exacto, de todas formas, refiere que ingresan al efector un promedio de diez pacientes al mes con las características buscadas. Al mismo tiempo, afirma que los adultos mayores que son ingresados a la institución poseen distintos grados de independencia.

Por último, para finalizar con la guía de convalidación de sitio, se logró conocer, que el personal de enfermería en pocas ocasiones realiza educación para el alta y agrega que: *“El proceso de educación para el alta comienza desde el ingreso del paciente a la institución y se realiza dependiendo de la autosuficiencia del paciente, o se realiza con el paciente y el acompañante (cuidador), y los pacientes que son sumamente dependientes la teoría se educa desde el comienzo para lograr, al momento del egreso, autonomía en el domicilio. Muy importante en las internaciones prolongadas, ya que el “destete” institucional, ya que el mayor miedo del alta es irse a casa y sentirse desprotegido, efecto de la cronicidad”.*



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que ROBLERO HERRERA, ANABELLA SOL.
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 15 días de Noviembre de 2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. Mónica Fernández
Dirección de Enfermería
SANATORIO PARQUE
Bv. Oroño 860 - Rosario - Argentina
Tel.: 54-341-4200205/206
Fax: 54-341-4491820
www.sanatorioparque.com.ar

Anexo IV – Resultados de prueba piloto

Se aplicó una prueba piloto a cinco adultos mayores con el objetivo de medir el grado de independencia que poseen. El instrumento utilizado, Índice de Barthel, mostró confiabilidad y el tiempo de aplicación fue de aproximadamente 20 minutos.

Por otra parte, se aplicó el instrumento Escala de Zarit a los cuidadores principales de los adultos mayores mencionados anteriormente. La encuesta demandó aproximadamente 20 minutos de respuesta y no se encontraron dificultades en la comprensión de las preguntas.

Es importante aclarar que luego de haber realizado la Prueba Piloto con el objetivo de validar los instrumentos de medición, no se debieron efectuar modificaciones en los mismos ya que miden las variables de manera correcta, el vocabulario es el adecuado, las preguntas están expresadas en forma clara y ambos instrumentos son capaces de dar el mismo resultado en las diferentes aplicaciones.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que ROBLERO HERRERA, ANABELLA SOL.
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 15 días de Noviembre de 2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. Mónica Fernández
Dirección de Enfermería
SANATORIO PARQUE
Bv. Oroño 860 - Rosario - Argentina
Tel.: 54-341-4200205/206
Fax: 54-341-4491820
www.sanatorioparque.com.ar

Bibliografía

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier. Obtenido de <https://books.google.com.ar/books?id=CYYsbyypR4cC&printsec=frontcover&dq=teoricas+de+enfermeria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwis--jF89PkAhXGJbkGHZGODEgQ6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false>

Barrero Solís, C. L., García Arrijoja, S., & Ojeda Manzano, A. (Enero-Diciembre de 2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración neurológica*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf

Crespo López, M. &. (2006). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"* (Primera edición ed.). Madrid. Obtenido de https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=0uaEKGOqw5IC&oi=fnd&pg=PA9&ots=PdZbgrGqSy&sig=aB8ZLlocwCxHHF1Ari45wEQpYZ0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Crespo López, M., & Rivas, M. T. (Marzo de 2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*. Obtenido de <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/j.clysa.2014.07.002>

De la Cerda Lobato, S., & Sanchez Lopez, E. (2017). *Programas sociales de género: análisis de su estructuración*. *La ventana. Revista de estudios de género*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362017000200286&lang=es#aff1

Ehrenreich, B. (1973). *Brujas, parteras y enfermeras*. Barcelona: La Sal.

Espín, A. M. (Marzo de 2008). *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. Obtenido de Scielo: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2008.v34n3/1-12/es/>

Fernández Vega, D., Ruiz, A. L., & Zaldivar Vaillant, T. (Junio de 2019). *Carga en cuidadores informales primarios de personas adultas con enfermedades neurológicas crónicas*. Obtenido de <https://scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n2/e1510/#>

Fundación Interamericana del Corazón. (s.f.). Obtenido de https://www.ficargentina.org/por-que-fic-argentina/?gclid=EAIaIQobChMI7Lib7qS67QIVCQ6RCh0qiAinEAAYAiAAEgKLFvD_BwE

Gómez Ortiz, V. (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista latinoamericana de Psicología*, 207-209. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537112.pdf>

Jofré Aravena, V., & Sanhuenza Alvarado, O. (Diciembre de 2010). *Evaluación de la sobrecarga de cuidadores informales*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300012&script=sci_arttext&tlng=es.10.4067/S0717-95532010000300012

Jofré, V. A., & Mendoza, S. (2005). *Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000100005&script=sci_arttext

López García, E. P. (2016). Puesta al día: cuidador informal. *Revista Enfermería. Castilla y León*, 71-77. Obtenido de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/164/144>

Maldonado Molina, J. A. (2018). *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores*. Madrid: Dikynson, S.L. Obtenido de https://books.google.com.ar/books?id=jQSCDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

MedlinePlus. (Diciembre de 2018). *Cambios en huesos, músculos y articulaciones por el envejecimiento*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004015.htm>

OMS, O. M. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Obtenido de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=66C791E09DB9322E4B43F8267E54B8A5?sequence=1

Organización Mundial de la Salud, O. (Septiembre de 2018). *Salud de la mujer*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *OPS*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Las%20Am%C3%A9ricas%20es%20una%20de,ser%C3%A1n%201%20de%20cada%205.

Ramírez González, M. T., & Landero Hernández, R. (2006). *Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés*. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49242773/2006_teor%C3%ADa_transaccional_sx.de_sbloqueado.pdf?1475250663=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAnsi_edad_y_Estres_1_45_61_SINTOMAS_PSIC.pdf&Expires=1603724379&Signature=Jy4U3LAHTnEep6f0RLIDBkewqL

Real Academia Española. (s.f.). *RAE*. Obtenido de <https://dle.rae.es/consanguinidad>

Real Academia Española. (s.f.). *RAE*. Obtenido de <https://dpej.rae.es/lema/afinidad>

Remes-Troche, J. M., Sáenz, P., & Riaño, D. (2004). Incontinencia fecal en adultos mayores. *Revista de investigación clínica*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000100004

Salud, O. P. (2015). Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Las%20Am%C3%A9ricas%20es%20una%20de,ser%C3%A1n%201%20de%20cada%205.

Silva Fhon, J. R., & Gonzales Janampa, J. T. (2016). *Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Avances en Enfermería*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000300005&lang=es

Tarducci, G., Gárgano, S., Paganini, A., & Vidueiros, S. (Julio de 2020). *Condición física saludable y su relación con habilidades básicas para la independencia del adulto mayor*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200084&lang=es#B3

Tartaglini, M. F., & Feldberg, C. (Enero de 2020). *Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina*. Obtenido de Neurología Argentina: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1853002819300862#bib0390>

Vallejos, G., Guzmán Rojas, R., & Valdevenito, J. P. (2019). Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000200158

Zambrano Cruz, R., & Ceballos Cardona, P. (Junio de 2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista colombiana de Psiquiatría (RCP)*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a05.pdf>