

FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES
DE HOGARES GERIÁTRICOS EN BOGOTA EN LOS AÑOS 2017 Y 2018.

CAMILO CORREDOR SANTANA, SEBASTIAN DIAZ ALBUTRIA, LINA VANESSA
GONZALEZ BARRIOS, MAYRA MONTAÑO BARRERA.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ASESORA:

INGRID CAROLINA GARCIA AYALA

MÉDICO FAMILIAR Y COMUNITARIO

DOCENTE FACULTAD DE MEDICINA U.D.C.A.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

BOGOTA

2018.

FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES
DE HOGARES GERIÁTRICOS EN BOGOTA EN LOS AÑOS 2017 Y 2018.

CAMILO CORREDOR SANTANA
SEBASTIAN DIAZ ALBUTRIA
LINA VANESSA GONZALEZ BARRIOS
MAYRA MONTAÑO BARRERA.

TRABAJO DE INVESTIGACION

Tutora
Dra. INGRID CAROLINA GARCIA AYALA Medico Familiar

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA
CUNDINAMARCA, BOGOTÁ D.C
2018

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2. JUSTIFICACION.....	8
3. OBJETIVOS.....	10
4. MARCO TEÓRICO.....	11
4.1 CONCEPTOS GENERALES.....	11
4.2 SOBRECARGA.....	14
4.3 ETIOLOGIA.....	15
4.4 FACTORES DE RIESGO.....	16
4.5 SINTOMATOLOGÍA.....	16
4.6 DIAGNÓSTICO.....	17
4.4 TRATAMIENTO.....	19
5. METODOLOGIA.....	22
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	22
6.2 POBLACION OBJETO.....	22
6.3 MUESTREO.....	22
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	23
6.7 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.....	23

6.8 ANALISIS DE INFORMACION.....	24
6.7 DICCIONARIO DE VARIABLES.....	24
7. RECURSOS - PRESUPUESTO.....	29
8. RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS	32
9. CRONOGRAMA.....	33
10. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	34
11. CONSIDERACIONES ETICAS.....	44
12. BIBLIOGRAFIA.....	45

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1 ESCALA DE ZARIT.....	18
TABLA 2 MATRIZ DE VARIABLES.....	24
TABLA 3 FRECUENCIA VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.....	34
TABLA 4 FRECUENCIA VARIABLES LABORALES.....	35
TABLA 5 FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FORMAL DE ADULTO MAYOR EN HOGARES GERIÁTRICOS DE DOS LOCALIDADES DE BOGOTÁ EN EL AÑO 2017 Y 2018.....	36
TABLA 6 FRECUENCIA DE PUNTAJE TOTAL VS. TIPO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.....	37
TABLA 7 FRECUENCIA DE PUNTAJE DE PREGUNTA NÚMERO 2.....	37
TABLA 8 FRECUENCIA DE PUNTAJE DE PREGUNTA NÚMERO 6.....	38
TABLA 9 FRECUENCIA DE PUNTAJE DE PREGUNTA NÚMERO 15.....	39
TABLA 10 FRECUENCIA DE PUNTAJE DE PREGUNTA NÚMERO 14.....	39
TABLA 11 FRECUENCIA DE PUNTAJE DE PREGUNTA NÚMERO 20.....	40
TABLA 12 FRECUENCIA DE PUNTAJE DE PREGUNTA NÚMERO.....	40
GRÁFICA 1 FRECUENCIA DE JORNADA LABORAL EN HORAS AL DÍA.....	36
GRÁFICA 2 CORRELACIÓN ENTRE JORNADA LABORAL Y PUNTAJE DE SOBRECARGA.....	41
GRÁFICA 3 CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO TRABAJANDO EN EL HOGAR GERIÁTRICO Y PUNTAJE DE SOBRECARGA.....	41
GRÁFICA 4 PÉRDIDA DE LIBERTADES.....	42
GRÁFICA 5 CORRELACIÓN NIVEL DE EDUCACIÓN Y LA VARIABLE CUANTITATIVA SOBRE EL PUNTAJE TOTAL DE SOBRECARGA.....	41

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia con el paso de los años se ha visto un incremento en la esperanza de vida; gracias a los nuevos avances en salud y los programas de cuidado al adulto mayor, se calcula que anualmente la población mayor a 80 años aumenta un 4% y para las mujeres en los últimos 50 años la esperanza de vida ha tenido un incremento promedio de 5.9 años. Los adultos mayores se caracterizan por sufrir múltiples patologías crónicas que limitan su capacidad funcional, aumentando el número de personas que precisan de cuidados; gran parte de estos recaen sobre los denominados cuidadores informales y formales. Los individuos a cargo son responsables del enfermo dependiente lo que puede afectar con un gran impacto en la salud física, psíquica, social y en la percepción de la calidad de vida.

En la encuesta nacional en Chile en el 2004, más de 900.000 Chilenos padecían discapacidad moderada a severa, un 34% eran adultos mayores y 4% de estos pacientes tenían postración severa, con lo que requerían apoyo constante para desarrollar actividades diarias; se calcula que aproximadamente esta cifra de adultos mayores crece un 0,15% anualmente, por lo tanto, el porcentaje de los cuidadores aumenta en igual proporción. La sobrecarga del cuidador influye en todos los aspectos de la vida diaria, en el ámbito físico, mental y social; la mayoría de ellos no asisten a controles médicos o psicológicos, sin encontrar la forma de controlar la sobrecarga generada por el cuidado del adulto mayor. (2,3)

En México más de 6.000.000 son adultos mayores, aproximadamente un 30% de estos adultos mayores necesitan un cuidador. La mayoría de estos no miden la cantidad de tiempo que pasan con ellos, dejando de lado su vida social y afectando su salud, por lo que un gran número de estos trabajadores presentan problemas psicológicos por la gran carga laboral, llevando al desarrollo de depresión mayor por la frustración o falta de conocimiento acerca del adecuado manejo del adulto mayor. Con lo anteriormente mencionado se hace necesario realizar un estudio en una población de cuidadores formales de adultos mayores en la ciudad de Bogotá en un determinado periodo de tiempo, acerca de la

sobrecarga a la que es sometida el cuidador; aplicando como instrumento la escala de Zarit validada en Colombia; por lo tanto en este estudio se pretende saber cuál es la frecuencia de sobrecarga en los cuidadores formales de adultos mayores en hogares geriátricos en Bogotá. (3, 4, 5,6)

JUSTIFICACIÓN

Se han realizado estudios sobre la viabilidad de la escala de Zarit a nivel mundial, en el estudio realizado en España se demuestra que en los países industrializados hay un aumento en la esperanza de vida y según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) en Perú la población mayor de 65 años representaba en el 2007 el 6,4% de la población total y en el 2016 se llegó al 9,90% de los individuos. Esto se traduce en un incremento de la cantidad de personas de la tercera edad que requieren un cuidador, en algunos de los casos los cuidadores se ven afectados por las labores diarias que deben ejercer, llevando al desarrollo del síndrome de sobrecarga del cuidador, afectando su desempeño laboral y también en su salud física, psíquica y social. (6, 13,14)

A nivel latinoamericano en Chile, México y Colombia se han realizado estudios para la validación de la escala de Zarit, conformada por 22 preguntas tipo likert que sirven para cuantificar el grado de sobrecarga del cuidador dependiente. Además, esta escala ha sido aplicada en los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca. En Bogotá se realizaron dos estudios acerca de los cuidadores del adulto mayor; el primero analizo la situación laboral de los trabajadores y la forma en que deben desprenderse de situaciones económicas y problemas personales para poder brindar una adecuada atención a los pacientes. En el segundo estudio que se realizó en Bogotá se trató de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores con diagnóstico de Alzheimer aplicando la escala de Zarit, el resultado que se encontró fue que la mayoría de cuidadores que padecen sobrecarga son mujeres cuya responsabilidad es el cuidado de sus padres. Sin embargo, los estudios ya mencionados no hablan de la sobrecarga en los cuidadores formales que están contratados por una institución. (18,19)

La escala de Zarit ha sido aplicada para medir la sobrecarga del cuidador, evalúa varios factores que influyen en este como es el impacto de cuidado y las relaciones interpersonales, además explora diversos campos según los ítems que evalúa dentro de los que se incluyen los aspectos de sobrecarga, abandono de

cuidado, irritabilidad o vergüenza ante el comportamiento del enfermo, pérdida de rol del enfermo y el sentimiento de culpabilidad por no hacer lo suficiente. En un estudio realizado en Bogotá sobre la “Frecuencia del síndrome de burnout en cuidadores de adultos mayores en hogares de larga estancia de la localidad de barrios unidos en la ciudad de Bogotá” se encontró una sensibilidad de la escala del 100%, especificidad del 77,7%, valor predictivo positivo 86,6% y un valor predictivo negativo 100%. (5,37)

El cuidador puede desarrollar apatía y frustración hacia los pacientes debido a factores externos e internos, desencadenando acciones y actitudes indeseables que pueden llegar al maltrato psicológico y físico del adulto mayor; para prevenir este tipo de comportamientos es necesario diagnosticar de forma temprana el síndrome de sobrecarga del cuidador, por lo que este trabajo puede dejar un precedente para próximos artículos que deseen realizarse. Por la desconocida prevalencia y frecuencia de sobrecarga del cuidador en Bogotá, especialmente en cuidadores de hogares geriátricos, es necesario realizar este estudio para identificar la frecuencia con que se presenta sobrecarga de los cuidadores formales de adultos mayores en hogares geriátricos de Bogotá utilizando como instrumento la escala de Zarit. (7, 15, 19, 20)

OBJETIVOS

Objetivo General: Identificar la frecuencia de sobrecarga del cuidador formal de adultos mayores en hogares geriátricos en dos localidades de la ciudad de Bogotá en el año 2017 y 2018.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la población de cuidadores formales de adultos mayores en hogares geriátricos según variables sociodemográficas, laborales y clínicas propuestas.
- Determinar la población de cuidadores formales con mayor índice de sobrecarga del cuidador según los criterios de inclusión y variables sociodemográficas, laborales y clínicas del presente trabajo.

MARCO TEÓRICO

La revisión de literatura inició con la selección de palabras claves: sobrecarga del cuidador, cuidador, cuidador geriátrico, geriátrico, escala Zarit. Luego se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A., además de motores de búsqueda como scielo, medline, pubmed y elsevier. Seleccionando artículos de los últimos 10 años, en español e inglés, realizados en Latinoamérica y en Norteamérica.

CONCEPTOS GENERALES

Con el tiempo ha incrementado la esperanza de vida de la población, a su vez ha disminuido la tasa de natalidad con el consecuente envejecimiento de la comunidad, sumando, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. La demencia es usual en la población de la tercera edad, lo cual afecta y deteriora su calidad de vida; en consecuencia, este grupo de personas requiere el apoyo constante del medio que le rodea. La revista de Ciencia y Enfermería XVIII define los familiares-cuidadores como “las personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarias y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos” (26,27, 28)

La Revista Médica Chile en el año 2009 define al cuidador como “aquella persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente, incapaz de auto sustentarse necesita”; esto involucra una gran responsabilidad y esfuerzo. Implica ver la vida de una manera diferente, conlleva una modificación de las costumbres, tomar decisiones en un ambiente complejo, asumir responsabilidades o realizar tareas específicas y acciones de cuidado físico. Cabe resaltar, que la responsabilidad, los individuos la

adquieren en forma voluntaria sin recompensa monetaria, constituyendo una unidad social sujeta a las presiones y condiciones del entorno, siempre brindando apoyo social, cultural, económico y afectivo. (27,28)

Pocos estudios han mencionado la definición de los tipos de cuidador, encontrándose aún notables diferencias y controversias en cuanto a estos significados; se identifican dos tipos: El primero es el **cuidador informal o no profesional**, se toma su concepto como “Aquel que brinda la prestación de cuidados de salud a las personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata que no reciben redistribución económica por la ayuda que ofrecen”. La ley de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, delimitan este tipo de cuidador, como la persona que presta un servicio a hombres o mujeres en situación de dependencia en su domicilio; oficio que es designado a miembros de la familia o de su círculo de amistades, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada. (29)

El concepto de cuidador informal se puede dividir en dos subgrupos, cuidador principal o primario, y cuidador secundario. El **cuidador principal** es definido como la persona en quien recae toda la responsabilidad (o la mayor parte de ésta) de los cuidados prestados al adulto mayor dependiente en el domicilio, el cual se encarga de las diferentes actividades cotidianas, como vestirse, alimentarse, bañarse, entre otras. Generalmente, es el cónyuge o el familiar femenino más cercano. El individuo dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado del adulto mayor o persona dependiente, realizando estas actividades diarias, de manera constante, permanente o por largas jornadas. El **cuidador secundario**, es aquel que apoya el cuidado del individuo dependiente o enfermo, sin tener la responsabilidad absoluta sobre él. Cabe resaltar que los familiares son los indicados del cuidado de sus parientes dependientes, actuando principalmente en

tres vertientes: La primera, debe ser el apoyo a la hora de realizar tareas domésticas; la segunda, deben ser los encargados de acompañarlos constantemente en las labores cotidianas; por último, en los cuidados personales que este requiera. (13,14, 30) Por el contrario, el **cuidador formal**, se refiere, a aquellas personas que no hacen parte de la familia del individuo enfermo. Que pueden estar capacitadas o no, para ejercer dicho rol y son quienes reciben una remuneración económica por los servicios prestados. En un artículo de la Universidad de la Sabana, se define como “seres capacitados a través de cursos teórico-prácticos para brindar atención preventiva, asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar”. Se encuentran en el hogar, hospital y residencias geriátricas y su función de igual forma es brindar apoyo a las enfermeras junto al equipo de gerontología. En Bogotá se han descrito más de 500 hogares en toda la ciudad, cada uno de ellos cuenta con 2 a 3 cuidadores informales y formales dentro de su nómina, quienes no están relacionados con los adultos mayores que son institucionalizados en estos lugares. (9, 30, 31)

Los cuidadores se ven enfrentados a diferentes retos cada día, dado por la variedad de patologías que padecen los pacientes y discapacitados del hogar geriátrico. Muchos de ellos no se encuentran en la capacidad de afrontar la carga profesional, psicológica y física a la que son sometidos al aceptar este trabajo. Además, muchos de los cuidadores del hogar geriátrico se ven afectados por razones fuera del lugar de trabajo, como inconvenientes familiares, económicos y psicológicos. Lo que causa, dificultades para el desarrollo de su labor profesional y produce el **síndrome de sobrecarga del cuidador**. Es asociado a diferentes consecuencias tanto para el trabajador como para la persona que está bajo su cuidado y representa el tema central en la revisión bibliográfica de este estudio. (7,8,9)

SOBRECARGA

Se define la sobrecarga como agotamiento físico y mental, por la acumulación de estresores relacionados con el cuidado, debido a la incapacidad de adaptación a situaciones del día a día en el cuidado de pacientes dependientes (parcial o totalmente). El término fue descrito por primera vez en 1974, en Estados Unidos en cuidadores de pacientes con Alzheimer, conocido como “burn-out”. El cuidador se expone a horarios extendidos, con actividades repetitivas y sin poder dar un escape a su rutina, también comienza a tener resentimiento por los pacientes que cuida, teniendo ciertas actitudes negativas hacia ellos, llegando a expresar otros síntomas como la angustia, la fatiga, la depresión y la frustración. (8,10)

Asociado a esto, los cuidadores suelen responsabilizarse de aspectos que satisfacen las necesidades del adulto mayor, por lo que puede afectarse su propia satisfacción personal y profesional. La sobrecarga de trabajo en el cuidador origina cambios en las relaciones familiares, en el trabajo, en los aspectos económicos, en el estado de salud y en el ánimo. Cuando permanece esta condición, se convierte en una lucha diaria frente a la enfermedad del adulto mayor, debido a las tareas monótonas y repetitivas que pueden agotar sus reservas psicofísicas, llevándola a desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia el adulto mayor. Estos padecimientos en muchas ocasiones pasan desapercibidos, a causa de la responsabilidad sobre el cuidado del adulto mayor, buscando siempre preservar la salud del paciente. (13)

La sobrecarga se puede clasificar en dos, la primaria u objetiva: se debe exclusivamente a las actividades designadas al cuidador en su trabajo (cómo vestir al paciente, bañar al paciente, etc). La secundaria o subjetiva se debe a los sentimientos y emociones frente al cuidado; cuando se identifica el tipo de sobrecarga, se establece una medida de educación e intervención, que logre

impedir efectos adversos para la salud del cuidador y del paciente. (10,20)

En cuanto a la carga objetiva, la discapacidad de un paciente afecta de manera general tanto a su familia como a su cuidador, quien es el que asume toda la carga de trabajo, generando dificultades a nivel económico, social y laboral. Reflejándose en el ausentismo laboral, en su menor rendimiento y en su inestabilidad; que en la mayoría de los casos conduce a abandonar el trabajo. Como consecuencia, se aumentan los gastos que se requieren para el buen mantenimiento y el cuidado del paciente. (21,22)

La carga subjetiva puede afectar el bienestar físico, pues requiere de esfuerzo y reducción de horas de sueño, lo que genera agotamiento, fatiga y cansancio, también afecta la parte emocional, mental y social del cuidador, ya que la atención de un paciente o anciano dependiente genera cierto esfuerzo emocional. Dicho concepto posee dimensiones múltiples donde aparecen el estrés, los sentimientos negativos y las dificultades en el cuidado. (22,23)

ETIOLOGÍA

Las causas son variadas, se pueden subdividir en tres tipos, relacionadas con **el trabajo, el estilo de vida y el tipo de personalidad**. Las causas relacionadas con el trabajo hacen referencia a: la sensación de pérdida del control en el área laboral, en este mismo ámbito hay falta de reconocimiento, creación de expectativas poco claras, se crea un entorno monótono, tenso y exigente. La etiología correspondiente a la sobrecarga de trabajo se divide en: trabajo continuo sin momentos de esparcimiento, pérdida de relaciones personales o familiares, toma de responsabilidades sin apoyo, junto a horas de sueño inadecuadas. Aquellas relacionadas con el tipo de personalidad son: perfeccionismo, pesimismo y personalidad de tipo A (impacientes, competitivos y agresivos). (8,11, 12)

FACTORES DE RIESGO

La tarea de convertirse en cuidador genera y despierta sentimientos conflictivos, por lo que los intereses propios y las dolencias, pasan a un segundo plano para enfrentarse al reto de cuidar a otra persona, el enfrentarse a este reto supone mantener el equilibrio entre la atención de quien se está cuidando y la conservación de la salud y la vida del cuidador. Por la dependencia que tiene el enfermo con su cuidador, el cuidador pierde poco a poco su independencia, se olvida de sí mismo y no se toma el tiempo libre para descansar, las aficiones y hobbies que tenía, las abandona paralizando durante unos años su proyecto de vida. (20,21,23) Por lo anteriormente descrito, en diversos estudios se han asociado factores de riesgo relacionados con la sobrecarga del cuidador, dentro de los que se encuentran: no recibir ayuda por parte de los otros, cuidar al adulto mayor por más de 12 horas al día, grado de educación del cuidador (tener secundaria o menos), el poco conocimiento del diagnóstico de la persona a cargo, alteración del sueño y la frecuencia de ansiedad. Otro factor de relevancia en estos casos, es ser un **cuidador residente**, es decir aquel que vive con el enfermo; aumentando notablemente el riesgo de desarrollar síndrome de sobrecarga del cuidador por las largas horas laborales con muy poca ayuda de los demás. (32,33)

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas de esta afección son progresivos y se clasifican en: **Físicos, emocionales y del comportamiento**; se incluyen los siguientes: Astenia, adinamia, insomnio, somnolencia, palpitaciones, temblor, problemas gastrointestinales, cefalea, dolores musculares, dificultad en la concentración y la memoria, ideas de minusvalía, pérdida de interés, anorexia o polifagia, irritabilidad, labilidad emocional, depresión, uso excesivo del tabaco, alcohol u otras drogas, incomodidad y desinterés hacia el paciente. (10,11)

DIAGNÓSTICO

En la revisión de literatura hay pocos estudios con énfasis en el cuidador formal, además no hay artículos sobre la tamización de los cuidadores dentro de los hogares geriátricos. Una de las opciones para hacer un diagnóstico presuntivo de esta afección es la escala Zarit, que consta de 22 ítems que describen como se sienten en algunas ocasiones los cuidadores y para cada uno de los interrogantes la persona debe indicar con qué frecuencia se ve afectado, mediante una puntuación de 1 a 5 descritas en la tabla 1; se interpreta con un total de 22 a 110 puntos y la sobrecarga se clasifica de la siguiente forma: ausencia de sobrecarga con un puntaje menor o igual a 46, sobrecarga ligera de 47 a 55 puntos y mayor o igual a 56 significa sobrecarga intensa. La escala de Zarit ha demostrado ser transculturalmente aceptada en Colombia cuantificando el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Se considera que esta escala abarca todas las dimensiones del síndrome del cuidador y está avalada actualmente en América Latina en sus versiones en inglés, Francés, Alemán, Sueco, Portugués, Español y Danés. (4, 5, 6,13, 15,38).

Según Gort, et al., en las diferentes preguntas que se realizan se exploran diversos campos: la sensación de sobrecarga experimentada por el cuidador, el abandono del autocuidado tanto en salud como en autoimagen, la vergüenza ante la presencia o comportamiento del enfermo, la irritabilidad ante la presencia del familiar, el temor por los cuidados o el futuro de sus allegados, la pérdida de rol social y familiar al tener que asumir la responsabilidad total sobre el cuidador, la alteración de la economía y el sentimiento de culpabilidad generado por no hacer lo suficiente. Sin embargo, Ankri, et al., mediante el uso de un análisis factorial exploratorio determinó sólo tres dominios de utilidad para los médicos tratantes que enfrentan a estos cuidadores: efectos en la vida personal y social de los cuidadores, carga psicológica y sentimientos de culpa (4, 15,16).

Tabla 1. Escala de Zarit, la cual consta de 22 preguntas y con una puntuación de 1 a 5 puntos por cada pregunta.

	PREGUNTAS	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	¿Piensa que su paciente pide más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted?	1	2	3	4	5
3	¿Se siente agobiado por no tener suficiente tiempo para su paciente y sus otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su paciente?	1	2	3	4	5
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?	1	2	3	4	5
6	¿Piensa que el cuidar de su paciente afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia, sus pacientes o compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5
7	¿Tiene miedo por el futuro de su paciente?	1	2	3	4	5
8	¿Piensa que su paciente depende de usted?	1	2	3	4	5
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su paciente?	1	2	3	4	5
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?	1	2	3	4	5
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su paciente?	1	2	3	4	5
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su paciente?	1	2	3	4	5
13	¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido de tener que cuidar de su paciente?	1	2	3	4	5
14	¿Piensa que su paciente le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	1	2	3	4	5
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos?	1	2	3	4	5
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su paciente por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó a cuidar a su paciente?	1	2	3	4	5
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente indeciso en el que hacer con su paciente?	1	2	3	4	5
20	¿Piensa que debería hacer más por su paciente?	1	2	3	4	5
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su paciente?	1	2	3	4	5
22	¿Globalmente que grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar de su paciente?	1	2	3	4	5

Las principales desventajas de la escala de Zarit son la extensión y el tiempo requerido para contestar el cuestionario. Por este motivo, en los últimos años se han usado versiones abreviadas de la escala de Zarit, de las cuales, el formato en español es utilizado y validado por Regueiro, et al., y Gort, et al., siendo una de las más aplicadas. Esta escala consta de sólo siete preguntas respecto a la original, con opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos, con un rango desde 1

(nunca) hasta 5 (casi siempre); sus puntuaciones suman un total de 75 a 35 puntos, un puntaje elevado significa sobrecarga intensa (tabla 1). (4,16)

La escala abreviada ha mostrado optimizar el tiempo del cuidador y del médico tratante. Además, al compararla con la escala original como método de referencia y tomando 17 como punto de corte para diferenciar a los cuidadores con sobrecarga intensa de aquellos sin sobrecarga intensa, mostró tener una sensibilidad de 100 %, una especificidad de 90,5 %, un valor pronóstico positivo de 95,5 % y un valor pronóstico negativo del 100 %. (4)

TRATAMIENTO

El tratamiento se dirige tratar la etiología de cada cuidador, ya que es una enfermedad multicausal. Se han utilizado distintas terapias psicosociales, iniciando por la educación general, se brinda información acerca de las patologías y condiciones de los pacientes que están a su cargo. Seguido de los grupos de apoyo, discusiones generales con cuidadores y pacientes, entrenamiento de habilidades sociales, apoyo social, actividades sociales, resolución cognitiva de problemas, terapia cognitiva, habilidades cognitivas y básicas de cuidado, relajación, terapia conductual, meditación, Psicoterapia y consejería. Todas estas terapias están dirigidas hacia el cambio de creencias, mejorar habilidades sociales y formarse en el ámbito del cuidado de pacientes dependientes. (8,11)

Se encuentran un total de 16 tipos de intervenciones psicosociales: 1. **Educación general.** Consiste en la presentación formal de información como lecturas o presentaciones sin discusiones en cualquier tema relacionado con el cuidado en la categoría de información general. Cuando no hay información detallada, se suministra mediante asesoría. 2. **Discusión general.** Se incluyen discusiones individuales y de grupo entre los pacientes y el facilitador. 3. **Grupos de apoyo.** Se trata de grupos conformados por personas con las mismas características, en los que entre ellos mismos hablan y discuten de las situaciones referentes al cuidado. 4. **Entrenamiento en habilidades sociales.** Se realiza en diferentes

modalidades, como juego de roles, modelamiento, ensayos, entrenamiento en asertividad entrenamiento en comunicación verbal y no-verbal. 5. **Apoyo social.** La intervención está enfocada en una manipulación del apoyo. Se realiza mediante la enseñanza de habilidades de interacción entre la familia con énfasis en incrementar la red de apoyo, reducir el aislamiento social y aumentar el apoyo social. 6. **Actividades sociales.** Son intervenciones que incluyen actividades como comidas, excursiones y ejercicios en grupo. 7. **Resolución cognitiva de problemas.** Son estrategias encaminadas a mejorar la respuesta ante los estresores que implica el cuidado, a fin de disminuir sus consecuencias negativas. 8. **Terapia cognitiva.** Son intervenciones que intentan directamente modificar una cognición individual, como el tipo de creencias más frecuentes con respecto a la situación de cuidado. Entre las creencias que han sido más destacadas por los cuidadores están “incapacidad para controlar la conducta” y “la conducta del enfermo se está motivando con intenciones hostiles hacia el cuidador”. 9. **Habilidades cognitivas.** Es un tipo de intervención en la que solamente se utilizan técnicas como distracción, imaginación guiada, dirección en la atención, disociación, etc. 10. **Habilidades prácticas de cuidado.** Consiste en la enseñanza de habilidades prácticas, como el bañar o levantar. Incluyen sesiones de demostración donde el cuidador puede poner en práctica las habilidades que ha aprendido, pero no incluye discusiones simples o habilidades prácticas. 11. **Conservación de grabaciones.** Se solicita al paciente el consentimiento para conservar las grabaciones. Las grabaciones que servían puramente para propósitos evaluativos, antes y después del programa, no se incluyen en este tipo de intervención. 12. **Relajación.** Enseñanza de cualquier técnica de relajación, como la de tensión/distensión. 13. **Terapia de conducta.** Incluye programas en los que se aplican principios de la teoría del aprendizaje y se usan una o más técnicas de las siguientes: establecimiento de metas formalizado (escrito como opuesto a lo verbal), contratos en las metas y reforzamiento verbal o material. 14. **Psicoterapia y consejería.** Intervenciones individuales o grupales de consejería o psicoterapia, diferentes a la terapia cognitiva. 15. **Respiración.** Se nombra como

tipo de intervención cuando se ofrece en forma de cuidado en el día o en la noche.

16. **Misceláneo.** Toma este nombre cuando se nombran componentes de intervención amplios, pero no aclaran los detalles, como los componentes cognitivo-conductuales, las habilidades sociales o la terapia de prevención de recaídas. (34,35.36)

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

El diseño corresponde a un estudio transversal descriptivo, ya que el estudio transversal nos permite evaluar la dimensión y frecuencia de una enfermedad, como el síndrome de sobrecarga del cuidador, en un momento dado. Es descriptivo, debido a que con ello podemos identificar la frecuencia de los casos de sobrecarga en la población de cuidadores de los hogares geriátricos en Bogotá, considerando sus características sociodemográficas, laborales y clínicas.

POBLACIÓN OBJETO:

La población que se implementó en este proyecto fueron cuidadores formales de adultos mayores en hogares geriátricos de las localidades de Barrios Unidos y Mártires, por último el estudio solo incluirá a trabajadores que cumplan con los criterios de inclusión en el año 2017 y 2018.

MUESTREO:

Como población general se tomó la cantidad de 20 hogares geriátricos en Bogotá, ya que era desconocida la población real de cuidadores en hogares geriátricos y se tomó como unidad de análisis los cuidadores de cada geriátrico. Tomamos una muestra a conveniencia de 25 hogares geriátricos, con un promedio de 2 a 3 cuidadores por hogar, obteniendo una muestra total de 45 participantes para el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Cuidadores formales de los adultos mayores en hogares geriátricos de las localidades de Barrios Unidos y Mártires durante el año 2017 y 2018.
2. Edad mayor a 18 años.
3. Hombres y mujeres.
4. Instancia mínima de 1 mes como cuidador formal del hogar geriátrico
5. Cuidadores con o sin nivel educativo.
6. Cuidadores con cualquier estrato socioeconómico
7. Cuidadores con o sin patología diagnosticada antes o después de ingresar a trabajar en el hogar geriátrico.
8. Cualquier raza

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Cuidadores que no acepten diligenciar el consentimiento informado.
2. Cuidadores con algún tipo de relación familiar o personal con el paciente
3. Jornada menor a 5 horas
4. Cuidadores analfabetas
5. Cuidadores que tengan algún otro trabajo u ocupación diferente a la labor ejercida en el hogar geriátrico.
6. Cuestionarios mal diligenciados o con varias respuestas.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento del estudio es la escala Zarit, validada en Colombia como herramienta diagnóstica para la sobrecarga del cuidador, ésta cuenta con 22 preguntas con puntuación máxima de 110 puntos. Los datos se recolectarán en los hogares geriátricos de las localidades de Barrios Unidos y Mártires en el año 2017, donde se tendrá en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Los datos serán organizados en un formato Excel el cual facilita la tabulación y análisis de

dicha información.

ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Después de la recolección de la información, se realizó una matriz de datos en una hoja de cálculo de Excel, de modo tal que solo se insertan estos datos con sus rangos de respuesta contenidas en Epi info 7 para la realización de la tabulación de la información. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión, se realizará un análisis univariado y bivariado, de acuerdo a la clasificación de las variables cuantitativas se aplicarán medidas de tendencia central (mediana, moda, media) y de dispersión como desviación estándar; para variables cualitativas se utilizará la frecuencia relativa y absoluta. Con lo anteriormente descrito se podrá caracterizar la población más afectada por el síndrome de sobrecarga del cuidador y la tasa de frecuencia con la que se presenta esta patología.

DICCIONARIO DE VARIABLES

Tabla 2. Matriz de variables de categorización implementadas en los cuidadores formales de adultos mayores en el estudio.

Categorización	Categoría	Definición conceptual de la variable	Nombre	Clasificación
cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none">ausencia de sobrecarga: puntaje menor o igual a 46.	agotamiento físico y mental, por la acumulación de estresores	Tipo de sobrecarga	Clínico

	<ul style="list-style-type: none"> • sobrecarga ligera: de 47 a 55 puntos. • Sobrecarga intensa: puntaje mayor o igual a 56. 	relacionados con el cuidado de pacientes dependientes (parcial o totalmente)		
Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres • Mujeres 	Condición orgánica que distingue a hombres de mujeres	Sexo	Sociodemográfica
Cuantitativa discreta	<p>Años cumplidos mayor a 18 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 –29 años • 18 –29 años • 50-60 años • Mayor de 60 años 	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad	Sociodemográfica

Cualitativa ordinal	<p>Con o sin nivel educativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnico • Profesional • especialidad 	<p>Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.</p>	Nivel educativo	Sociodemográfica
Cuantitativa continua	<p>Permanencia del cuidador mayor a 1 meses en el hogar geriátrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 1 mes a 1 año • 1 a 4 años • 5 a 7 años • 7 a 9 años • 10 años o más 	<p>Periodo determinado en meses</p>	Tiempo	Demográfica

Cuantitativa continua	Jornada laboral mayor a 5 horas <ul style="list-style-type: none"> • 5 a 8 horas • 9 a 12 horas • 13 a 24 horas 	Número de horas que el trabajador está obligado a trabajar efectivamente	Jornada laboral	Demográfica
Cuantitativa discreta	Cualquier estrato socioeconómico <ul style="list-style-type: none"> • Estrato 1 • Estrato 2 • Estrato 3 • Estrato 4 	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos	Estrato Socioeconómico	Demográfica
Cualitativa nominal	Cualquier tipo de raza	Subdivisión biológica de una especie que se forma a partir de ciertas características que diferencian a sus individuos de otros	Raza	Demográfica

<p>Cuantitativas discretas</p>	<p>Número de patologías</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin enfermedades • 1 a 2 enfermedades • 3 o más enfermedades 	<p>Enfermedad física o mental que padece una persona</p>	<p>Número de enfermedades</p>	<p>Clínico</p>
--------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------

RECURSOS-PRESUPUESTO

Total	Precio por unidad	Cantidad	Descripción	Rubros/ Fuentes
Personal				
\$360.000	\$ 90.000	4	Aquel que liderarán la investigación	Investigador principal
\$120.000	\$60.000	2	Aquel que guiará el proceso investigativo	Asesor
\$480.000		Total personal		
Equipo y software				
\$ 5'400.000	\$1'800.000	3	Portátil perteneciente a investigadores	Computador
\$ 120.000	\$120.000	1	Programa para el	Excel

			análisis estadístico	
\$ 5'520.000		Total equipo y software		
Materiales y Suministros				
\$ 10.000	\$10.000	1	Resma de papel	Papel
\$ 8.000	\$ 800	10	De color negro	Esfero
\$ 1.500	\$ 500	3	De presentación blanca	Carpeta
\$ 800	\$ 400	2	De plástico	Gancho legajador
\$ 45.000	\$ 15.000	3	Capacidad de 4 GB, Pertencientes a investigadores	USB
\$ 13.000	\$ 100	130	A blanco y negro y color.	Impresión
\$ 78.300		Total		

Material bibliográfico				
\$80.000	\$80.000	34	Obtenido de internet	Libros y artículos pertenecientes a los investigadores
\$80.000		Total		
Viáticos				
\$360.000	\$ 4000	90	Ida y regreso en transporte público	Pasajes
\$ 360.000		Total		
\$6'518.300		Total general		

RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

Lo que se espera del estudio es definir la frecuencia de sobrecarga en el cuidador del adulto mayor en hogares geriátricos de Bogotá, se pretende identificar la población o grupo en el que se presenta con mayor prevalencia el síndrome de sobrecarga del cuidador mediante variables socio demográficas, se espera con posteriores estudios poder fomentar un ambiente sano para el cuidador y la persona cuidada y que de esta manera se disminuya la frecuencia de sobrecarga en este tipo de población y con esto desarrollar planes de mejoramiento de calidad de vida en la población objeto. El impacto a largo plazo del estudio es que dependiendo del grupo poblacional donde se presente más la sobrecarga del cuidador, se pueda generar un cambio en el que las personas encuestadas mejoren su calidad de vida y el nivel de atención hacia los pacientes geriátricos atendidos por ellos.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES / SEMANAS	2017																2018																																															
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4												
REVISION BIBLIOGRAFICA	X	X	X	X																																																												
LECTURA DE DOCUMENTOS		X	X	X	X																																																											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS							X	X																																																								
MARCO TEORICO							X	X	X																																																							
METODOLOGIA							X																																																									
ASESORIAS			X			X			X	X									X								X																																					
PRESENTACION AVANCE DEL ANTEPROYECTO											X																				X																																	
RECOLECCION DE DATOS													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																				
REALIZACION DE ESCALA											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																								
PROCESAMIENTO DE DATOS																													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																								
ANALISIS DE DATOS																																	X				X	X																										
ELABORACION DEL INFORME																																									X	X	X	X																				
SUSTENTACION																																									X	X	X	X																				

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

La investigación fue desarrollada dentro de los periodos comprendidos entre el 19 de septiembre del 2017 y el 20 de marzo del 2018. Tuvo la participación de 45 cuidadores formales de adultos mayores en hogares geriátricos de las localidades de Barrios Unidos y Mártires, que además cumplieran con los diferentes criterios de inclusión propuestos en el proyecto. La recolección de datos ocurrió de forma adecuada por medio de la aceptación de permisos previamente dados por los directivos de los diferentes hogares geriátricos a intervenir, además del diligenciamiento y aceptación del consentimiento informado. La primera parte de la encuesta constaba de 6 preguntas asociadas a variables sociodemográficas (**Tabla 3**) dentro de las cuales se encuentra la edad, sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico y número de enfermedades que presenta el participante.

Con las anteriores preguntas se logró evidenciar por medio de los datos recolectados que hay una alta prevalencia de mujeres dentro de la ocupación de cuidador formal de adultos mayores de geriátricos, ya que el 70,54% de los participantes pertenecen a este sexo y más de la mitad de los participantes (57,78%) están dentro de un rango de edad entre los 30 a 49 años. El grupo de participantes con edades entre los 30 y 60 años, se relacionaron con la más alta prevalencia de enfermedades, ya que 10 participantes pertenecientes a este grupo de edad, presentaron por lo menos una enfermedad. Se observa que el 53% de los encuestados realizaron estudios técnicos como auxiliares de enfermería, continuando un 18% con estudios profesionales en enfermería, por lo que se deduce que la mayoría de la muestra recolectada presenta una capacitación y manejo adecuado a la población adulto mayor, además solo un 22% de la población realizó estudios hasta educación básica secundaria. La mayoría de los participantes encuestados pertenecen al estrato socioeconómico 3 en un 64,44%, seguido de un 22% de los encuestados pertenecientes a estrato 2.

Tabla 3. Variables socio demográficas

VARIABLE	CATEGORIA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
SEXO	Masculino	7	6,49%%
	Femenino	38	70,54%
EDAD	18 –29 años	8	17,78%
	30-49 años	26	57,78%
	50-60 años	9	20,00%
	Mayor de 60 años	2	4,44%
NIVEL EDUCATIVO	Primaria	2	4,44%
	Secundaria	10	17,78%
	Técnico	24	53,33%
	Profesional	8	17,78%
	Especialidad	1	2,22%
ESTRATO	1	5	11,11%
	2	10	22,22%
	3	29	64,44%
	4	1	2,22%
NÚMERO ENFERMEDADES	Sin enfermedades	35	77,78%
	1 a 2 Enfermedades	10	22,22%
	3 o más enfermedades	0	0%
	TOTAL	45	100%

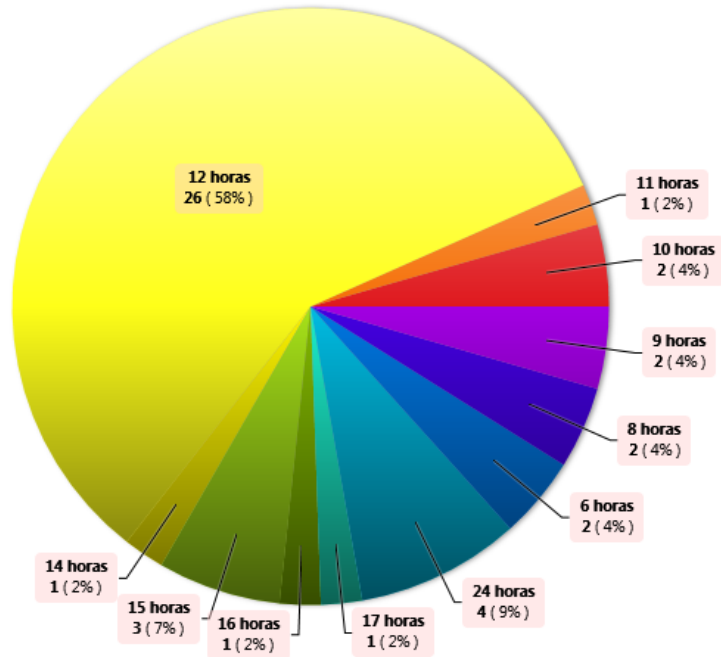
Además de las anteriores variables mencionadas, se optó por tomar 2 variables que estuvieran relacionadas con la ocupación del cuidador de adulto mayor en hogares geriátricos (**Tabla 4**) por lo que se tomó como primera variable la jornada laboral en horas al día y como segunda variable el tiempo que lleva desarrollando la persona como cuidador de adultos mayores en el hogar geriátrico. Se identificó que el 66,67% de la población realiza una práctica laboral mayor a 12 horas al día, (**Grafica 1**), por lo que se puede relacionar la jornada laboral como un factor asociado a la alta intensidad de sobrecarga como se mostrará más adelante. La mayoría de los participantes laboran en sus sitios de trabajo en un periodo de 1 año a 4 años en un 40% de los participantes, además que un 13,33% de los participantes laboran en un tiempo menor a 1 año por lo que podemos deducir que la mayoría de los cuidadores encuestados no presentan un gran tiempo laboral en los geriátricos y por lo tanto no presentan un gran tiempo de

familiarización en el sitio de ocupación.

Tabla 4. Variables Laborales

	CATEGORIA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
JORNADA LABORAL	5 a 8 horas	4	8,89%
	9 a 12 horas	30	66,67%
	13 a 24 horas	11	24,44%
TIEMPO DE TRABAJO EN EL HOGAR	Menos de 1 año	6	13,33%
	1 a 4 años	18	40,00%
	5 a 6 años	1	2,22%
	7 a 9 años	7	15,56%
	10 años o más	13	28,89%
	TOTAL	45	100%

Gráfica 1. Gráfico de pastel que describe frecuencia de jornada laboral en horas al día.



Se decidió hacer el análisis de los datos obtenidos de la población en estudio, mediante la implementación de la escala de Zarit, como herramienta diagnóstica

para la determinación de sobrecarga del cuidador, la cual cuenta con 22 preguntas y con una puntuación máxima de 110 puntos, que permiten identificar el problema propuesto y también clasificar el grado de sobrecarga que puede estar presentado el cuidador por su labor. De las 22 preguntas presentes en la escala original de Zarit los autores decidieron hacer el análisis de solo 10 preguntas con alto grado de relevancia. Estas preguntas fueron seleccionadas con base en que su contenido o enunciado está fuertemente relacionado con características propias de la sobrecarga según la literatura estudiada, además, estas preguntas forman un gran impacto que pueden incidir en un aumento o disminución de la frecuencia de sobrecarga del cuidador en los participantes. Algunas preguntas (pregunta 5y10) presentan un fondo relacionado al estado emocional que pueda estar presentando un participante con la presencia de sobrecarga, también se escogieron preguntas directamente vinculadas a una afectación de la esfera social, familiar y personal del participante (pregunta 2, 6 y12). Otras preguntas a analizar se relacionan con preocupaciones y estresores directos al cuidador como son la presencia de enfermedades y de problemas económicos (pregunta 9 y15), lo que se busca con el análisis de estas preguntas es determinar si la población de cuidadores formales de adultos mayores considera su ocupación como un factor desencadenante asociado a la aparición de diferentes condiciones negativas en su esfera personal, social y familiar.

Tabla 5. Frecuencia de sobrecarga del cuidador formal de adulto mayor en hogares geriátricos de dos localidades de Bogotá en el año 2017 y 2018.

Tipo de sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de sobrecarga	18	40%
Sobrecarga ligera (47 a 55 puntos)	11	24,44%
Sobrecarga intensa (56 o más puntos)	16	35,56%
TOTAL	45	100%

El estudio realizado en los diferentes hogares geriátricos se hizo principalmente

con el fin de determinar la frecuencia de síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores formales de hogares geriátricos. Por medio del estudio realizado se logró identificar en los participantes una frecuencia del 60% de sobrecarga (**Tabla 5**), evidenciando que el 35,56% de la muestra está dentro de la sobrecarga intensa, dado a que el puntaje que presentaron al responder la escala de Zarit fue mayor o igual a 56 puntos, además se encontró que de las 16 personas que pertenecen al grupo de sobrecarga intensa, el puntaje promedio que se presentó en este grupo fue de 62,8 donde el puntaje con mayor frecuencia fue de 63 puntos (**Tabla 6**).

El 24,44% de la muestra está dentro de la sobrecarga ligera (**Tabla 5**), ya que esta población presentó un puntaje entre 47 a 55 puntos, además se identificó que las 11 personas pertenecientes al grupo de sobrecarga ligera presentaron en promedio un puntaje de 51,2 puntos, resaltando que el puntaje con mayor frecuencia dentro de la sobrecarga ligera fue de 49 puntos (**Tabla 6**). Un 40% de la muestra restante presentó un puntaje en la encuesta menor a 47 puntos (**Tabla 5**), por lo que este grupo presenta una ausencia de síndrome sobrecarga del cuidador, con un promedio de puntaje establecido de 35,8 puntos, con 25 puntos como el puntaje con mayor frecuencia dentro de este grupo(**Tabla 6**).

Tabla 6. Frecuencia de puntaje total vs. Tipo de sobrecarga del cuidador

	N	MEDIA	MEDIANA	MODA	VARIANZA	DESVIACION ESTANDAR
AUSENCIA DE SOBRECARGA	18	35,8333	38	25	61,5588	7,8459
SOBRECARGA LIGERA (47 A 55 PUNTOS)	11	51,2727	51	49	6,4182	2,5334
SOBRECARGA INTENSA (56 O MAS PUNTOS)	16	62,8125	62	63	31,8958	5,6476

La pregunta dos de la escala de Zarit: "¿piensa que debido al tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted?", tuvo una respuesta con mayor frecuencia de "algunas veces" en el 40% de los casos, seguido de "rara vez" en otro 24,44% (**Tabla 7**), cabe recordar que pueden influir características propias de

cada cuidador en especial, se tomó la jornada laboral como un factor importante, ya que la mayoría de las personas dijeron que pasan gran parte del tiempo trabajando dentro de los hogares geriátricos con jornadas de 12 horas en adelante **(tabla 4)**, generando una alta predisposición para la formación sobrecarga, además del poco contacto a nivel social que puede presentar el cuidador con su red familiar y social.(13)

Tabla 7. Frecuencia de puntaje de pregunta número 2, Siente que debido al tiempo que dedica a su paciente ya no dispone de tiempo.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1Nunca	6	13,33 %
2RaraVez	11	24,44 %
3Algunasveces	18	40,00 %
4Bastantesveces	4	8,89 %
5Casisiempre	6	13,33 %
TOTAL	45	100,00 %

En cuanto a la afectación entre la relación del cuidador con su red familiar, se evidenció que la mayoría de los participantes en un 44,44% no manifiestan algún tipo de problema o efecto negativo en la relación familiar a causa de su ocupación como cuidadores formales de adultos mayores **(Tabla 8)**, donde también se encontró que un 28,89% de los casos han presentado “rara vez” un problema familiar a raíz de la ocupación como cuidadores, relacionándose en gran parte a las grandes jornadas de trabajo y el poco espacio en la semana que pueden dedicar a sus familias. Este problema puede estar relacionado con las necesidades y dificultades económicas que pueda presentar el trabajador como se logra ver en el estudio.

Tabla 8. Frecuencia de puntaje de pregunta número 6, “¿piensa que el cuidar de su paciente afecta negativamente la relación que usted tiene con su familia?”.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1Nunca	20	44,44 %
2RaraVez	13	28,89 %
3Algunasveces	9	20,00 %
4Bastantesveces	3	6,67 %

5Casisiempre	0	0 %
TOTAL	45	100,00 %

Un 62,22% de la población de cuidadores se ha cuestionado una posible disminución de ingresos económicos que puedan estar presentando durante el cuidado de los adultos mayores, aunque solo un 11,11% de la muestra se está cuestionando este problema con una frecuencia de “casi siempre” (**Tabla 9**). Este problema se relaciona principalmente en cuidadores que residen dentro de los hogares geriátricos, donde en algunos de los casos, puede existir disminución de los aportes económicos por parte de las familias de los adultos mayores, lo que obliga a los cuidadores a hacer un cubrimiento de los gastos y cuidados del adulto mayor disminuyendo a la vez sus ingresos económicos.

Tabla 9. Frecuencia de puntaje de pregunta número 15, “¿piensa que debido no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a sus pacientes, además de sus otros gastos?”.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1Nunca	17	37,78 %
2RaraVez	10	22,22 %
3Algunasveces	9	20,00 %
4Bastantesveces	4	8,89 %
5Casisiempre	5	11,11 %
TOTAL	45	100,00 %

Se identificó que el 71,11% de la muestra considera en varias ocasiones que son las únicas personas que pueden cuidar de sus pacientes (**Tabla 10**), esta conducta se podría relacionar con el nivel de afecto y apego que se desarrolla entre el cuidador y el adulto mayor, además se logra identificar otros factores que pueden contribuir a la formación de estas relaciones, como la instancia o el tiempo de trabajo dentro del hogar geriátrico, donde un **86,67%** de los cuidadores llevan laborando por más de 1 año dentro del hogar, y especialmente un 46,67% de la muestra total labora en un tiempo de 5 años o más (**Tabla 4**).

Tabla 10. Frecuencia de puntaje de pregunta número 14, “¿piensa que su paciente considera a usted la única persona que lo puede cuidar?”.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1Nunca	13	28,89 %
2RaraVez	11	24,44 %
3Algunasveces	13	28,89 %
4Bastantesveces	5	11,11 %
5Casisiempre	3	6,67 %
TOTAL	45	100,00 %

La calidad del trabajo que realiza el cuidador en el hogar geriátrico, puede estar asociada con la relación que presenta el cuidador con los adultos mayores, ya que un 24,44% de la muestra refiere no poder hacer más por los adultos mayores a su cuidado, dado que se dan las condiciones más óptimas de cuidado y responsabilidad según refieren algunos de los encuestados (**Tabla 11**), por otra parte un 11,11% de los participantes casi siempre piensa en hacer más por sus pacientes ya sea en razón de mejorar la atención y el cuidado al adulto mayor y un 40% de la muestra, algunas veces puede cuestionarse sobre hacer más por sus pacientes. Además de lo anteriormente mencionado cabe resaltar el hecho que la mayoría de los encuestados presentan una jornada laboral de 12 horas en adelante (**Tabla 4**), por lo que este factor puede influir en el mejoramiento de la atención, logrando así una vigilancia más óptima y continua de lo habitual para el adulto mayor.

Tabla 11. Frecuencia de puntaje de pregunta número 20, “¿piensa que debería hacer más por sus pacientes?”.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1Nunca	11	24,44 %
2RaraVez	3	6,67 %
3Algunasveces	18	40,00 %
4Bastantesveces	8	17,78 %
5Casisiempre	5	11,11 %
TOTAL	45	100,00 %

Finalmente, se pregunta a cada participante acerca del grado de sobrecarga que

creo tener, clasificándola en un rango de 1 a 5 acorde al puntaje que presenta la escala de Zarit, donde uno representa “ausencia” y cinco representa tal grado de “sobrecarga total”. Un 31,11% de la muestra indicó presentar un puntaje de 3 puntos, un 24,44% de la población presento puntaje de 2, un 20% presentó un puntaje de 4 y un 11,11% con un puntaje de 5 (**Tabla 12**), por lo que al identificar este resultado se correlaciona con la frecuencia de sobrecarga que presentó la población al implementar la escala de Zarit para hallar los posibles casos de sobrecarga del cuidador en los diferentes hogares geriátricos. Por tal razón se cree que el estudio puede mostrar una gran validez y aceptación, dada la similitud entre los resultados obtenidos entre la alta frecuencia de sobrecarga (**Tabla 5**) comparado al grado alto de sobrecarga que refieren presentar cada uno de los participantes del estudio.

Tabla 12. Frecuencia de puntaje de pregunta número 22, “Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?”.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1 punto	6	13,33 %
2 Puntos	11	24,44 %
3 puntos	14	31,11 %
4 puntos	9	20,00 %
5 puntos	5	11,11 %
TOTAL	45	100,00 %

Tabla 13. Frecuencia de puntaje de pregunta número 5, ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1 punto	27	60,00 %
2 Puntos	11	24,44 %
3 puntos	5	11,11 %
4 puntos	1	2,22 %
5 puntos	1	2,22 %
TOTAL	45	100,00 %

La aplicación de la escala de Zarit ha presentado gran fiabilidad en la evaluación de los efectos emocionales que son generados a partir de la ocupación de

cuidador de adulto mayor. Estos efectos adversos pueden inducir a diferentes consecuencias donde el mayor afectado es el adulto mayor, además, dentro de las consecuencias que se pueden mencionar la prestación de un mal servicio hacia los usuarios es una de las más frecuentes, incluyendo el mal trato y la mala práctica que se pueda brindar en la población a cuidar.

Dentro de los efectos negativos que se pueden establecer en la ocupación de cuidador formal de adultos mayores, se encuentra principalmente el enfado y el sentimiento de estrés emocional que se genera por la relación cuidador-paciente; por lo tanto la pregunta número 5 del cuestionario de Zarit “¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?” (**Tabla 13**) puede brindar una evaluación directa y puntual a este problema, donde según los datos recolectados un 60% de la muestra total presentó un puntaje de “1 punto o nunca” y un 24,44% estableció que “rara vez” ha presentado el enfado en algún momento de su trabajo. Adicionalmente tan solo un 15,55% de la muestra total ha presentado esta condición con mayor frecuencia donde solo 2,22% solo generaría esta conducta emocional con una frecuencia de “casi siempre”.

Tabla 14. Frecuencia de puntaje de pregunta número 10, ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1 punto	25	55,56 %
2 Puntos	10	22,22 %
3 puntos	5	11,11 %
4 puntos	3	6,67 %
5 puntos	2	4,44 %
TOTAL	45	100,00 %

Asociado a la condición de enfado y su frecuencia en el presente proyecto, se evaluó el estrés laboral como otro efecto emocional presente dentro de la

ocupación de cuidador de adulto mayor, por lo tanto en el análisis de la pregunta número 10 del cuestionario de Zarit “¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?” (**Tabla 14**), puede relacionarse con la pregunta número 5 del cuestionario (**Tabla 13**), ya que ambas preguntas buscan evaluar la presencia de dos condiciones negativas que son adversas en la ocupación y su frecuencia podría presentar similitud en los resultados del estudio. Por tal motivo al realizar el análisis de la pregunta número 10 del cuestionario un 55,56% de la población total “nunca” ha presentado la condición de estrés al estar cerca de su paciente, siguiendo con un 22,22% de la muestra que obtuvo un puntaje de 2 o donde “rara vez” ha presentado esta condición, además, el puntaje de 3 puntos o “algunas veces” presentó una frecuencia similar según el total de la población (11,11%) tanto en la pregunta número 10 como en la pregunta número 5. Por lo tanto se puede establecer que el estudio logró evidenciar un gran parecido entre los resultados de las dos preguntas anteriormente mencionadas que están principalmente asociadas con la presencia de complicaciones y resultados adversos en el cuidado del adulto mayor.

Otro factor que puede estar potencialmente afectado con la presencia de sobrecarga del cuidador es la salud del trabajador, donde ésta empeora con la presencia de comorbilidades. Dentro de las variables sociodemográficas implementadas en el estudio se optó por hallar la presencia de enfermedades que pueda presentar la muestra, clasificándola en tres diferentes grupos dependiendo del número de enfermedades diagnosticadas que presente el encuestado. El estudio evidenció que gran parte de la población encuestada (77,78%) presenta una ausencia de patologías diagnosticadas y tan solo un 22,22% del total de la población respondió tener entre 1 y 2 enfermedades diagnosticadas actualmente (**Tabla 3**). Para el estudio fue de gran importancia establecer una relación entre el deterioro de la salud del cuidador con su ocupación, por tal razón con la respuesta a la pregunta número 9 de la escala de Zarit “¿Piensa que sus salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su paciente?” (**Tabla 15**) se

lograría demostrar que el ser cuidador formal de adulto mayor podría tener un efecto negativo en la salud, generando una aparición de comorbilidades o un aumento progresivo de las complicaciones de aquellas patologías existentes del trabajador. Según lo anteriormente planteado 14 de los 45 participantes del estudio (31,11%) “nunca” han pensado que su ocupación ha sido un factor que predisponga a empeorar su salud, un 31,11% de los participantes han pensado “algunas veces” haber presentado un deterioro de la salud a causa de su ocupación, continuando con tan solo un 8,89% y 2,22% de la población, donde “bastantes veces” y “casi siempre” han pensado en tener un deterioro de la salud al ser cuidadores de adultos mayores. Por tal razón se puede deducir que la mayor parte de la población estudiada (57,78%) no cree que exista una relación posiblemente establecida entre la aparición y progreso de comorbilidades con el desarrollo de la ocupación de cuidador formal, por lo que estos factores para la mayoría de los participantes son independientes y la presencia de sobrecarga del cuidador no aumentaría la prevalencia de patologías en los trabajadores.

Tabla 15. Frecuencia de puntaje de pregunta número 9, ¿Piensa que sus salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su paciente?

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1 punto	14	31,11 %
2 Puntos	12	26,67 %
3 puntos	14	31,11 %
4 puntos	4	8,89 %
5 puntos	1	2,22 %
TOTAL	45	100,00 %

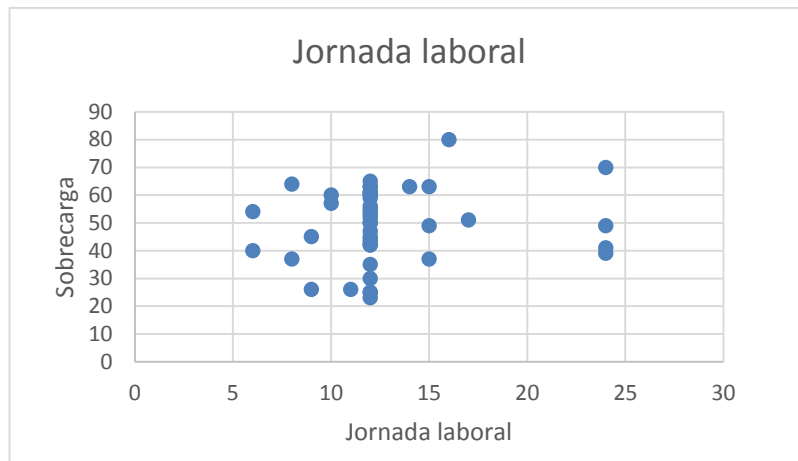
Al incluir las labores asociadas al cuidado de los adultos mayores como una rutina diaria en la vida, el cuidador podría ver potencialmente afectada su esfera social, familiar y económica. Esto provocaría también una afectación en los familiares de los cuidadores ya que tienen que manejar el desgaste físico y mental que presenta el trabajador. Es muy importante establecer si el estudio presentó resultados donde se viera afectado el círculo familiar y social del cuidador formal de adulto

mayor, por tal razón basándose en la pregunta número 12 del cuestionario de Zarit(**Tabla16**), la mayor parte de los encuestados (44,44%) “nunca” han establecido una afectación negativa de su vida social por el tener que cuidar a sus pacientes, continuando con un 20% de los encuestados que creen algunas veces presentar una afectación de la vida social por ser cuidadores de adultos mayores.

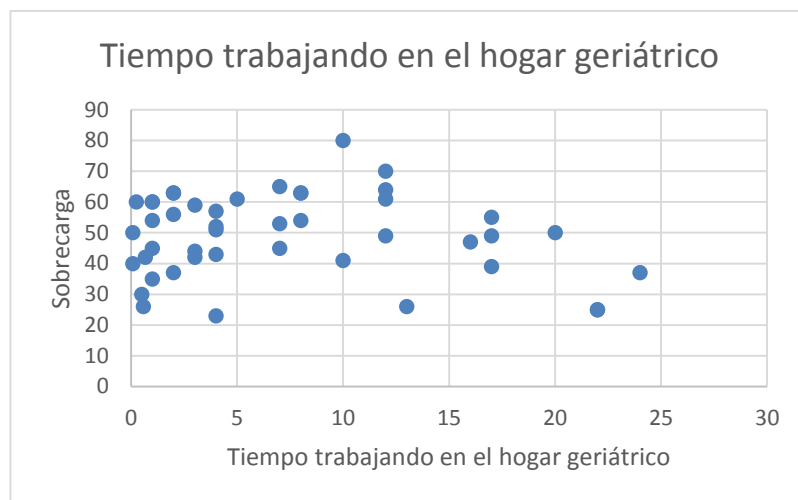
Tabla 16. Frecuencia de puntaje de pregunta número 12, “¿siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su paciente?”

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1 punto	20	44,44 %
2 Puntos	8	17,78 %
3 puntos	9	20,00 %
4 puntos	4	8,89 %
5 puntos	4	8,89 %
TOTAL	45	100,00 %

Con respecto a la correlación entre las variables cuantitativas, dícese del tiempo en el hogar geriátrico, edad del cuidador, jornada laboral, estrato socioeconómico y sobrecarga, se utilizó el método de correlación de Pearson, donde los resultados arrojaron que no hay asociación lineal entre las variables, esto quiere decir que el nivel de sobrecarga no dependía de las otras cuatro variables. Sin embargo, la población dentro de la muestra que más presentó sobrecarga, fueron los cuidadores que tenían 12 horas o más de jornada laboral, esta variable presentó una concordancia del 11.3%, pero no llega a ser una relación significativa. En cuanto al tiempo trabajando en el hogar geriátrico tuvo una concordancia 14.8%, más alta que la variable anterior, pero aún no tiene una relación significativa con la variable del puntaje de sobrecarga. Las anteriores variables son las de concordancia más alta en esta muestra, sin embargo no arrojan correlaciones lineales significativas.

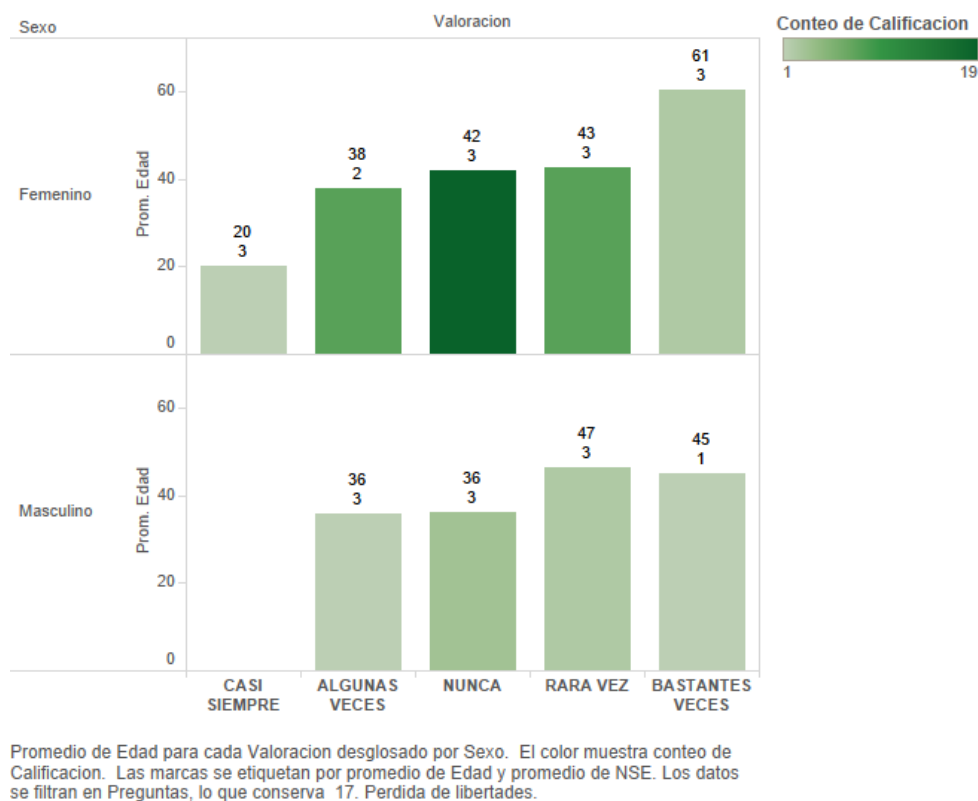


Gráfica 2. Correlación entre jornada laboral y puntaje de sobrecarga



Gráfica 3. Correlación entre tiempo trabajando en el hogar geriátrico y puntaje de sobrecarga.

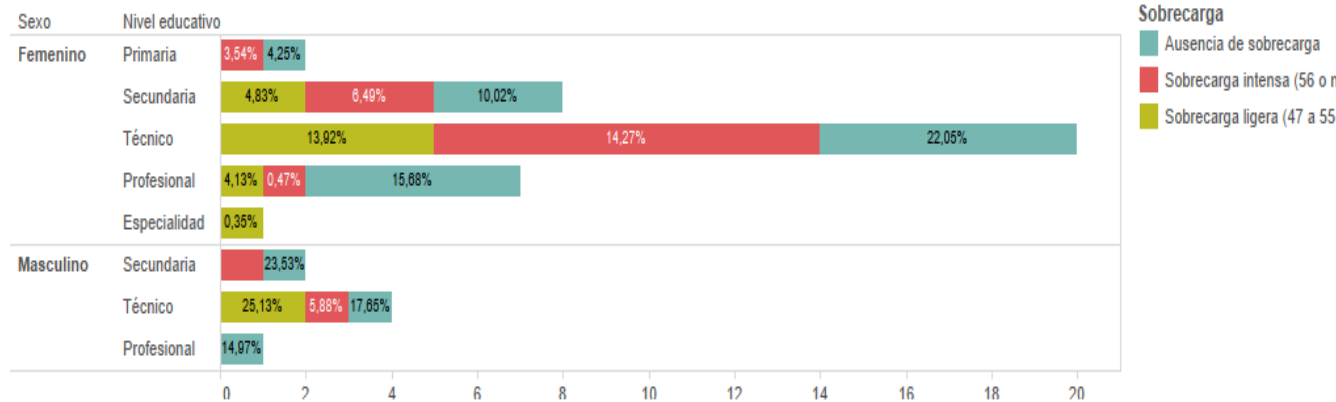
Por ejemplo en la siguiente imagen no se encuentra una relación exacta respecto a la sobrecarga y la pérdida de libertades del cuidador por motivos de cuidado hacia el paciente; en las cuidadoras de sexo femenino se presenta con bastante frecuencia “algunas veces” la perdida de libertades en su vida por estar cuidando a su paciente a diferencia de los hombres encuestados que la mayor prevalencia es que no presenten este síntoma.



Gráfica 4. Pérdida de libertades

Comparando la variable cualitativa sobre el nivel de educación y la variable cuantitativa sobre el puntaje total de sobrecarga, en esta tabla podemos ver los perfiles de los cuidadores y cómo se relacionan con la presencia o no de sobrecarga, en este momento podemos ver las encuestadas femeninas que sólo realizaron un técnico, presentan una mayor prevalencia de sobrecarga intensa a diferencia de las mujeres con especialidad que sólo presentan una sobrecarga ligera. Con respecto a los hombres, la mayoría de casos se presentan en técnicos universitarios, prácticamente nulo en los que realizaron un pregrado para llegar a ser profesionales.

Perfil de cuidadores (2)



Conteo definido de ID para cada Nivel educativo desglosado por Sexo. El color muestra detalles acerca de Sobrecarga. Las marcas se etiquetan por % de total ID.

Gráfica 5. Correlación nivel de educación y la variable cuantitativa sobre el puntaje total de sobrecarga

Para finalizar, cabe recordar que durante el estudio realizado pudo haberse presentado un sesgo de información debido a que algunos participantes pudieron haber referido respuestas diferentes a las verdaderas, ya que la presencia de cada uno de los encuestadores pudo haber traído un momento de estrés y además alguna pregunta de la encuesta pudo generar una condición de presión o vergüenza para el participante, generando que éste prefiera responder de forma falsa, aunque antes de la realización de la encuesta se explicó a cada uno de los participantes acerca de las desventajas y las consecuencias que se presentarían al cambiar la información veraz por falsa información.

DISCUSIÓN

Los cuidadores se ven enfrentados a diferentes retos cada día, dado por la variedad de patologías y discapacidades que padecen las personas a su cuidado. Muchos de ellos no tienen la capacidad de afrontar la carga profesional, psicológica y física a la que son sometidos al aceptar este trabajo. Además, otros factores extra ocupacionales pueden generar dificultades en el desarrollo de su labor produciendo como inconvenientes familiares, económicos y psicológicos, lo que causa síndrome de sobrecarga del cuidador. (7,8)

La sobrecarga del cuidador es definida como la presencia de agotamiento físico y mental, por la acumulación de diferentes estresores relacionados con el cuidado, debido a la incapacidad de adaptación a situaciones del día a día en el cuidado de pacientes parcial o totalmente dependiente. (8) El término cuidador se refiere a “aquella persona, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente, incapaz de auto sustentarse necesita”; esto involucra una gran responsabilidad y esfuerzo. (27,28) Tal cuidado implica una modificación de las costumbres, tomar decisiones en un ambiente complejo, asumir responsabilidades o realizar tareas específicas y acciones de cuidado físico. El cuidador formal es definido como aquellos actores que no hacen parte de la familia del individuo enfermo y pueden estar capacitadas o no, para ejercer dicho rol, además, se caracterizan por recibir una remuneración económica por los servicios prestados. (9)

Según Romero C. y Morales R. autores del estudio titulado frecuencia del síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores en hogares de larga estancia de la localidad de Barrios Unidos en la ciudad de Bogotá, presentan la importancia de realizar un estudio relacionado con síndrome de Burnout al demostrar a los cuidadores que tienen bajo su responsabilidad el bienestar y la integridad de los pacientes, los diferentes síntomas y/o factores característicos del síndrome de Bornout, apreciando las repercusiones negativas del síndrome en la

vida laboral.(37) López Gil, M., Orueta Sánchez, R., autores del artículo El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud, según la evidencia de los estudios mencionados en su artículo imparten la necesidad de implementar actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte, máxime cuando las revisiones realizadas sobre el tema muestran el beneficio potencial de las mismas. (1) Flores GE, Rivas RE, Seguel PF, en su artículo titulado Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa, Indican la necesidad y aspiración de potenciar estudios futuros referentes a buscar las causas que puedan explicar los elevados niveles de sobrecarga que se han presentado tanto en su investigación como en otras analizadas. (7)

El estudio realizado presenta gran importancia al evidenciar la frecuencia de sobrecarga del cuidador en diferentes hogares geriátricos de dos localidades de la ciudad de Bogotá, a partir de datos recolectados de cuidadores formales, hecho de interés ya que en nuestro medio se presentan escasos estudios dirigidos a estudiar la sobrecarga del cuidador en esta población. La frecuencia de sobrecarga en cuidadores formales de adultos mayores del 60% obtenida en el estudio realizado, mostró un margen de diferencia en los resultados de estudios realizados por otros autores, en el estudio realizado por Dueñas et al. (2006) donde se demostró una presencia de sobrecarga en cuidadores formales e informales del 47% de la población a estudio. Por otra parte este estudio evidencio gran similitud con otros estudios con los resultados de la frecuencia de sobrecarga del cuidador, Garzón et al. (2011) mostró una sobrecarga en cuidadores formales de 66.4%, Cerquera et al. (2014) demostró una frecuencia de sobrecarga en cuidadores informales del 65.4%, siendo estos los resultados más concordantes con los resultados obtenidos de este estudio. López et al. (2009) mostró en sus resultados una frecuencia de sobrecarga en cuidadores informales del 66,4%. Vélez et al. (2010) en su estudio determino una frecuencia de sobrecarga en cuidadores

informales del 12,17% aplicando la escala original de Zarit, por lo tanto es la publicación que presenta mayor diferencia de frecuencia de sobrecarga del cuidador comparado con los resultados obtenidos en este estudio. Cabe destacar que estos datos son obtenidos a partir de cuidadores formales e informales (familiares o persona con vínculo cercano al paciente) además, su alta frecuencia pudo relacionarse con que el paciente a cuidar tenía que presentar diagnóstico de enfermedad de Alzheimer como criterio de inclusión. Flores et al. (2012) demostró una ausencia de sobrecarga en cuidadores informales del 16,4%, valor que difiere con los resultados este estudio donde se encontró ausencia de sobrecarga en cuidadores formales en el 40% de los participantes. Silva et al. (2016) encontró una frecuencia de sobrecarga en cuidadores informales del 18,1% siendo este el estudio con menores resultados asociados a sobrecarga del cuidador.

Dada la escases de estudios que plantearan la determinación de la frecuencia según el tipo de sobrecarga del cuidador, se logró hacer una comparación de los resultados con el estudio de Hernández et al. (2017) el cual solo identificaba la frecuencia de sobrecarga intensa en cuidadores informales, siendo del 39,3%, resultado de gran concordancia con la frecuencia de sobrecarga intensa obtenida a partir de este estudio, la cual fue del 35,56%. Garzón et al. (2011) mostró una frecuencia de sobrecarga de tipo intensa en 59.2% de la población y sobrecarga de tipo ligera en un 7%, resultado diferente a comparación de este estudio donde se obtuvo una frecuencia de sobrecarga ligera del 24,44%. López et al. (2009) mostró una frecuencia de sobrecarga ligera en cuidadores informales en el 23,7% e intensa en el 32,7% de los participantes. Aunque son estudios donde la toma de los datos difieren en el tipo de muestra (cuidadores formales vs cuidadores informales), su similitud en la frecuencia puede deberse a que las personas a su cuidado tienen diferentes presentaciones de patologías crónicas y no solo incluye el cuidado de adultos mayores con una patología en especifica. Silva et al. (2016) menciona en su estudio una frecuencia de sobrecarga ligera en cuidadores informales del 11,5% y una frecuencia del 6,6% para sobrecarga intensa, este

estudio difiere en la mayoría de los estudios encontrados en la literatura incluyendo el presente estudio ya que reporta un bajo número de casos asociados a sobrecarga del cuidador, además, reporta una frecuencia más alta en la sobrecarga ligera que en la sobrecarga intensa, hecho que genera impacto ya que en este estudio se encontró un resultado opuesto frente a las frecuencias de sobrecarga intensa vs sobrecarga ligera.

En cuanto a los resultados de este estudio relacionados con las variables sociodemográficas, en este estudio la variable de sexo mostró una alta frecuencia de cuidadores formales pertenecientes al sexo femenino del 70,54%, resultado concordante con diferentes estudios investigados, Romero et al. (2010) presento una población de cuidadores formales de sexo femenino del 71%, Dueñas et al.(2006) presentó una población femenina del 87,3%, Garzón et al. (2011) mostró una población femenina 77.6%, Cardona et al. (2013) reportó una mayor frecuencia de cuidadores informales de sexo femenino en un 81,6%, Cerquera et al. (2014) evidencio una frecuencia del sexo femenino en el 88,7%, similar al resultado aportado por López et al. (2009) donde obtuvo una frecuencia de cuidadoras informales femeninas del 87,8%, Silva et al. (2016) presentó una frecuencia de cuidadoras informales del 86,9%. Otros estudios demostraron una mayor frecuencia de cuidadores pertenecientes al sexo femenino como es el caso de Flores et al. (2012), su estudio determinó en sus resultados una frecuencia de cuidadores informales de sexo femenino del 91%. Esta alta frecuencia de cuidadores de adultos mayores del sexo femenino puede estar relacionada al contexto social presente en la mayoría de culturas ocurre el fenómeno del machismo y patriarcado, asignando a la mujer el papel de cuidadora de diferentes miembros familiares. (7)

En cuanto a los resultados de este estudio relacionados con las variables sociodemográficas, en este estudio la variable de sexo mostró una alta frecuencia de cuidadores formales pertenecientes al sexo femenino del 70,54%, resultado concordante con diferentes estudios investigados, Romero et al. (2010)

presentó una población de cuidadores formales de sexo femenino del 71%, Dueñas et al. (2006) presentó una población femenina del 87,3%, Garzón et al. (2011) mostró una población femenina 77.6%, Cardona et al. (2013) reportó una mayor frecuencia de cuidadores informales de sexo femenino en un 81,6% y Cerquera et al. (2014) evidenció una frecuencia del sexo femenino en el 88,7%.

Con respecto a la edad de los cuidadores en el presente estudio, se evidencio que el 57.78% de la población estudiada está entre 40-49 años, que está en contraposición con el estudio de Gómez et al. (2016) en donde el 55% de los cuidadores eran mayores de 51 años, también en otro estudio realizado por **Meng-Chun et al. (2015)** el 52.78% de los cuidadores tienen edades entre 65 y 74 años. En el presente estudio se demostró que la alta prevalencia de cuidadores de menores años comparados con los demás posiblemente es debido a que los cuidadores formales inician sus estudios desde mucho más jóvenes, lo que acarrea mayor tiempo de experiencia en su curriculum pero al mismo tiempo, mayor estrés emocional, físico y mental.

En cuanto a la variable de escolaridad, Gómez et al. (2016), encontró que la mayoría de cuidadores tienen una escolaridad baja o hasta la mitad no tienen grado de escolaridad, igual de Chun et al. (2015) (también lo demostró; pero en el estudio actual se evidencio que 53.33% de la población presentaba técnico, esto es importante ya que son dos grandes diferencias que podrían llevar también a discrepancias en el trato hacia los pacientes y sobre todo en el manejo de medicamentos y comorbilidades. Esto es un punto importante a recalcar ya que la manera de usar medicamentos, así como el tiempo y dosificación son importantes para los pacientes ancianos dentro de un hogar geriátrico se podría decir que es lo más importante, las consecuencias de un desconocimiento frente a los medicamentos dado por un bajo nivel educativo son muy grandes.

Dentro de la muestra y según los resultados de este estudio, no hay una relación entre las variables de estratosocioeconómico y sobrecarga en el cuidador. Como

resultado se obtuvieron para estrato 1, un 11,11% de frecuencia, para estrato 2 un 22,22%, estrato 3 un 64,44% y por último estrato 4, un 2,2%. No se cuenta con datos relacionados con estratos superiores a 4, sin embargo dentro de la muestra, se puede ver que los cuidadores con estrato 3 y 4 cuentan con un mayor nivel académico, esto promueve más entendimiento sobre su trabajo y el manejo de sus pacientes. En cuanto a la correlación entre ambas variables, no se encuentra una relación lineal entre estas, además de ser variables independientes una de la otra. En estudios similares, como en el estudio realizado en cuidadores de pacientes con alzhéimer, en Medellín, Cerquera et.al. (2014), mostraron resultados similares, no se encontraba ninguna relación entre ambas variables, este estudio contó con una población de 100 cuidadores entre estratos de 1 a 6, donde no se encuentra relacionadas, en cuanto a frecuencia para cada estrato, 1, 2, 3 y 4, en porcentaje 8%, 23%, 28%, 33%, respectivamente. (39)

En cuanto la variable de número de enfermedades en relación con sobrecarga en el cuidador, en el estudio presente, no se encontró relación entre ambas variables. la frecuencia en cuidadores sin enfermedades y de 1 a 2 enfermedades, se encontró en porcentaje 77,78% y 22,22%, respectivamente, en la correlación son variables independientes, sin correlación lineal. Por ende, la presencia de enfermedades no afecta el nivel de sobrecarga en el cuidador, en la muestra adquirida. No se encontraron estudios previos, donde la variable de número de enfermedades en el cuidador se relacione con el nivel de sobrecarga.

Este estudio demostró que la jornada laboral que presentan los cuidadores formales de adultos mayores con mayor frecuencia es de 9 a 12 horas en un 66,67%, donde predomina una jornada de 12 horas en un 57,78 seguido de aquellos cuidadores formales que presentan un acompañamiento permanente de 24 horas a los pacientes en un 8,89%. Según los resultados de los datos recolectados, este estudio muestra similitud con Hernández et al. (2017) donde su muestra de cuidadores informales presentó una jornada laboral con mayor frecuencia entre las 12 a 18 horas, además, al igual que este estudio, el

acompañamiento permanente continuó siendo la segunda jornada laboral con más alta frecuencia. (20) Romero et al. Demostró en su estudio que un 62% de la muestra de cuidadores formales perteneciente a su investigación labora en una jornada comprendida entre las 10 y 24 horas, resultado que se asemeja con los resultados de este estudio. Cerquera et al. (2014) encontró que el 74% de los cuidadores formales e informales dedicaba más de cinco horas al día al cuidado del paciente. Flores et al. (2012) en su estudio con cuidadores informales, se presentó una frecuencia mayor en la jornada laboral entre las 21 y 24 horas. Las diferencias presentadas entre la jornada laboral de los diferentes cuidadores de adultos mayores esta principalmente relacionada con el tipo de cuidador al que este pertenezca ya sea formal e informal, ya que como se evidenció en la mayoría de los estudios con cuidadores formales, su jornada laboral tiende a estar situada entre las 10 y 24 horas, además de que el hogar geriátrico sea el sitio donde el cuidador resida permanentemente.

En cuanto al tiempo de trabajo del cuidador en el hogar, el estudio demostró que la mayor parte de la muestra ha trabajado en sus respectivos hogares dentro de un periodo de 1 a 4 años es un 40%, seguido de un tiempo de trabajo de 10 o más años en un 28,89%, estos resultados se comparan con el estudio de Parodi et al. (2011) realizado en cuidadores informales, los cuales mostraron una mayor frecuencia de tiempo en el hogar una por más de 5 años, Cerquera et al. (2014) mostró un 51,6% en un tiempo de cuidado mayor a 1 año en cuidadores formales. Flores et al. (2012) presentó en su estudio con cuidadores informales en un tiempo de cuidado de 1 años a 5 años con una frecuencia del 43,3% siendo la más alta.

CONCLUSIONES

- La sobrecarga del cuidador demostró en este estudio ser una condición con una alta frecuencia en la población de cuidadores formales de adultos mayores de las localidades donde se realizó la presente investigación. Además, la sobrecarga intensa demostró tener una mayor frecuencia a comparación de la sobrecarga ligera, estos resultados lograron presentar un gran nivel de concordancia con otras investigaciones encontradas en la literatura, donde es más frecuente la sobrecarga de tipo intenso vs la sobrecarga ligera, teniendo en cuenta que muchos de los estudios se realizaron con poblaciones de cuidadores de tipo formal e informal.
- Algunos resultados de las variables sociodemográficas implementadas en la población de cuidadores formales de los adultos mayores de este estudio mostraron asociación con los resultados de otros estudios donde se evalúan estas variables tanto en cuidadores formales como en cuidadores de tipo informal. Esta asociación demostró que la población femenina es la más involucrada con esta actividad, debido a diferentes factores laborales y socioculturales que promueven a una mayor práctica en esta labor en las mujeres. Cabe anotar que hubo escases de información en algunas variables sociodemográficas donde no se permitió hacer un adecuado análisis y comparación de los datos obtenidos con los de otros estudios.
- Este estudio ignoró algunos factores sociales, familiares y laborales asociados a posibles variables sociodemográficas que permitieran generar un mayor impacto en los resultados y así brindar un mejor análisis en cuanto a los posibles factores que determinaron la amplia frecuencia de sobrecarga del cuidador de adultos mayores presente en esta investigación.
- Gran parte de la literatura incluida en la bibliografía del presente trabajo

referencia estudios similares realizados en la población de cuidadores informales, presentando escasas de información entre la relación de la sobrecarga del cuidador con la población específica de cuidadores formales de adultos mayores, por tal razón es necesario promover más investigaciones donde se relacione la frecuencia de sobrecarga en cuidadores formales de adultos mayores.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Atendiendo la normativa vigente para la realización de investigación médica, según la resolución 8430 de 1993, que establece las normas para la investigación en salud, se clasifica el estudio de la siguiente manera. El estudio responde al artículo 4, del título I, ya que es una contribución a la comprensión de la prevención, control y métodos para el estudio de una alteración psicológica y biológica del cuidador. En la etapa de recolección de datos, no es necesaria la revelación de información personal de la población a estudio, tampoco implica un riesgo inmediato, ni tardío para la salud de la persona entrevistada, debido a que es una encuesta que no daña el bienestar psicológico del sujeto, lo anterior corresponde a los artículos 5, 6, 9, del título II, capítulo 1. (25) Como lo establece el artículo 11, el trabajo se clasifica dentro de las investigaciones sin riesgo, pues utiliza “*métodos y técnicas de investigación documental retrospectiva*” que no interviene ni modifica la integridad del individuo, dentro de los que se considera las entrevistas o cuestionarios “*que no traten aspectos sensitivos de la conducta*”. (25)

Para cada entrevista, se proporcionó a cada persona su respectivo consentimiento informado, comunicándole el procedimiento a realizar, la razón por las cuales se realiza el estudio, responder inquietudes, proporcionar información actualizada y como punto sobresaliente, que no será revelada su información personal, lo anterior de acuerdo con el cumplimiento de los artículos 14, 15 y 16. (25).

BIBLIOGRAFÍA

1. López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J. and Alonso Moreno, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7).
2. Breinbauer K, H. (2013). Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada: Réplica a corrección. *Revista médica de Chile*, 141(8), pp.1084-1084.
3. Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Valencia Cruz, A., Méndez Venega, J. and Mora Magaña, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1).
4. Pedraza A, Rodríguez-Martínez C, Acuña R. Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres/cuidadores de niños asmáticos. 2017.
5. Vélez Lopera J, Berbesí Fernández D, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordóñez Molina J. Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. 2017.
6. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga de Zarit. *RevGerontol*. 1996;6:338-46.
7. Flores GE, Rivas RE, Seguel PF. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*. 2012; 18(1): 29-41.
8. Zambrano Cruz R, Ceballos Cardona P. Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana Psiquiatría*. 2007;XXXVI(1):26-39.
9. EL TIEMPO. Hogares geriátricos, ¿un negocio fuera de control? [Internet]. 2015. Available from: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16341055>

10. Valderrama, A. (2007). Síndrome de Sobrecarga del Cuidador. Asesoría gerontológica, 1, pp.39-41.
11. Smith, M., Segal, J., Robinson, L. and Segal, R. (2017). Burnout Prevention and Recovery. HELPGUIDE Trusted guide to mental, emotional & social health, [online] 1, pp.1-5. Available at:<https://www.helpguide.org/articles/stress/preventing-burnout.htm> [Accessed 24 Apr. 2017].
12. Padilla Montemayor V, Peña Moreno J, Arriaga González A. Patrones de personalidad tipo A o B, estrés laboral y correlatos psicofisiológicos [posgrado]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2007.
13. Fhon J, Gonzales Janampa J, Mas Huaman T, Marques S, Rodrigues R. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Avances en Enfermería. 2016;34(3).
14. Caldas c. O idosoem processo de demência: o impacto na família. Em: Minayo mc, Coimbra Jr ce (Orgs.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editorafiocruz; 2002. pp. 51-71.
15. Ankri J, Andrieu S, Beaufils B, Grand A, Henrard J. Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: Useful dimensions for clinicians. Int J Geriatr Psychiatry. 2005;20:254-60
16. Gort M, March J, Gómez X, de Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. MedClin (Barc). 2005;124:651-3.
17. Ministerio de salud y protección social. DIAGNOSTICO PRELIMINAR SOBRE PERSONAS MAYORES, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES EN COLOMBIA Situación demográfica [Internet]. Bogotá: Ministerio de salud y protección social; 2007 p. 1-19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>
18. Cerquera A, Granados F, Buitrago A. Sobrecarga en cuidadores de pacientes

con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia*. 2012;6(1):35.

19. Gonzalez Mendez L. Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social. Universidad de los Andes, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo (Cider) [Internet]. 2014 [cited 21 April 2017];1(1):5-92. Available from: https://cider.uniandes.edu.co/Documents/Trabajos%20de%20grado/CuidadoVejez_finaL_29.pdf

20. TRABAJO DE INVESTIGACION UDCA

21. Espinoza, E., Méndez, V., Lara, R. & Rivera, P. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio “José Durán Trujillo”, San Carlos, Chile. *Theoria*, 18 (1), 69-79.

22. Aguirre-Acevedo, D. C., Gómez, R. B., Moreno, S., Henao-Arboleda, E., Motta, M., Muñoz, C., Arana, A., Pineda, D. A. & Lopera, F. (2007). Validez y fiabilidad de la batería neuropsicológica CERAD-Col. *Revista de Neurología*, 45 (2), 655-660.

23. Roca-Roger M, Úbeda-Bonet I, Fuentelsaz-Gallego C, López Pisa R, Pont-Ribas A, García-Viñets L, et al. (2000) Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 26 (3) 217-223.

24. Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. (2004) Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria* 33 (4) 61-68.

25. Ministerio de salud y protección social. RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993 p. 1-5.

26. Sánchez Martínez R, Molina Cardona E, Gómez-Ortega O. Intervenciones de

enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. Revista CUIDARTE. 2016;7(1):1171.

27. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Revista médica de Chile. 2009;137(5).

28. Flores G E, Rivas R E, Seguel P F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería. 2012;18(1):29-41.

29. Ruiz Robledillo N, Moya Albiol L. El cuidador informal: una visión actual. Revista de motivación y emoción. 2012;(1):22-30.

30. Aldana-González G, García-Gómez L. The Experience of Being a Caregiver for a Chronically Ill Elderly Person. Aquichan. 2011;11(2):158-172.

31. Cerquera Córdoba A, Galvis Aparicio M. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. Pensamiento Psicológico. 2014;12(1).

32. Cardona A, Segura C, Ángela M, Dedsy F, Agudelo M, María A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Revista facultad nacional de salud pública. 2013;31(4):30-39.

33. Parodi J, Montoya J, Rojas D, Morante R. Factores de riesgo asociados al estrés del cuidador del paciente adulto mayor. Revista asociación Colombiana gerontológica y geriátrica. 2011;25(2):1504-1514.

34. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera J. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colombia Médica. 2006;37 Suppl (1): 31-8.

35. Brodaty H, Green A, Koschera A. Metaanalysis of psychosocial interventions for care givers of people with dementia. J Am Geriatr Soc. 2003;51 (2) :657-64.

36. D, McNally L, Mulligan K, Harrison M, Newman S. Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2001;5(2):120-35.
37. Romero C A, Morales R j. Frecuencia del síndrome de burnout en cuidadores de adultos mayores en hogares de larga estancia de la localidad de barrios unidos en la ciudad de Bogotá [pregrado Medicina humana]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.; 2010.
38. Álvarez L, María González A, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(6):618-619.
39. Jeong YG, Myong JP, Koo JW. The modifying role of caregiver burden on predictors of quality of life of caregivers of hospitalized chronic stroke patients. *Disabil Health J* [Internet]. 2015;8(4):619–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.05.005>
40. Gómez A, Peñas O, Parra E. Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Rev salud pública*. 2016;18(3):367–78.

FICHA PARA PRESENTACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA

Fecha: 30- abril- 2017

Datos generales

Línea de investigación		UDCA	EXTERNA	x
Grupo de investigación		UDCA	EXTERNO	x
Título provisional del proyecto	Frecuencia de estrés y sobrecarga en el cuidador de adultos mayores en hogares geriátricos en Bogotá en el año 2017			
Programa de docencia, investigación y extensión (DIE)				
Asesor	Ingrid Carolina García Ayala (asesor metodológico)			
Co-asesor				

Autores

Nombres y Apellidos	Calidad (IP ó AI);Dó E	Dedicación (Horas/sem.)
Camilo Corredor Santana	E	
Lina Vanessa González Barrios	E	
Sebastián Hernando Díaz Albutria	E	
Mayra Alexandra Montaña Barrera	E	

IP= Investigador Principal/ AI=Auxiliar de Investigación/ CI= Coinvestigador/ D= Docente/ E= Estudiante