

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL
ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, DE
UN NOSOCOMIO NIVEL II-2 DE CHICLAYO, AGOSTO -
DICIEMBRE 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTORAS

LAURA YOVANI BRAVO BRAVO

KIARA MELISSA ZULOAGA CASTELLANOS

ASESORA

Lic. MARÍA ELENA DORIVAL SIHUAS

Chiclayo, 2019

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Marco Referencial.....	8
Antecedentes.....	8
Sobrecarga.....	8
Estrategias de afrontamiento.....	9
Marco Teórico.....	10
Cuidador.....	10
Sobrecarga del cuidador.....	11
<i>Niveles de sobrecarga</i>	11
Afrontamiento al estrés.....	12
<i>Estrategias de afrontamiento al estrés</i>	12
Método.....	14
Diseño y tipo de estudio.....	14
Población.....	14
Criterios de selección.....	14
Procedimiento.....	14
Instrumentos.....	14
Aspectos éticos.....	16
Procesamiento y análisis de datos.....	16
Resultados.....	18
Discusión.....	22
Conclusiones.....	26
Recomendaciones.....	27
Referencias.....	28
Apéndices.....	30

Resumen

Cumplir el rol de cuidador de un paciente hospitalizado es estresante, lo que puede generar diferentes estados de sobre exigencia que devienen en sobrecarga; esto depende muchas veces de las estrategias que se utilicen, las cuales pueden ayudar a mejorar o decaer el bienestar del cuidador primario. Por tal motivo la investigación tuvo como finalidad conocer los niveles de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento al estrés que utilizaron los cuidadores primarios para sobrellevar esta situación, además de describir los factores sociodemográficos de la población. Participaron en el estudio 70 cuidadores primarios de pacientes hospitalizados por más de una semana, en los diferentes servicios del nosocomio, de ambos sexos, entre 19 y 74 años, provenientes de diferentes ciudades; para ello, se aplicó la escala de sobrecarga del cuidador ZARIT que posee validez de ,61 y confiabilidad de ,82; y el cuestionario de estrategias de afrontamiento COPE con validez de ,43 y confiabilidad de ,87. Los resultados reflejaron que el nivel de sobrecarga que predominó fue la sobrecarga intensa con 67,14%; mientras que las estrategias de afrontamiento al estrés más utilizadas fueron uso de la religión con 10,29%, reinterpretación positiva y crecimiento con 9,96%, aceptación con 9,15% y supresión de actividades distractoras 8,33%; y las menos usadas fueron uso de sustancias con 2,94%, humor y desenganche conductual con 3,54% cada uno, desenganche mental con 4,60% y negación con 4,71%. Además predominaron cuidadores entre 31 y 65 años, con secundaria completa, católicos, casados y convivientes, amas de casa, del departamento de Lambayeque y del servicio de cirugía.

Palabras clave: Sobrecarga, estrategias de afrontamiento, cuidadores primarios, ZARIT, COPE.

Abstract

Fulfilling the role of caregiver of a hospitalized patient is stressful, which can generate different states of over exigency that become overburdened; This often depends on the strategies used, which can help improve or decline the welfare of the primary caregiver. For this reason, the research aimed to know the levels of overload and stress coping strategies used by primary caregivers to cope with this situation, as well as describing the sociodemographic factors of the population. Participants in the study were 70 primary caregivers of patients hospitalized for more than a week, in the different services of the hospital, of both sexes, between 19 and 74 years, from different cities; for this, the caretaker overload scale ZARIT was applied, which has validity of, 61 and reliability of, 82; and the COPE coping strategies questionnaire with validity of, 43 and reliability of, 87. The results showed that the overload level that prevailed was the intense overload with 67.14%; while the most commonly used coping strategies were religion with 10.29%, positive reinterpretation and growth with 9.96%, acceptance with 9.15% and suppression of distracting activities 8.33%; and the less used were substance use with 2.94%, humor and behavioral disengagement with 3.54% each, mental disengagement with 4.60% and negation with 4.71%. In addition, caregivers predominated between 31 and 65 years old, with full secondary, Catholics, married and cohabiting, housewives, Lambayeque department and the surgery service.

Keywords: Burden, coping, strategies, primary caregivers, ZARIT, COPE.

Sobrecarga y estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados, de un nosocomio nivel II-2 de Chiclayo, agosto – diciembre 2018

Estar al cuidado de pacientes hospitalizados es una situación, muchas veces agobiante por todos los factores internos y externos que puedan estar influyendo, a esta experiencia de saturación y sobre exigencia se le conoce como sobrecarga, la cual implica cierto grado de desgaste o agotamiento emocional, físico y/o mental; este estado puede presentarse de diferentes formas, sobretodo de acuerdo a la manera en la que los cuidadores afronten esta realidad, ya sea utilizando mecanismos positivos que ayudarán en gran medida a superar los eventos estresantes, así como también de manera negativa, lo cual provocará más tensión y por ende la sobrecarga podría aumentar.

La mayoría de estudios se centran solo en el paciente, dejando de lado una pieza clave en la recuperación del mismo, la cual es el familiar que se encuentra constantemente al pendiente del paciente hospitalizado, así como de tener todas sus necesidades cubiertas; y debido a todas estas demandas generadas y que el cuidador debe cumplir, se genera una gran sobrecarga que puede tener repercusiones en su salud tanto física como emocional. Existen diferentes formas en las que una persona puede asumir la situación estresante que genera el cuidado, a través de las cuales puede manejar y disminuir la tensión, a ello se le conoce como estrategias de afrontamiento funcionales, centrándose en aspectos positivos del problema; pero también hay quienes reaccionan evitando o postergando la solución de estas situaciones y por el contrario esta acción incrementa el estrés y la estabilidad emocional se vería afectada, tratándose así del uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales. (Carver, como se citó en Vilchez & Vilchez, 2015)

En el hospital donde se realizó la investigación, se encontró que la mayoría de pacientes hospitalizados solían estar acompañados de un familiar (quien les proporcionaba la medicina, les acompañaba a realizarse los diferentes exámenes y análisis, etc.), los cuales además de estar al pendiente de sus pacientes, también tenían que atender otras necesidades y responsabilidades personales, tales como el cuidado del hogar, la relación con otros familiares, el trabajo o estudios, además se tuvo en cuenta el lugar de procedencia, ya que muchos de ellos vivían fuera de la ciudad o de la región, lo cual dificultaba aún más su estadía, empezando a evidenciarse el estrés y la sobrecarga que implica lidiar con esta situación.

Asimismo, se evidenciaron casos en los que el familiar cuidador asumía tanto su rol, que empezaba a descuidarse de su propia salud, experimentando diferentes sintomatologías y cambios en su salud como cefaleas, gastritis, dolores musculares, insomnio, disminución o aumento de peso, entre otros.

Los familiares de los pacientes (Comunicación personal, febrero y marzo de 2018) mencionaron también, que existían otros elementos que dificultan aún más su estadía, tales como el tiempo que llevaban a cargo de sus pacientes hospitalizados (sobrepasar la semana de internamiento), el tiempo diario que destinaban para realizar las actividades de cuidado. Así como otros aspectos asociados (religión, edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, lugar de procedencia y servicio de procedencia); también el trato que recibían en el servicio donde se encontraban sus familiares, mencionando que muchas veces no recibían un trato cordial, tal vez por las propias normas de hospitalización que limitan la presencia de familiares en los diferentes servicios a menos que sea en el horario de visita, no permitiendo a los cuidadores estar el tiempo que consideraban necesario para atender a sus familiares. Así mismo, percibían falta de interés y empatía por parte del personal hacia su familiar paciente; sumado a ello se evidenciaba falta de información sobre lo que aquejaba a sus familiares hospitalizados, lo que contribuía a que se presenten mayores incidencias de sobrecarga en los cuidadores y que afrontaran esta situación tan delicada de diferentes formas.

Por lo expuesto, se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los niveles de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento al estrés que presentan los familiares cuidadores de pacientes hospitalizados, de un nosocomio nivel II-2 de la ciudad de Chiclayo, agosto-diciembre 2018?

Se estableció como objetivo general determinar los niveles de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento al estrés que presentan los cuidadores de pacientes hospitalizados, durante el período de agosto-diciembre 2018. Así mismo, se establecieron como objetivos específicos describir los niveles de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento al estrés que presentan los cuidadores de pacientes hospitalizados, según sexo y tiempo de cuidado; y describir los factores sociodemográficos de la población, durante el período de agosto-diciembre 2018.

Realizar la investigación fue de suma importancia para la población de estudio, puesto que al conocer el estado de sobrecarga en el que se encuentran podrán tomar la decisión de buscar la ayuda necesaria con los especialistas para cada caso que se presenta, teniendo en

cuenta también las estrategias de afrontamiento al estrés que permitan predisponer a una recuperación más eficaz; todo ello con la finalidad de controlar el desgaste físico, emocional y cognitivo, producto de los cuidados realizados.

Así mismo, beneficiará a los demás familiares para que participen activamente en el cuidado y recuperación del paciente hospitalizado, con la finalidad de reestructurar la distribución de los tiempos de cuidado, y por ende disminuir la sobrecarga del cuidador primario.

De la misma manera, fue importante para el hospital donde se llevó a cabo la investigación debido a que se informa respecto a una problemática presente pero poco trabajada; estableciendo así, medidas de promoción y prevención de la salud mental en los cuidadores, planteando la forma de abordaje más pertinente con la ayuda de un equipo multidisciplinario acorde a cada caso específico; permitiendo brindar acompañamiento y soporte emocional, además de pautas para desarrollar y potencializar el uso de estrategias funcionales de afrontamiento, y técnicas para disminuir o controlar los niveles de sobrecarga generados.

Marco Referencial

Antecedentes

Sobrecarga.

En Lima se llevó a cabo una investigación acerca de la sobrecarga que presenta el cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico; la población del estudio estuvo conformada por 115 cuidadores primarios, en la cual predominó el sexo femenino y sus edades oscilaban entre 36 y 59 años. Se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT, teniendo como resultados que los cuidadores primarios presentaron sobrecarga intensa en 78%, sobre carga leve 19% y no sobrecarga 3%. (Villano, 2016)

En Chiclayo, también se realizó un estudio, en una muestra de 204 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis para medir el nivel de sobrecarga del cuidador; utilizando la escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT, en el cual se evidenció que el nivel de sobrecarga intensa estuvo presente en 47,1% de la muestra, luego sigue el nivel de sobrecarga leve con 30,8%, mientras que 22,1% no presentó sobrecarga. (Akintui & López, 2014)

Además, en México se llevó a cabo un estudio acerca de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativo, en una muestra de 281 cuidadores, utilizando la escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT; encontrándose que 52% de cuidadores presentaron grados elevados de sobrecarga. Además 79% presentaba alguna patología siendo las principales la obesidad, hipertensión arterial y diabetes. (Bello, 2014)

En Chile se realizó una investigación para determinar los niveles de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa (personas que necesitan cuidados permanente debido a que no son completamente autónomos), en el cual respecto a los resultados, 59,7% de cuidadores presentaba sobrecarga intensa, 23,9% presentaba sobrecarga ligera y 16,4% no presentaba sobrecarga; así mismo, no se encontraron diferencias entre el nivel de sobrecarga según sexo, edad, pero si se evidenció que las personas con menos tiempo de dedicación al cuidado presentaron menor sobrecarga. (Flores, Rivas & Seguel, 2012)

Así mismo, en una investigación realizada en Veracruz, referente a la sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer, los resultados evidenciaron que en

cuanto al nivel de sobrecarga del cuidador, 52,5% no experimenta sobrecarga; mientras 47,5% restante perciben la carga entre leve e intensa; el porcentaje de los niveles de sobrecarga en madres reportó que 17,5% no experimentaron sobrecarga y 12,5% experimentaron sobrecarga leve; a diferencia de las hijas, en la que el mayor porcentaje reportó sobrecarga intensa. (Martínez, Díaz & Gómez, 2010)

Estrategias de afrontamiento.

También se realizó en Cuba un estudio sobre estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis, el cual determinó que las estrategias de afrontamiento de focalización en la solución del problema (15,9%) y reevaluación positiva (14,73%), constituyen las de mayor uso por parte de los cuidadores; mientras que la expresión emocional abierta obtuvo un 5,60%, la autofocalización negativa y el uso de la religión obtuvieron 7,67% cada una, siendo las estrategias menos utilizadas por los cuidadores. (Martínez, Grau & Rodríguez, 2017)

En Quito-Ecuador, mediante un estudio sobre la activación de las estrategias de afrontamiento en el cuidador familiar de personas con discapacidad físico motora, para el cual se utilizó el cuestionario COOPE de estrategias de afrontamiento en una muestra de 10 familiares cuidadores, de sexo femenino, mayores de edad; se encontró entre los resultados que el afrontamiento activo es el que predomina en las cuidadoras. (Salazar, 2013)

En Cuba, se llevó a cabo otro estudio acerca de la caracterización de las estrategias de afrontamiento en el cuidador principal de pacientes dependientes (personas que necesitan cuidados permanente debido a que no son completamente autónomos), en el cual se evidenció que las estrategias de afrontamiento utilizados con más frecuencia por los cuidadores fueron: la aceptación con 3,70%, el afrontamiento activo con 3,53, y la reformulación positiva con 3.01%; mientras que los menos utilizados con 1,20% y 1,63% fueron el uso de sustancias y la negación, respectivamente. (Pérez et al., 2013)

Así también, en México se realizó una evaluación de las estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer, obteniendo como resultados que dentro de las estrategias de afrontamiento que predominaron en el estudio, las más utilizadas por los cuidadores fueron la búsqueda de información (45%), la resolución de problemas (33%), regulación afectiva (10%) y el análisis lógico (8%); siendo la estrategia de descarga emocional (4%), la menos usada por los cuidadores. (De la Huerta, Corona & Méndez, 2006)

En Colombia se realizó un trabajo respecto a las estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de enfermos crónicos; y los resultados concluyeron que existen diferencias notorias entre el parentesco de la persona que realiza el cuidado con el paciente, y las estrategias de afrontamiento que se utilizan. En este sentido se recalca que las madres de los pacientes presentaban con mayor predominancia la estrategia centradas en el problema y en la búsqueda de soluciones para dicho problema, además de recurrir a la fantasía y al pensamiento mágico; por otro lado, las hijas cuidadoras afrontan esta situación por medio de estrategias que tienen que ver con los recursos reales posibles. (Dorina, Seidmann, Pano, Acrich & Bail, 2003)

Marco Teórico

Cuidador. El cuidador es aquella persona que provee asistencia a otra que se encuentra enferma y que no puede hacerse cargo por sí solo de su propio cuidado. Podemos distinguir entre los cuidadores primarios y los secundarios, siendo los primeros, personas que mantienen una relación cercana o directa con el paciente, los cuales pueden ser padres, hermanos, esposa/o, hijos/as; mientras que los secundarios no tienen una relación directa con el paciente, y pueden ser familiares de tercer grado como primos, tíos, o también personas que no mantiene un vínculo de consanguineidad pero que se encuentran cerca del paciente en el momento de su enfermedad, dentro del cual pueden estar enfermeras, asistentes, vecinos, entre otros (Beltran & León, como se citó en Villano, 2016).

Perfil del cuidador. Dentro del perfil de cuidador encontramos características resaltantes como el género, ya que en la mayoría de los casos las personas que se encuentran al cuidado de un paciente son mujeres, amas de casa, con una edad media de 50 años aproximadamente, las cuales pertenecen al sistema familiar, pues destacan madres, esposas o hijas; en ciertos casos la implicancia de cuidar a un paciente hospitalizado es compartida con alguna otra persona allegada y que muestre disposición para colaborar en esta situación, ya sea un amigo, vecino, u otro miembro de la familia más extensa. (Covarrubias, 2011)

Así también Achury, Castaño, Gómez y Guevara (2011) describen algunas otras características biológicas y socioculturales del cuidador, las cuales refieren que en su mayoría son mujeres con un rango de edad menor o igual 35 años, grado de instrucción primaria (completa o incompleta); con respecto al estado civil, mencionan que poseen una relación estable, y que su ocupación está basada en el cuidado del hogar.

Los cuidadores dedican parte significativa de su tiempo a sus familiares hospitalizados, a lo cual se suma también las otras demandas, dentro y fuera de la familia, que tiene que cubrir, evidenciándose prontamente limitación en los diferentes aspectos de su vida, como disminución de relaciones sociales que incluso pueden llegar al aislamiento; y en gran parte esto se debe a que el cuidador al asumir la responsabilidad del cuidado de su ser querido en un momento de enfermedad, genera un vínculo estrecho entre ambos y el compromiso se hace más grande. (Covarrubias, 2011)

Actividades del cuidador. El tipo de cuidados, además de las actividades que realiza el cuidador depende significativamente de las características y el nivel de dependencia que posea el paciente, del vínculo que mantengan y la edad de ambos así como de la disponibilidad del cuidador para realizar el cuidado.

Respecto a las actividades que realiza el cuidador tenemos: brindar apoyo en los aspectos del aseo personal (baño, ducha) que incluye el jabonado y secado del cuerpo, así como ayudar en el desplazamiento mientras se realiza esta actividad; también ayuda en la selección del calzado y vestimenta del paciente, ya que orienta o elige la ropa más adecuada de acuerdo a la ocasión y estación, además de abrochar, abotonar, ajustar el vestido o la correa, ponerse o quitarse dispositivos o prótesis; además ayudan al paciente en lo que respecta a la alimentación, que implica preparar la comida y servirla, manipulación de comida y líquidos, o en caso de mucha dependencia del paciente, llevar la comida hasta la boca y buscar la mejor forma de que pueda deglutirla (hacer papillas, licuados, etc.); así también apoya en la movilización del paciente de una posición a otra (en caso de estar postrados), o de un lugar a otro, ya sea en una silla de ruedas, una camilla, con ayuda de un bastón, andador, etc. (Covarrubias, 2011)

Sobrecarga del cuidador. Se entiende como el impacto que genera la situación de enfermedad del paciente, en los diferentes aspectos de vida del cuidador, generados por las características médicas y la duración del cuidado, las responsabilidades externas que se tienen, la economía, y que pueden desencadenar un estado de malestar físico, cognitivo y emocional en la persona encargada del cuidado. (Feldberg, Tartaglini, Clemente & Patracca, como se citó en Villano, 2016)

Niveles de sobrecarga en cuidadores. Los niveles de sobrecarga que puede presentar el cuidador pueden ser sobrecarga intensa, que implica mayor desgaste emocional, físico y cognitivo; la sobrecarga ligera se considera como un riesgo que puede tener el cuidador para desarrollar una sobrecarga intensa; y la ausencia de sobrecarga, advierte sobre todo la

presencia de seguimiento al cuidador ante el aumento de las actividades que realiza. (Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra & Millán, 2009)

Estrés. El estrés puede ser definido como aquella relación que establece la persona con su entorno, al cual lo percibe de forma amenazante, pues pone en riesgo su salud integral, debido a las constantes demandas que requiere que la persona realice y por ende se tiene la sensación de desborde de capacidad. (Lazarus & Folkman, como se citó en Puente, 1998)

Asimismo, Worchel y Shebilske (1997) refieren que el estrés no es una emoción, sino más bien es el proceso por el cual las personas responden a los estímulos del medio ambiente, que pueden percibirse como amenazas o desafíos; lo que no quiere decir que el estrés signifique solo eventos negativos o desagradables, sino también un evento positivo puede generar estrés. Así mismo, un evento puede ser un estresor para ciertas personas, pero no para las demás; a las causas del estrés se les denomina estresores.

Afrontamiento al estrés. Hace referencia a las respuestas que emite cada persona frente a situaciones externas, a fin de evitar la presencia de una alteración emocional, o en caso contrario controlarla y reestablecer el equilibrio de la persona. (Pearlin & Schoole, como se citó en Puente, 1998)

Estrategias de afrontamiento al estrés. Según Carver, las estrategias de afrontamiento son las maneras en las que una persona actúa ante eventos de estrés, las cuales se ponen en práctica para manejar y controlar el estrés generado, disminuyendo la tensión y generando un estado de calma; existen 15 estrategias de afrontamiento al estrés que se utilizan, como la reinterpretación positiva, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, afrontamiento activo, uso de la religión, humor, refrenar el afrontamiento, búsqueda de apoyo por razones emocionales, supresión de actividades distractoras, planificación y aceptación, las cuales son estrategias funcionales, que ayudan a que la persona controle su desequilibrio emocional y pueda disminuir la tensión que genera la situación de estrés que experimenta; pero también existen estrategias disfuncionales que evitan que la persona se centre en resolver tanto la situación preocupante, como reducir sus niveles de tensión y estrés, las cuales son centrarse en las emocionales y liberarlas, desenganche mental, desenganche conductual, negación y el uso de sustancias. (como se citó en Vílchez & Vílchez, 2014)

Definición operacional de variables.

La variable sobrecarga del cuidador primario fue medida por la escala de sobrecarga del cuidador (ZARIT) de Zarit, Orr & Zarit, construida en el año 1985. Consta de 3 niveles (ver Apéndice A).

La variable estrategias de afrontamiento al estrés fue medida por el cuestionario de estrategias de afrontamiento al estrés (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub, construido en el año 1989. Consta de 15 estrategias (ver Apéndice B).

La variable factores sociodemográficos fue medida por una ficha de factores sociodemográficos, elaborada por las investigadoras. Consta de 7 escalas (ver Apéndice C).

La variable tiempo de cuidado fue medida por una pregunta incluida en los cuestionarios, que consta de 2 alternativas de respuesta (ver Apéndice D).

Método

Diseño y tipo de estudio

No experimental / Descriptivo

Población

La población estuvo constituida por cuidadores primarios de pacientes hospitalizados por más de una semana, en los diferentes servicios de un nosocomio nivel II-2, de ambos sexos, cuyas edades se encuentran entre los 19 y 74 años aproximadamente, provenientes de diferentes ciudades; la conformaron 70 cuidadores primarios.

Criterios de selección.

Inclusión. Cuidadores primarios que estuvieron a cargo de pacientes hospitalizados por más de una semana. Cuidadores primarios que dedicaron aproximadamente 8 horas diarias al cuidado de pacientes hospitalizados.

Exclusión. Cuidadores primarios cuyos pacientes hospitalizados presentaron alguna enfermedad mental (esquizofrenia, demencia), cuidadores primarios iletrados.

Eliminación. Instrumentos de los cuidadores primarios que seleccionaron más de una alternativa en una misma pregunta, que dejaron alguna alternativa en blanco o que no hayan completado todos sus datos personales; consentimientos informados de los cuidadores primarios que no fueron firmados.

Procedimiento

Para realizar la investigación se coordinó con las autoridades del hospital, presentando una carta de autorización a la directora solicitando poder llevar a cabo la aplicación de los instrumentos; una vez obtenida la autorización, se coordinó con los jefes de cada servicio acerca de los horarios más apropiados para poder acceder a la población.

Instrumentos

Se empleó la técnica de la encuesta, la cual se aplicó de forma individual; los instrumentos utilizados fueron: la escala de sobrecarga del cuidador ZARIT (ver apéndice E) de Zarit, Orr & Zarit construida en el año 1985 (como se citó en Beltrán y León, 2009, p. 44), que consta de 22 reactivos, con respuestas tipo Likert de 1 punto (nunca) hasta 5 puntos (siempre), el puntaje total se puede categorizar de la siguiente forma: ausencia de sobrecarga (menor, igual a 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (igual o mayor a 56). Puede ser aplicado de forma individual o colectiva, en un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos.

También se aplicó el cuestionario de estrategias de afrontamiento al estrés COPE (ver Apéndice F) de Carver, Scheier y Weintraub construido en el año 1989 (como se citó en Vilchez & Vilchez, 2015, p.16), que constó de 58 ítems con respuestas tipo Likert que van de 1 punto (nunca) a 4 puntos (siempre). Evalúa 15 dimensiones: reinterpretación positiva y crecimiento (RPC: 1, 28, 37, 57), desenganche mental (DM: 2, 16, 30, 42), centrarse en las emociones y liberarlas (CEL: 3, 17, 27, 45), búsqueda de apoyo social por razones instrumentales (BASI: 4, 14, 29, 44), afrontamiento activo (AA: 5, 46, 56), negación (Negac.: 6, 26, 39, 55), uso de la religión (Urel.: 7, 18, 47, 58), humor (Humor: 8, 20, 35, 49), desenganche conductual (DC: 9, 24, 36, 50), refrenar el afrontamiento (RA: 10, 22, 40, 48), búsqueda de apoyo social por razones emocionales (BASE: 11, 23, 33, 51), uso de sustancias (US: 12, 25, 34, 52), aceptación (Aceptac.: 13, 21, 43, 53), supresión de actividades distractoras (SAD: 15, 32, 41, 54), planificación (Planif.: 19, 31, 38); la estrategia más frecuente, se obtuvo sumando los puntajes de cada dimensión, la que tuvo mayor puntaje fue la estrategia más utilizada. Este instrumento puede aplicarse individual o colectivamente, en un tiempo estimado de 20 a 25 minutos.

Para fines de la investigación, se realizó un procesamiento estadístico para obtener la validez y confiabilidad de ambos instrumentos, utilizando la misma población de estudio. Para hallar la validez de constructo se utilizó el análisis factorial, hallando que el instrumento de sobrecarga ZARIT obtuvo en el test de esfericidad 671,30 ($p < ,05$) y el índice de adecuación muestral de Káiser Meyer Olkin (KMO) fue ,61; además se obtuvieron 7 factores que se explican con una varianza acumulada de 69,84%. Y el instrumento de estrategias de afrontamiento COPE tuvo como resultado en el test de esfericidad 3644,69 ($p < ,05$) y el índice de KMO fue ,43, obteniendo 15 factores explicados con una varianza acumulada de 78,34%; ambos instrumentos resultaron válidos.

Para obtener la confiabilidad de ambos instrumentos se utilizó la medida de consistencia interna a través del coeficiente alpha de cronbach, obteniendo que el instrumento de sobrecarga presenta una confiabilidad de ,82 y el de estrategias de afrontamiento ,87.

Así también, para la variable de aspectos sociodemográficos se aplicó una ficha sociodemográfica (ver Apéndice G) en la que se tuvo en cuenta: religión, grupo etario (el cual se basó en las etapas del desarrollo humano), estado civil, ocupación, grado de instrucción, lugar de procedencia y servicio de procedencia.

Aspectos Éticos

Para el desarrollo de la investigación se contó con la aprobación del comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, el cual emitió una resolución de aprobación del proyecto (ver apéndice H). De la misma manera, se tuvo especial consideración al respeto de la persona humana y su dignidad, por lo que, para garantizarlo, se informó a los participantes la finalidad de la investigación, así como también se les entregó un consentimiento informado (ver apéndice I) en el cual se explicaba todo el procedimiento a realizar y si su respuesta era afirmativa tenían que hacer formal su participación por medio de una firma.

Además, se les explicó que este estudio no representaba ningún riesgo para su salud u otro aspecto de su vida, tampoco generaría ningún costo para ellos, ni obtendrían incentivos económicos o de otra índole, tal es así que si no deseaban realizar el procedimiento podían negarse e incluso estando dentro de la evaluación si lo decidían, podían retirarse. Con ello se garantizó el cumplimiento de los principios éticos de respeto, beneficencia y justicia.

Procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenida la información a través de la aplicación de los instrumentos, los datos se trasladaron a una hoja electrónica de cálculo (base de datos). Así mismo, fueron sometidos a la prueba estadística Kolmogorov – Smirnov con la finalidad de determinar su normalidad, partiendo de este resultado se tomó la decisión de utilizar pruebas paramétricas.

El proceso de validez y confiabilidad de la escala de sobrecarga del cuidador ZARIT y el cuestionario de estrategias de afrontamiento a estrés COPE, se realizó en la población definida para este estudio; el procesamiento de datos se trabajó haciendo uso del programa estadístico Microsoft Excel (versión 2013). Para hallar la validez de constructo se utilizó el análisis factorial exploratorio, y para obtener la confiabilidad de ambos instrumentos se utilizó la medida de consistencia interna a través del coeficiente alpha de Cronbach.

Luego se aplicó el estadístico *t* de student para determinar si existía diferencia significativa o no entre los datos y las variables intervinientes; se consideró un nivel de significancia de ,05. Para determinar los niveles de sobrecarga, se trabajó sumando los puntajes totales, el resultado obtenido se ubicó en el baremo correspondiente y se representó a través de frecuencias en porcentaje. Así también, para realizar el análisis de las estrategias de afrontamiento al estrés se preparó otra hoja electrónica de cálculo, en la cual se separaron

los ítems en función a las 15 dimensiones que presenta; luego de ello se sumaron los puntajes obtenidos y las dimensiones predominantes se evaluaron a través de frecuencias en porcentaje. Para realizar la descripción de los factores sociodemográficos también se emplearon frecuencias en porcentaje; los resultados fueron presentados a través de tablas y figuras.

Resultados

Distribución Normal de los datos

Se aplicó el estadístico Kolmogorov-Smirnov, el cual determinó que los datos tanto de la escala de sobrecarga con valor $p=,20$ y de estrategias de afrontamiento con valor $p=,06$, seguían distribución normal, siendo $p>,05$ en ambos casos. Lo cual permitió aplicar métodos estadístico paramétricos.

Prueba *t* de student para determinar la diferencia entre las variables intervinientes sexo y tiempo de cuidado

Se determinó que no existía diferencia significativa respecto a la primera variable interviniente que fue sexo en el instrumento de sobrecarga ($p=,10$) y en el de estrategias de afrontamiento ($p=,22$). Tampoco se evidenció diferencia significativa con la segunda variable interviniente que fue tiempo de cuidado en el instrumento de sobrecarga ($p=,65$) y en el instrumento de estrategias de afrontamiento al estrés ($p=,69$); siendo $p>,05$. Por esta razón se presentaron los resultados de manera general.

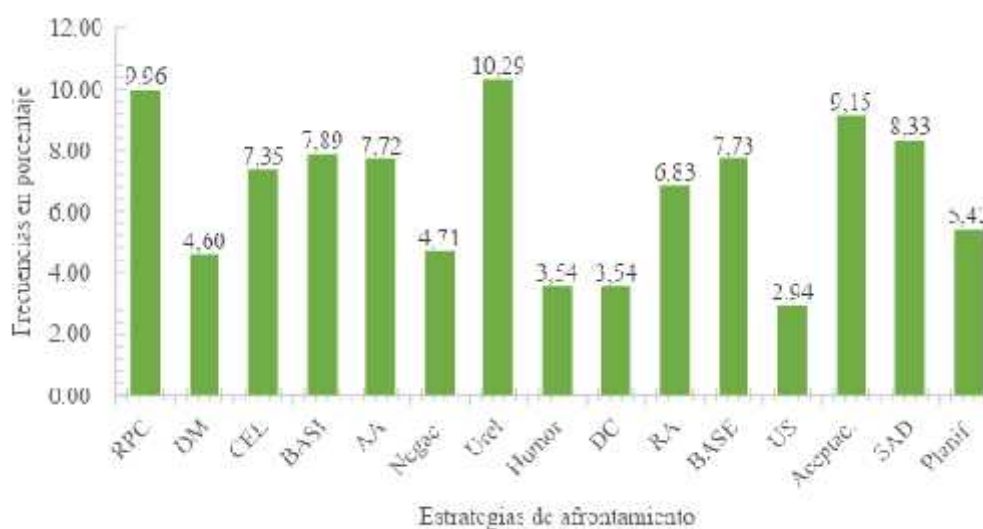
Niveles de sobrecarga y estrategias de afrontamiento al estrés que presentan los cuidadores de pacientes hospitalizados

En cuanto a la variable de sobrecarga, se observa que existen niveles elevados de sobrecarga en los cuidadores, teniendo como resultado que 67,14% de la población presenta un nivel de sobrecarga intensa, que es la máxima, además se evidencia que existe 25,71% de cuidadores primarios que presentan un nivel de sobrecarga ligera, seguido del último nivel que es ausencia de sobrecarga con 7,14%. (ver figura 1)

Respecto a la variable estrategias de afrontamiento al estrés, se presentan 15 estrategias de afrontamiento, de las cuales las más utilizadas por los cuidadores primarios fueron uso de la religión con 10,29%, seguido de reinterpretación positiva y crecimiento con 9,96%, además de aceptación con 9,15% y supresión de actividades distractoras con 8,33%. Dentro de las estrategias menos utilizadas encontramos uso de sustancias con 2,94%, humor y desenganche conductual con 3,54% cada uno, seguido de desenganche mental con 4,60% y negación con 4,71%. Pudiendo evidenciar la predominancia del uso de estrategias de afrontamiento al estrés funcionales. (ver figura 2)



Figura 1. Frecuencia porcentual de los niveles de sobrecarga que presentaron los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en un nosocomio nivel II-2 de Chiclayo, agosto-diciembre 2018.



*RPC: Reinterpretación positiva y crecimiento
 *DM: desenganche mental
 *CEL: Centrarse en las emociones y liberarlas
 *BASI: Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales
 *AA: Afrontamiento activo
 *Negac.: Negación
 *Urel.: Uso de la religión

*Humor: Humor
 *DC: Desenganche conductual
 *RA: Refrenar el afrontamiento
 *BASE: Búsqueda de apoyo social por razones emocionales
 *US: Uso de sustancias
 *Aceptac.: Aceptación
 *SAD: Supresión de actividades distractoras
 *Planif.: Panificación

Figura 2. Frecuencia porcentual de las estrategias de afrontamiento al estrés que presentaron los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en un nosocomio nivel II-2 de Chiclayo, agosto-diciembre 2018.

Factores sociodemográficos de la población

En la población de cuidadores primarios de pacientes hospitalizados, predominaron las personas adultas entre los 31 y 65 años con 61,43%, 25,71% de los cuidadores pertenecieron al grupo etario de 22 a 30 años; pero el grupo de 66 años a más tuvo menos población (5,71%), seguido del grupo de 19 a 21 años con 7,14. Por otro lado, 34,29% fueron personas casadas y convivientes, seguido de personas solteras con 24,29% y con menor frecuencia se encuentran las personas con estado civil separada/o (7,14%). (ver tabla 1)

Además 62,86% de la población perteneció a la religión católica, 15,71% fueron personas evangélicas y 14,29% cristianas, y por último se encuentran los cuidadores pertenecientes a otras religiones con 7,14. Así también, la mayoría de cuidadores lograron tener una educación entre secundaria completa (31,43%) y superior técnico completo (15,1%), sin embargo se evidencia que muy pocos llegaron a un grado de instrucción superior universitaria ya sea completa o incompleta (5,71% y 4,29% respectivamente). (ver tabla 1)

En cuanto a las actividades ocupacionales de los cuidadores primarios, se encontró que 38,57% era personas que se encargaban del cuidado del hogar o estaban jubiladas, 37,14% tenían ocupaciones como chofer o profesiones propiamente dichas como enfermería, educación, contabilidad, administración, entre otras; por otro lado, 7,14% fueron cuidadores que estaban estudiando o que se dedicaban a ser obreros. Asimismo, 67,14% de los cuidadores provenían del departamento de Lambayeque, 21,43% de Cajamarca y 4,29% pertenecieron a otros departamentos. (ver tabla 1)

Los servicios en los cuales hubo mayor presencia de cuidadores primarios fueron cirugía 37,14%, medicina 24,29% y pediatría 17,14%; no obstante, los servicios en los cuales hubo menos población fueron ginecología 8,57% y emergencia 12,86. Cabe mencionar que el acceso a la población fue dificultoso debido a que en el momento de la aplicación hubo cuidadores que aún no cumplían los criterios de selección, además de que la confluencia de pacientes y por ende de cuidadores fue escasa en esa temporada. (ver tabla 1)

Tabla 1.

Frecuencia en porcentaje de los factores sociodemográficos de los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en un nosocomio nivel II-2 de Chiclayo, agosto-diciembre 2018.

Factores sociodemográficos	Indicadores	Frecuencia %	Factores sociodemográficos	Indicadores	Frecuencia %
Edad	19-21	7,14	Ocupación	ama de casa	38,57
	22-30	25,71		estudiante	7,14
	31-65	61,43		obrero	7,14
	66 a más	5,71		comerciante	10
		Otros		37,14	
Estado civil	conviviente	34,29	Procedencia	Cajamarca	21,43
	casada/o	34,29		Amazonas	7,14
	separada/o	7,14		Lambayeque	67,14
	soltera/o	24,29		Otros	4,29
				Medicina	24,29
Religión	católica	62,86		Cirugía	37,14
	cristiana	14,29		Pediatría	17,14
	evangélica	15,71	Servicio	Ginecología	8,57
	otras	7,14		Emergencia	12,86
Grado de instrucción	superior universitario incompleto	4,29			
	superior universitario completo	5,71			
	superior técnico incompleto	2,86			
	primaria completa	11,43			
	primaria incompleta	14,29			
	superior técnico completo	15,71			
	secundaria incompleta	14,29			
	secundaria completa	31,43			

Discusión

En relación a la variable sobrecarga se encontró que los cuidadores primarios presentan un nivel de sobrecarga intensa de 67,14%, este resultado fue similar a la investigación realizada por Villano (2016) donde encontró que 78% de los cuidadores primarios presentaron sobrecarga intensa. Dicho nivel implica un mayor desgaste emocional, físico y cognitivo. (Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra & Millán, 2009); teniendo en cuenta dos áreas de afectación: emocional y física; el área emocional del cuidador se ve afectada debido a que dedican parte significativa de su tiempo a cuidar de sus familiares hospitalizados, a lo cual se suma también las otras demandas, dentro y fuera de la familia, que tiene que cubrir, evidenciándose prontamente limitación en los diferentes aspectos de su vida, como disminución de relaciones sociales que incluso pueden llegar al aislamiento. (Covarrubias, 2011), lo que para la mayoría de cuidadores primarios de la población de estudio les genera un conflicto entre ser una parte fundamental de su familia y que el bienestar del paciente dependa de ellos.

En cuanto al área física, esta se ve afectada por las diferentes actividades que realiza el cuidador para brindarle apoyo adecuado al paciente, las cuales tienen que ver con el traslado del paciente de un lugar a otro, las actividades de aseo que se intensifican más cuando el paciente es más dependiente, la alimentación y vestimenta, entre otros; así como también tienen que estar pendientes de las recomendaciones médicas y todos los medicamentos y análisis para los pacientes. En gran parte esto se debe a que el cuidador al asumir la responsabilidad del cuidado de su ser querido en un momento de enfermedad, genera un vínculo estrecho entre ambos y el compromiso se hace más grande. (Covarrubias, 2011).

De la misma manera, Bello (2014) en el estudio que realizó tuvo resultados que evidenciaban niveles elevados de sobrecarga (52%), lo cual se relacionaba con el grado de dependencia del paciente, y todo ello desencadenaba en enfermedades como diabetes, hipertensión.

Además, se halló que 25,71% de cuidadores primarios se encontraban con un nivel de sobrecarga ligera, este resultado se asemeja al encontrado por Akintui y Lopez, (2014) quienes obtuvieron que 22,1% de cuidadores primarios presentaban un nivel de sobrecarga leve. Este nivel es considerado según Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra & Millán (2009), como un riesgo que puede tener el cuidador para desarrollar un sobrecarga intensa.

Por otro lado, en cuanto a la variable estrategias de afrontamiento al estrés, los resultados evidenciaron que la mayoría de cuidadores primarios utilizaron estrategias

funcionales, las cuales según Carver representan un aspecto más adaptativo y con nivel práctico, ayudando así a que los niveles de estrés sean menos o que se apoyen de estos mecanismos para lograr tolerar la situación de estrés. (como se citó en Valderrama, 2013)

Dentro de este grupo podemos encontrar que el uso de la religión fue la estrategia funcional más utilizada, puesto que los participantes refirieron aferrarse a su religión, sin importar cuál sea y sentirse regocijados en la fe, además esto favoreció ya que le dieron un nuevo sentido a la situación que atravesaban y pudieron valorar los aspectos positivos que, dentro de toda la situación, pudieron rescatar; lo cual se complementa con los resultados de Leandro (2013) quien refirió que en su estudio 63,2% de las personas rezaron o meditaron ante la situación de estrés que atravesaban; esto se puede sustentar en que la religión representa un aspecto positivo en la vida de las personas, ya que es fuente de sentido y a la vez enriquecedora, además brinda soporte y consuelo en situaciones difíciles, dotando al creyente de un carácter específico en su obrar y actuar, en base al sentido de la vida y la muerte. (Mafla, 2013)

Sin embargo, continuando con la misma estrategia, Martínez, Grau y Rodríguez, (2017) obtuvieron resultados diferentes, pues en su estudio una de las menos utilizadas fue el uso de la religión con 7,67%, puesto que los cuidadores dieron prioridad a aquellas estrategias que estuvieron orientadas a resolver el problema de forma práctica y objetiva, lo cual a su vez estuvo determinado por la urgencia que requería el proceso de cuidado, a fin de proporcionar estabilidad y mayor bienestar a su familiar paciente. Cabe recalcar que en el presente estudio la población no estuvo regida por alguna enfermedad en específico, ya que se consideró estudiar las respuestas tanto de sobrecarga como de estrés solamente en los cuidadores independientemente de la enfermedad de su familiar paciente; por lo cual al haber diversidad de enfermedades que atendían los cuidadores, también existían diferentes formas de afrontar la situación de cuidado.

Otra de las estrategias de afrontamiento al estrés que resalta dentro de la población es la reinterpretación positiva y crecimiento, porque los cuidadores reflejaron pensamiento y actitudes positivas hacia el problema, como medio para poder enfocarse en la solución; esto puede sustentarse con lo hallado por Chacón y Valverde, 2014 quienes obtuvieron que la reestructuración cognitiva fue una de las estrategias que más utilizó su población (8,5%), y también concuerda con Martínez, Grau y Rodríguez (2017) y Pérez et al. (2013) quienes refieren que la estrategia reevaluación positiva fue una de las más utilizada por los cuidadores

(14,73% y 3,01%, respectivamente); todo ello hace referencia a que el aprendizaje de las situaciones difíciles, ayuda a identificar aspectos positivos tanto en la relación de cuidado, como en la relación con demás familiares y círculo social, así también favorece la tolerancia al estrés de la situación y de esta forma generar pensamientos que favorezcan el afrontamiento de manera funcional. (Carver, como se citó en Vílchez y Vílchez, 2015)

Por otro lado, dentro de las estrategias menos utilizadas, encontramos mayor predominancia de estrategias disfuncionales, tales como el uso de sustancias con 2,94%, y la negación con 4,71%, pues los cuidadores primarios evitaron recurrir al consumo de alcohol u otras drogas para sentirse mejor o ayudar a tolerar el estrés, así como tampoco se refugiaron en la fantasía, haciendo caso omiso a los problemas; lo cual concuerda con el estudio que realizó Pérez et al., 2013 quien obtuvo que las estrategias menos utilizadas en su población con 1,20% y 1,63% fueron el uso de sustancias y la negación respectivamente. Esto puede deberse a que la mayoría de cuidadores fueron mujeres dedicadas a sus labores domésticas, pertenecientes a la religión católica, entre las edades de 31 a 65 años; según Covarrubias (2011), el perfil de los cuidadores es muy similar a la de la población de estudio, haciendo hincapié en que dedican gran parte de su tiempo a los familiares hospitalizados; además el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales interfieren en la emisión de respuestas adaptativas para la situación y a la vez genera niveles más elevados de estrés.

En cuanto a las características de la población, predominaron cuidadores con un rango de edad entre los 31 y 65 años (61,43%), lo cual no concuerda con lo referido por Achury et al. (2011), quienes mencionan que dentro del perfil del cuidador se encuentran personas con un rango de edad menor o igual a 35 años; sustentando lo anteriormente mencionado en que la generación intermedia es a la cual se le atribuye o sobre la que recaen las responsabilidades tales como la crianza de los hijos o el cuidado de familiares con alguna enfermedad.

Asimismo, dedican parte significativa de su tiempo al cuidado de sus familiares, limitando muchos aspectos como la socialización, atender otras demandas dentro y fuera de la familia, por lo que el tiempo que pasan con sus familiares pacientes genera un vínculo estrecho entre ambos, haciendo que el compromiso sea más grande y por ello se evidencian niveles elevados de sobrecarga, y a su vez un inadecuado manejo de las estrategias de afrontamiento sobre la situación.

Respecto al grado de instrucción, 31,43% de la población posee estudios secundarios completos, lo que difiere con lo referido por Achury et al. (2011) quienes mencionan que la

mayor proporción de cuidadores solo posee estudios primarios completos o incompletos; esto evidencia un déficit en conocimientos y oportunidades laborales, y a su vez genera menos oportunidades de desarrollo social.

Por último, respecto a los factores sociodemográficos estado civil y ocupación, los resultados de la investigación evidenciaron que predominaron las cuidadoras casadas y convivientes (34,29%), además 38,57% eran amas de casa o jubilados; lo mencionado se asemeja con el perfil que describen tanto Covarrubias (2011) como Achury et al. (2011), pues mencionan que la mayoría de cuidadores poseen una relación sentimental estable, lo cual genera vínculos afectivos y de apoyo en el proceso de cuidar a un familiar enfermo; y que se dedican al cuidado del hogar, y ello se sustenta en que al ser mayormente cuidadoras mujeres que poseen características inherentes de cuidado hacia los demás y abnegación, también deben asumir diferentes roles dentro de los cuales está incluido el cuidado de familiares enfermos u hospitalizados.

Conclusiones

En los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados, se encontraron niveles elevados de sobrecarga, predominando la sobrecarga intensa, seguido de sobrecarga ligera y por último ausencia de sobrecarga.

Las estrategias de afrontamiento al estrés más utilizadas por los cuidadores primarios fueron las enfocadas a una solución más funcional, destacando el uso de la religión, la reinterpretación positiva y crecimiento, la aceptación y la supresión de actividades distractoras.

Las estrategias menos utilizadas, se enfocaron en el aspecto disfuncional, estando dentro de este grupo el uso de sustancias, el humor, desenganche conductual, desenganche mental y la negación.

La mayoría de cuidadores primarios fueron mujeres, pertenecientes al grupo etario de 31 a 65 años, con estado civil conviviente o casada/o, de religión católica, con grado de instrucción secundaria completa, amas de casa, provenientes del departamento de Lambayeque y familiares de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía.

Recomendaciones

Se sugiere implementar talleres de psico-educación o grupos de apoyo mutuo, a fin de proporcionar a los cuidadores recursos apropiados para poner en práctica estrategias de afrontamiento al estrés, funcionales, que les ayuden a disminuir tanto sus niveles de estrés como los niveles de sobrecarga que experimentan.

De la misma manera se recomienda realizar un trabajo integrado tanto con el paciente, como otros familiares; para de esta manera ayudarlos a organizar adecuadamente los tiempos de cuidado, evitando niveles tan elevados de sobrecarga que puedan afectar a los cuidadores más cercanos o primarios.

Es necesario un trabajo en conjunto con el área de servicios sociales ya que muchos de ellos no cuentan con los medios económicos para solventar los gastos de la enfermedad de su familiar paciente, por lo cual se recomienda realizar una evaluación para conocer el nivel socioeconómico de estas personas y poder brindarle la ayuda necesaria.

Asimismo, considerar en otras investigaciones el parentesco que puedan tener los cuidadores primarios con los pacientes hospitalizados, lo cual podría proporcionar información relevante que ayude a ampliar conocimientos sobre el tema.

Referencias

- Achury, D., Castasño, H., Gómez, L. & Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 13(1), p. 27-46. Recuperada de: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf>
- Akintui, Y. & López, C. (2014). *Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la región Lambayeque durante el año 2012*. (Tesis de pre-grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo). Recuperada de: http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/usat/305/TL_AkintuiVillalobosYasling_LopezAraujoChristian.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bello, J. (2014). *Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas*. (Tesis de pregrado, Instituto mexicano del seguro social delegación, Veracruz-México). Recuperado de: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-gabriela.pdf>
- Beltrán, A. & León, R. (2009). *Sobrecarga del Cuidador y Calidad de Vida en Pacientes con Parkinson del Hospital Base Víctor Lazarte Echeagaray – Es Salud, Trujillo*. (Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo, Trujillo-Perú). Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/22826604/Sobrecarga-Del-Cuidador-y-Calidad-de-Vida-en-Pacientes-Con-Parkinson-Del-HBVLE-Essalud-Trujillo-2009>
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C. & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd*, 137, p. 657-665. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n5/art09.pdf>
- Covarrubias, L. (2011). *Calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados y nivel de dependencia del receptor del cuidado*. (Tesis de pregrado, Universidad autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí). Recuperado de: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3021/4/MAE1CDV01101.pdf>
- De la Huerta, R., Corona, J. & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Medigraphic*, 39 (1), p. 47-50. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061g.pdf>
- Dorina, S., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. & Bail, V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (1), p. 55-65. Recuperada de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535105.pdf>
- Flores, E Rivas, E. & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 15 (1), p. 29-41. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf
- Martínez, E., Díaz, F. & Gómez, E. (2010). Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer. *Universidad Veracruzana. Campus Minatitlán*, 6 (11), p. 32-41. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/Altepepaktli/2010/vol6/no11/4.pdf>
- Martínez, L., Grau, Y. & Rodríguez, R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas*, 20 (2), p. 139-148. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n2/2255-3517-enefro-20-02-00139.pdf>
- Pérez, D. (2015). *Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del*

- HNGAI – 2015*. (Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú). Recuperada de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5319/Perez_cd.pdf?sequence=1
- Pérez, D., Rodríguez, A., Herrera, D., García, R., Echemendía, B. & Chang, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de higiene y epidemiología*, 51 (2), p. 174-183. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2232/223229324006.pdf>
- Puente, A. (1998). *Psicología básica: introducción al estudio de la conducta humana*. Madrid: Pirámide.
- Vílchez, K. & Vílchez, R. (2015). Estrategias de afrontamiento al estrés en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a un hospital de Ferreñafe, 2014. (Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo). Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/339/1/TL_VilchezFloresKarla_VilchezManzanaresRossella.pdf
- Villano, S. (2016). *Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico instituto nacional de ciencias neurológicas*. (Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú). Recuperada de: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/754/villano_ls.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Worcheł, S. & Shebilske, W. (5ta Ed.). (1997). *Psicología: fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Prentice Hall.

Apéndice A

Definición teórica	Dimensión	Definición Operacional Indicadores	Niveles
<p>"Estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, el cual amenaza la salud física y mental del cuidador. Es la dificultad física persistente de cuidar a otras personas y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que puede ser experimentado por el cuidador". (Zarit, como se citó en Beltrán y León, 2009, p. 44).</p>	Sobrecarga	1,2,3,4,5,6, 7,8,9, 10,11,12,13	Ausencia de Sobrecarga (menor igual a 46)
		,14,15, 16,17,18,19, 20, 21,22	Sobrecarga ligera (entre 47-55)
			Sobrecarga intensa (mayor a 56)

Apéndice B

Definición teórica	Definición operacional	Indicadores
	Dimensión	
Son los modos en que las personas actúan ante situaciones estresantes, con el fin de reducir la tensión y restablecer el equilibrio (Carver, como se citó en Vilchez & Vilchez, 2015, p.16).	Reinterpretación positiva y crecimiento	1, 28, 37, 57
	Desenganche mental	2, 16, 30, 42
	Centrarse en las emociones y liberarlas	3, 17, 27, 45
	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	4, 14, 29, 44
	Afrontamiento activo	5, 46, 56
	Negación	6, 26, 39, 55
	Uso de la religión	7, 18, 47, 58
	Humor	8, 20, 35, 49
	Desenganche conductual	9, 24, 36, 50
	Refrenar el afrontamiento	10, 22, 40, 48
	Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	11, 23, 33, 51
	Uso de sustancias	12, 25, 34, 52
	Aceptación	13, 21, 43, 53
	Supresión de actividades distractoras	15, 32, 41, 54
	Planificación	19, 31, 38

Apéndice C

Factores	Definición operacional	
	Indicadores	Escala
Sociodemográficos	Edad del cuidador	Edad
	Soltero/a Casado/a Conviviente Divorciado/a Viudo/a	Estado civil
	Católica Evangélica Testigo de Jehová otras	Religión
	Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario Completo Incompleto	Grado de instrucción
	Ama de casa Profesiones Negocio propio	Ocupación
	Cajamarca Jaén Incahuasi Lambayeque Chiclayo Reque Amazonas Otros	Lugar de procedencia
	Medicina Cirugía Pediatría Ginecología UCI Emergencia	Servicio de procedencia

Características de la población, que ayudarán a contextualizar las variables de estudio.

Apéndice D

Tiempo de cuidado	Definición operacional	
	Indicadores	Escala
Tiempo dedicado al cuidado y atención del paciente, dentro del hospital.	1 semana - 1 mes.	Intervalo
	Más de 1 mes- 4 meses	

Apéndice E

Código: _____

Código: _____

Escala de Sobrecarga del cuidador (ZARIT) de Zarit, Orr & Zarit (1985)**Sexo:** _____**Tiempo de cuidado:** _____

Instrucciones: Después de leer cada afirmación, indique con qué frecuencia se siente usted así (Marque con una X):

No se olvide de responder a todas las preguntas y no marcar dos alternativas en una misma.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUEN- TEMENTE	CASI SIEMPRE
1.- ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2.- ¿Siente usted, que a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?					
3.- ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar paciente y tener además que atender otras responsabilidades?					
4.- ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5.- ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar paciente?					
6.- ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8.- ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?					
9.- ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					
10.- ¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					

11.- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					
12.- ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13.- (solamente si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómoda(o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					
14.- ¿Cree que su familiar/paciente espera que Ud. lo cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
15.- ¿Cree Ud que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente?					
16.- ¿Siente que no va ser capaz de cuidar de su familiar paciente durante mucho más tiempo?					
17.- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18.- ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19.- ¿Se siente insegura(o) cerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
20.- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21.- ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
22.- En general, ¿Se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?					

Apéndice F

Código: _____

Código: _____

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento al Estrés (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub (1989)

Sexo: _____

Tiempo de cuidado: _____

Instrucciones: Mediante este instrumento se pretende conocer qué hizo o cómo se sintió usted al encontrarse en una situación estresante. Responda a cada pregunta por separado. No hay preguntas correctas o incorrectas, sólo elija la respuesta más exacta para usted. Indique lo que usted ha hecho realmente, no lo que la gente suele hacer o lo que debería haber hecho.

Por favor, responda a todas las preguntas marcando con un aspa (x) en el recuadro que señale su mejor respuesta, para lo cual tenga en cuenta las siguientes alternativas: NUNCA, A VECES, A MENUDO, SIEMPRE.

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1.- Intenté crecer como persona como resultado de la experiencia.				
2.- Me enfoqué en el trabajo u otras actividades substitutas para distraer mi mente.				
3.- Me acongojé y exterioricé mis emociones.				
4.- Intenté obtener consejos de otros sobre qué hacer con el problema.				
5.- Concentré mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema.				
6.- Me dije a mi misma "esto no es real".				
7.- Puse mi confianza en Dios.				
8.- Me reí de la situación.				
9.- Admití que no podía enfrentar el problema y dejé de intentarlo.				
10.- Me abstuve de hacer algo demasiado crónico.				
11.- Hablé de mis sentimientos con otras personas.				

12.- Usé el alcohol o drogas para sentirme mejor.				
13.- Me acostumbré a la idea que el problema ya sucedió.				
14.- Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.				
15.- Evité mantenerme distraída con otros pensamientos o actividades.				
16.- Soñé o fantaseé con cosas diferentes al problema.				
17.- Me perturbé y estuve realmente consciente del problema.				
18.- Busqué la ayuda de Dios.				
19.- Elaboré un plan de acción.				
20.- Hice bromas acerca de la situación.				
21.- Acepté que el problema había ocurrido y que no podía ser cambiado.				
22.- Me mantuve alejada de hacer cualquier cosa sobre el problema hasta que la situación lo permitiera.				
23.- Intenté recibir apoyo emocional de amigos o familiares.				
24.- Sencillamente me rendí tratando de alcanzar mi meta.				
25.- Intenté escapar por un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.				
26.- Rehusé creer que el problema hubiera ocurrido.				
27.- Exterioricé mis emociones.				
28.- Intenté ver el problema desde una perspectiva diferente para que pareciera más positivo.				
29.- Hablé con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema.				
30.- Dormí más de lo usual.				
31.- Traté de crear una estrategia para saber qué hacer.				
32.- Me concentré en enfrentar el problema, y si era necesario me desentendía de otras actividades.				
33.- Conseguí la simpatía y comprensión de otros.				
34.- Bebí alcohol o tome drogas para pensar menos en el problema.				
35.- Bromeé sobre el problema.				

36.- Dejé de intentar de obtener lo que quiero.				
37.- Busqué algo bueno en lo que estaba sucediendo.				
38.- Pensé en cómo resolver el problema de la mejor manera.				
39.- Fingí que el problema no había sucedido realmente.				
40.- Me aseguré de no crear problemas más graves por actuar demasiado pronto.				
41.- Traté firmemente de prevenir que otras cosas interfieran en mis esfuerzos para enfrentar el problema.				
42.- Fui al cine o miré la TV para pensar menos en el problema.				
43.- Acepté que el problema había sucedido realmente.				
44.- Pregunté a personas que habían tenido experiencias similares sobre lo que ellos hicieron.				
45.- Sentí y expresé muchas emociones negativas.				
46.- Actué directamente sobre el problema para controlarlo.				
47.- Traté de encontrar apoyo en mi religión.				
48.- Me obligué a esperar el momento adecuado para enfrentar el problema.				
49.- Hice chistes sobre la situación.				
50.- Reduje la cantidad de esfuerzo que puse en la resolución del problema.				
51.- Hablé con otras personas sobre cómo me sentía.				
52.- Usé alcohol o drogas para que me ayudaran a pasar por esto.				
53.- Aprendí a vivir con el problema.				
54.- Dejé a un lado otras actividades para concentrarme en el problema.				
55.- Actué como si nada hubiese ocurrido.				
56.- Seguí paso a paso lo que era necesario hacer para enfrentar el problema.				
57.- Aprendí algo de la experiencia.				
58.- Recé más de lo usual.				

Ficha Sociodemográfica

1) **Edad:** _____

2) **Estado civil:** _____

3) **Religión:** _____

4) **Grado de instrucción:**

a) Primaria b) Secundaria c) Superior técnico d) Superior universitario

Completa incompleta

5) **Ocupación:** _____

6) **Lugar de procedencia:**

a) Cajamarca b) Lambayeque c) Amazonas d) Otro:.....

7) **Servicio de procedencia:**

a) Medicina (varones/mujeres) b) Cirugía (Varones/mujeres/traumatología/quemaditos)

c) Pediatría (Lactantes/preescolares/escolares) d) Ginecología e) UCI

f) Emergencia

Apéndice H



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 577-2018-USAT-FMED
Chiclayo, 25 de setiembre de 2018

Vista la solicitud N° 154254 de fecha 24 de setiembre de 2018 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de las estudiantes Zuloaga Castellanos Kiara Melissa y Bravo Bravo Laura Yovani, de la Escuela de Psicología.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Psicología.

Que el proyecto de Investigación denominado: **Sobrecarga y estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados, de un nosocomio nivel II - 2 de Chiclayo, agosto – diciembre 2018**, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Psicología y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2°.- Disponer que las estudiantes gestionen ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



MSc. Rldo. Antero Enrique Yacarini Martínez
SECRETARÍA ACADÉMICA Secretario Académico
FACULTAD DE MEDICINA Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA Facultad de Medicina

Méd. Jorge Luis Limo Liza
Decano (e)

Apéndice I

**Consentimiento para participar en un estudio de investigación
- ADULTOS -**

Instituciones : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – H.R.D.L.M.CH.
 Investigadores : Bravo Bravo Laura Yovana, Zuloaga Castellanos Kiara Melissa.
 Título: Sobrecarga y estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados.

Fines del Estudio:

Se le invita a participar en un estudio llamado: Sobrecarga y estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados.

La sobrecarga es el resultado de cuidar a una persona dependiente o con problemas de salud, que amenaza la salud física y emocional del cuidador.

Las estrategias de afrontamiento al estrés son los modos en los que una persona actúa frente a situaciones estresantes con la finalidad de aliviar la tensión

Esta investigación es desarrollada por investigadoras de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Se realiza este estudio con la finalidad de determinar los niveles de sobrecarga y los estilos de afrontamiento al estrés que presentan los cuidadores de pacientes hospitalizados.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de dos cuestionarios que tienen una duración aproximada de 15 a 20 minutos cada uno.

Riesgos:

No existen riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Los resultados obtenidos nos ayudarán a identificar los niveles de sobrecarga y estrategias de afrontamiento en los cuidadores de pacientes hospitalizados. Si desea conocer los resultados, se le informará de manera personal y confidencial a través de nuestros correos electrónicos y/o números telefónicos. Los costos de ambos test serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno a usted.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en este estudio. Así como tampoco recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sea los de esta investigación. Sus respuestas serán trabajadas utilizando un código de identificación que garantiza la protección de su identidad y a la vez la confiabilidad de los datos. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que pueda identificar que usted fue parte de esta investigación, ya que no aparecerá su nombre ni otros datos personales. Los resultados de la aplicación de estos instrumentos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso de la información:

La información una vez procesada será eliminada.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor comunicarse con las encargadas del estudio (Kiara Melissa Zuloaga Castellanos y Laura Yovani Bravo Bravo), a través de sus correos electrónicos kiara_1892@hotmail.com y/o a l.y.b.b._282@hotmail.com. También podrá contactarse con las investigadoras por medio de sus números telefónicos respectivamente 981352778 ó 998522799. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 606200 anexo

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en que consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante:

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigadora

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigadora

Nombre:

DNI:

Fecha: