

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LA DINÁMICA DEL CUIDADO
PARA LA SOBRECARGA DE CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS
MAYORES DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS**

CAMILA ANDREA CÁRDENAS MARTÍNEZ



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
CHÍA, CUNDINAMARCA
2020**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LA DINÁMICA DEL CUIDADO
PARA LA SOBRECARGA DE CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS
MAYORES DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS**

CAMILA ANDREA CÁRDENAS MARTÍNEZ

**Trabajo de investigación para optar el título de
Magister en Enfermería**

Asesora

BLANCA CECILIA VENEGAS BUSTOS

Magister en enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
CHÍA, CUNDINAMARCA
2020**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Presidente del Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

DEDICATORIA

A Dios por guiarme y darme la fuerza en este nuevo camino de mi vida que en vez de culminar empieza.

A mi familia por estar siempre a mi lado y apoyarme a pesar de la distancia.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Iván y Eligia que han estado en todo momento brindándome su apoyo incondicional y sus consejos para ser cada día una mejor persona.

A mi hermana, que es uno de mis motores para ser cada vez mejor y permitirle mostrar que no hay límites para alcanzar los sueños, sólo hay que desearlos y luchar por ellos.

A mis demás familiares que de una u otra manera han contribuido con este logro en mi carrera profesional.

A Juan Felipe, por impulsarme a pensar en grande desde el momento en el que nos conocimos y estar a mi lado aún en medio de las tormentas que nos acecharon.

A la profesora Blanca Cecilia Venegas, quien con su dedicación, esfuerzo, compromiso y gran corazón, me ayudó no sólo a la realización de este gran proyecto sino a ser una mejor persona.

Al profesor Mayorga, quien con sus conocimientos en estadística permitió mostrar la efectividad de esta investigación.

A los cuidadores familiares de los servicios de hospitalización que hicieron parte de esta investigación por su disposición y compromiso para mejorar su bienestar y la de sus adultos receptores de cuidado.

A mis amigos y compañeros de trabajo por ayudarme con cada espacio de tiempo que necesité para viajar y estudiar.

A la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva por abrirme sus puertas y brindarme la posibilidad de llevar a cabo este proyecto en sus instalaciones.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. MARCO DE REFERENCIA.....	18
1.1 Descripción del área problema.....	18
1.2 Pregunta de investigación	28
1.3 Justificación.....	29
1.3.1 Significancia social	29
1.3.2 Significancia teórica.....	31
1.3.3 Significancia disciplinar.....	33
1.4 Objetivos	36
1.4.1 Objetivo general	36
1.4.2 Objetivos específicos.....	36
1.5 Definición de conceptos.....	37
1.5.1 Intervención de enfermería:.....	37
1.5.2 Intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado:	37
1.5.3 Cuidado convencional:	37
1.5.4 Cuidador familiar principal:	38
1.5.5 Sobrecarga del cuidador:	38
1.5.6 Adulto mayor dependiente hospitalizado:	38

2. MARCO TEÓRICO.....	39
2.1 Factores asociados a la sobrecarga	39
2.2 Intervenciones enfocadas al cuidador familiar	41
2.3 Teoría de la Dinámica del Cuidado de Loretta Williams.....	45
2.3.1 Conceptos de la teoría	45
2.3.2 Esquema de la teoría	48
2.3.3 Aplicación de la teoría a la investigación	49
2.3.4 Relación del concepto Autocuidado con la sobrecarga en el cuidador .	50
3 MARCO METODOLÓGICO	52
3.1 Tipo de estudio:	52
3.2 Universo	52
3.3 Población	52
3.4 Criterios de inclusión	53
3.5 Criterios de exclusión	53
3.6 Muestra.....	53
3.6.1 Muestreo.....	53
3.6.2 Tamaño de la muestra.....	54
3.7 Hipótesis estadística	56
3.8 Hipótesis de investigación.....	56
3.9 Instrumentos	57

3.9.1	Ficha de caracterización del cuidador familiar del adulto mayor dependiente.....	57
3.9.2	Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.....	57
3.9.3	Índice de Barthel.....	58
3.9.4	Cuestionario del Estado Mental Breve de Pfeiffer (SPMSQ):	59
3.10	Formulación de variables.....	60
3.11	Operacionalización de variables.....	60
3.12	Diseño y descripción de la intervención.....	65
3.12.1	Descripción de la intervención del grupo de comparación	65
3.12.2	Descripción de la intervención del grupo experimental	68
3.13	Control de sesgos.....	73
3.14	Plan de análisis.....	74
3.14.1	Software para el análisis.....	74
3.14.2	Procedimientos estadísticos	75
3.15	Consideraciones éticas.....	76
4	ANÁLISIS DE RESULTADOS	80
4.1	Características sociodemográficas de los cuidadores familiares.....	80
4.2	Características de los adultos mayores hospitalizados que son receptores del cuidado	83
4.3	Sobrecarga de los cuidadores del grupo experimental antes y después de la intervención.....	85

4.4	Sobrecarga de los cuidadores del grupo comparación antes y después del cuidado convencional.....	86
4.5	Comparación de los niveles de sobrecarga de los cuidadores de ambos grupos antes y después de las intervenciones.....	88
4.6	Perfil de efecto de las intervenciones de los grupos experimental y comparación	89
4.6.1	Perfil de efecto de la intervención del grupo experimental sobre la sobrecarga y sus dimensiones	90
4.6.2	Perfil de efecto de la intervención del grupo de comparación y sus dimensiones.....	92
5	DISCUSIÓN.....	95
6	CONCLUSIONES.....	103
7.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	106
7.1	Limitaciones	106
7.2	Recomendaciones.....	106
8.	APORTES DEL ESTUDIO	108
8.1	Para la disciplina de enfermería	108
8.3	Para la práctica de enfermería	109
8.4	Para la sociedad	109
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	110
10.	ANEXOS	130

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Operacionalización de las variables dependiente e independiente del estudio	60
Tabla N° 2. Operacionalización de las variables sociodemográficas del cuidador	61
Tabla N° 3. Operacionalización de las variables sociodemográficas del sujeto de cuidado	64
Tabla N° 4. Características sociodemográficas de los cuidadores familiares	79
Tabla N° 5. Características de los adultos mayores receptores de cuidado	82
Tabla N° 6. Nivel de sobrecarga del grupo experimental	84
Tabla N° 7. Nivel de sobrecarga del grupo de comparación	86
Tabla N° 8. Resumen de la prueba U de Mann-Whitney.....	88
Tabla N° 9. Prueba de Wilcoxon en el grupo experimental en el nivel de sobrecarga	89
Tabla N° 10. Mediana de las dimensiones de la Escala de sobrecarga de Zarit en el grupo experimental.....	90
Tabla N° 11. Prueba de Wilcoxon en las dimensiones de la sobrecarga del grupo experimental.....	90
Tabla N° 12. Prueba de Wilcoxon en el grupo de comparación en el nivel de sobrecarga	91

Tabla N° 13. Mediana de las dimensiones de la Escala de sobrecarga de Zarit en el grupo experimental..... 92

Tabla N° 14. Prueba de Wilcoxon en las dimensiones de la sobrecarga del grupo de comparación..... 92

LISTA DE GRÁFICAS

Grafica N° 1. Esquema de la Teoría de la dinámica del cuidado	48
Grafica N° 2. Relación del concepto Autocuidado con la sobrecarga	50
Gráfica N° 3. Intervención del grupo de comparación.....	65
Gráfica N° 4. Intervención del grupo experimental.....	68
Gráfica N° 5. Comportamiento de la sobrecarga antes y después del grupo experimental	85
Gráfica N° 6. Comportamiento de la sobrecarga antes y después del grupo de comparación	86
Gráfica N° 7. Comparación de los niveles de sobrecarga de ambos grupos de cuidadores.....	88

LISTA DE ANEXOS

Anexo N° 1. Ficha de caracterización del cuidador familiar del adulto mayor dependiente	130
Anexo N° 2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.....	131
Anexo N° 3. Índice de Barthel	134
Anexo N° 4. Cuestionario del estado mental breve de PFEIFFER (SPMSQ)	136
Anexo N° 5. Consentimiento informado para los participantes	137

RESUMEN

Introducción: El cuidado que realizan los familiares de adultos mayores dependientes los conduce a estados de sobrecarga por desgaste físico, emocional, social y económico que siguen presentes durante las hospitalizaciones.

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado, comparada con el cuidado convencional, sobre el nivel de sobrecarga de cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados.

Metodología: Diseño cuasi experimental pre test – post test, con grupo experimental y grupo de comparación, con una muestra de 68 cuidadores.

Resultados: El nivel de sobrecarga de los cuidadores del grupo experimental tuvo una media pre test de 63,2 y 52,8 post test, y el grupo de comparación tuvo una media pre test de 56,9 y 59,6 post test.

Conclusiones: La aplicación de la intervención diseñada generó cambios significativos en el cuidador que permitieron modular los niveles de sobrecarga durante la hospitalización del adulto mayor dependiente.

Palabras claves: Cuidadores, anciano, dependencia, intervención, hospitalización

(Fuente: Decs, BIREME)

ABSTRACT

Introduction: The care provided by relatives of dependent elderly adults leads them to states of burden due to physical, emotional, social and economic wear and tear that are still present during hospitalizations.

Objective: To assess the effect of a nursing intervention based on the dynamics of care, compared to conventional care, on the level of overload of family caregivers of elderly dependents in hospital.

Methodology: Quasi-experimental pre-test - post-test design, with an experimental group and a comparison group, with a sample of 68 caregivers.

Results: The level of caregiver overload in the experimental group had a pre-test mean of 63,2 and 52,8 post-test, and the comparison group had a pre-test mean of 56,9 and 59,6 post-test.

Conclusions: The application of the designed intervention generated significant changes in the caregiver that allowed modulating the levels of overload during the hospitalization of the dependent older adult.

Key words: Caregivers, aged, dependency, intervention, hospitalization (Source: Decs, BIREME)

INTRODUCCION

Los cuidadores familiares se han convertido a lo largo del tiempo en actores centrales e indispensables en la atención de adultos mayores que por su estado de salud requieren ayuda parcial o total para realizar las actividades básicas de la vida diaria; sin embargo, esta acción de cuidado modifica el estilo de vida de la persona, las metas propuestas y la dinámica familiar presente. Por tal motivo, han sido objeto de estudio de diversas investigaciones dadas las complicaciones que se presentan, siendo una de ellas la aparición de sobrecarga (1) (2).

El conjunto de problemas de físicos, emocionales, sociales y económicos derivados del cuidado hacia otra persona es considerado como sobrecarga del cuidador. En la literatura se han descrito niveles de sobrecarga en un rango que va desde ligero a intenso tanto a nivel comunitario como hospitalario. Además, se han estudiado múltiples factores que se asocian al aumento o reducción de la sobrecarga y se han propuesto estrategias e intervenciones de cuidado para su modulación principalmente en el ámbito comunitario (3) (4).

Cuando el anciano es internado en un servicio de hospitalización, si bien recibe los cuidados por parte del personal de enfermería, requiere de un acompañante permanente durante su estancia en la institución de salud como medida en pro de la seguridad del paciente. De esta manera, el cuidador experimenta un cambio de ambiente que le obliga a adaptar su día a día para brindar atención a su familiar y su vez cumplir con las obligaciones laborales, sociales y del hogar que pueda tener, lo cual es un factor que promueve la aparición o el aumento de la sobrecarga (5) (6).

Como resultado, la sobrecarga se convierte en un fenómeno que atenta contra la salud y el bienestar de las personas, motivando al profesional de enfermería a buscar acciones de cuidado que puedan ser llevadas a la práctica de manera efectiva y cuenten con un soporte teórico y científico en su aplicación, debido a la poca evidencia en relación a investigaciones que planteen intervenciones y midan su efecto en este contexto hospitalario.

Por tanto, este estudio exploró el efecto de una intervención de enfermería basada en la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams, comparado con el cuidado convencional, sobre el nivel de sobrecarga presente en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados, aportando conocimiento a la disciplina en relación a la validación de estrategias de cuidado que pueden ser replicadas a nivel investigativo con otras poblaciones y empleadas en protocolos de atención en instituciones de salud que brinden una atención integral tanto al paciente como a su familia.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Descripción del área problema

Los cambios en los perfiles epidemiológicos, la inversión de la pirámide poblacional y los avances en la ciencia, han venido desencadenando fenómenos como el aumento de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT). De esta manera, el crecimiento de la población y el manejo terapéutico prolongado de las personas con ECNT degenerativas están causando dependencia y/o discapacidad que implica el apoyo de otras personas para realizar si no todas, algunas de las actividades de la vida diaria que están relacionadas con el cuidado para mantener un nivel óptimo de calidad de vida (7) (8) (9).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son las responsables de las dos terceras partes de las muertes en el mundo y se convierten en la principal causa de morbimortalidad (10). Los porcentajes más altos de mortalidad por ésta causa los reportan Serbia y Macedonia con un 95 %, Italia y España presentan cifras del 92 % y en el continente americano las ECNT ocasionan el 88 % de las muertes tanto en Canadá como en Estados Unidos de América y en países como México y Cuba el porcentaje fue del 77 % y 86 % respectivamente, a diferencia de Venezuela y Perú que obtuvieron porcentajes menores con un 67 % y 66 % cada uno debido al aumento de las muertes maternas y perinatales presentes en éstos países y de manera particular en Colombia, son responsables del 71 % de las muertes que ocurren en el país (11).

Por su parte, aunque las ECNT se pueden presentar en cualquier etapa de la vida, estas se asocian con el proceso de envejecimiento (12); momento en el cual aparece en

relación el término adulto mayor, el cual es utilizado para referirse a quienes pertenecen al grupo etáreo de 60 años de edad en general, también conocidos como ancianos o personas de la tercera edad (13).

Según la OMS, la población mundial de 60 años o más para el 2014 fue de 650 millones y se estima que para el 2050 alcanzará los 2000 millones. Las estadísticas de los países en vía de desarrollo muestran un crecimiento más acelerado con relación a los países desarrollados; en Colombia, se espera que para el 2020 el porcentaje de adultos mayores de 60 años alcance el 12,64 % de toda la población y éste aumentará al 23,12 % en el 2050 (14) (15).

De manera particular en el Departamento del Huila, el porcentaje de la población adulta mayor para el 2012 pasó de un 6,1 % al 6,5 % del total de la población huilense, correspondiendo a 72.276 adultos mayores que requieren atención en salud, y la tendencia prevista para el año 2020 es que éste porcentaje aumente de manera progresiva (16).

Los adultos mayores traen consigo un proceso de envejecimiento fisiológico normal en el cual se producen cambios a nivel celular, molecular, en los órganos y tejidos corporales, que predisponen al individuo a la aparición de problemas de salud física donde existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes mellitus que son a su vez factores de riesgo para otras enfermedades como por ejemplo las enfermedades a nivel cardiovascular (17).

Además, se pueden presentar enfermedades cognitivas con implicación en la memoria, la atención, el aprendizaje, el comportamiento, el sueño y los estados de ánimo; llegando

a presentar ansiedad, irritabilidad o depresión, aspectos que requieren de un gran apoyo por parte de la familia y de los sistemas de salud (17).

Lo anterior, condiciona al adulto mayor a un cambio de rol social y familiar que puede traer consigo frustraciones y retraimiento social que son factores que inciden de manera indirecta en el deterioro de su salud y dan lugar a una mayor expresión de las ECNT (18) (17).

Un estudio realizado por Durán y Cols., demuestra en sus resultados que el 59,8 % de los adultos en edades de 60 a 69 años presentaba alguna enfermedad crónica, y Ballesteros y Cols., describieron que el 33 % de los adultos con estas enfermedades tenían edades entre 60 y 75 años y el 18 % era mayor a 75 años. Esto demuestra que la ECNT es prevalente en personas mayores de 60 años y que se agrava cuando no se han tenido los comportamientos adecuados para un envejecimiento saludable (12) (19).

De esta manera, un adulto mayor con alguna ECNT puede ser independiente cuando es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diarias como lo son comer, vestirse, asearse y caminar por sus propios medios, al igual que las actividades instrumentales como cocinar, lavar, comprar, manejar su medicación y administrar su economía con autonomía mental (20).

Sin embargo, se convierte en un adulto mayor frágil cuando comienza a presentar alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida cotidiana, pero conserva su independencia de manera parcial, hasta llegar a un estado de total dependencia en el cual requiere del apoyo permanente de otras personas, por la presencia de una o más

enfermedades crónicas que han evolucionado a un nivel degenerativo que produce discapacidad (21).

En estudios como el de Aponte, Pinzón y Galvis, se evidenció que el 86,11 % de los adultos con enfermedad crónica eran personas con algún grado de dependencia y por consiguiente solo el 13,89 % eran independientes (21), de igual forma, Fuhrmann y Cols., y Lino y Cols., mostraron que los sujetos receptores de cuidado tenían un nivel de dependencia severa de 71,4 % y de moderado a alto del 87,5 % respectivamente (22) (23), lo cual demuestra que el número de personas con alguna limitación o dependencia funcional es importante y debe recibir ayuda constantemente (1) (24).

Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, surge una necesidad apremiante para el apoyo en el cuidado y es la existencia de una persona que pueda apoyar o suplir las deficiencias en la ejecución de las actividades de la vida cotidiana cuando el individuo no puede proveérselo por sí mismo, esa persona es el cuidador (1).

Se ha definido el concepto de cuidador desde los años 70 permitiendo su estudio desde diferentes enfoques para brindar un panorama general de las características que presenta (13). Anjos y Cols., definen al cuidador familiar como aquella persona que cubre las necesidades básicas y psicosociales del adulto mayor dependiente, convirtiéndose en una red informal de apoyo fundamental para estos ancianos (25). Se clasifican como principales o primarios y secundarios, dependiendo del grado de responsabilidad en que asumen el cuidado, siendo la familia el cuidador principal documentado en diferentes investigaciones debido a los lazos de parentesco con el adulto mayor, y su cuidado se considera informal debido a la falta de preparación formal para realizar las actividades (26) (27).

Las características de estos cuidadores han sido revisadas ampliamente a través de investigaciones nacionales e internacionales. Arias y Cols., Carrillo y Cols., Sanuade y Boatemaa, y Espinosa y Jofre, encontraron en sus investigaciones que la mayoría de los cuidadores son personas adultas, en edad reproductiva, o en el otro extremo también se encuentran un porcentaje de adultos mayores que podrían también requerir cuidados que estarían siendo aplazados por centrar la atención en el familiar que se encuentra con mayor complejidad en cuanto a su enfermedad, evidenciándose una disminución en la capacidad de autocuidado del cuidador que afecta directamente la salud de éste (28) (20) (30) (31).

De igual forma, se demuestra que la mujer es la que en su mayoría asume la responsabilidad de cuidado, en edad reproductiva, pudiendo estar casadas o en unión libre, con un bajo nivel educativo, pero con la capacidad de leer y escribir, además, por lo general la relación con el sujeto de cuidado es el ser madre o padre, hija/o; y habitualmente son cuidadores únicos (1) (28) (29) (32).

Por ende, se demuestra la participación de cuidadores hombres en menor proporción, pero con características similares a la mujer en cuanto a las condiciones sociodemográficas como la edad, el grado de escolaridad, estado civil y horas de dedicación al cuidado (2). Pero de manera significativa un estudio de Alonso, Prieto y Caperos muestra un mejor nivel de calidad de vida en los cuidadores familiares hombres en comparación con las mujeres (33).

Por su parte, Barreto y Cols., en los resultados de su estudio evidencian que los cuidadores viven en estratos socioeconómicos del 1 al 3, siendo 1 el nivel más bajo y teniendo como máximo el estrato 5 en la clasificación de la población colombiana; Torres,

Carreño y Chaparro indican que el 50,8 % sólo se dedicaban a las labores del hogar, seguido del trabajo independiente con un 24,6 %, y el 74,2 % de los cuidadores el mayor nivel educativo que habían logrado alcanzar era bachillerato completo, lo cual implica estados de vulnerabilidad que afectan directamente la vida y la salud del cuidador debido a la dificultad para conseguir un trabajo formal que garantice un ingreso económico a la familia para solventar las necesidades básicas (2) (34).

Por consiguiente, para las familias con bajos recursos económicos, tener un integrante con ECNT, significa un menor acceso a los servicios de salud para la detección de enfermedades y un tratamiento oportuno, aumentando por ende la prevalencia de factores de riesgo (34) (35), y en Colombia, la normatividad vigente no garantiza un soporte económico a los cuidadores familiares en su totalidad, solamente reconoce y brinda pago del servicio de cuidador a través del fallo de tutela, lo que dificulta el acceso a recursos económicos del Estado que ayuden a sobrellevar la carga económica que genera tener un adulto mayor dependiente (36).

Por otra parte, aunque para algunos cuidadores, brindar cuidado signifique la oportunidad de desempeñar un papel vital y ameno para su ser querido, considerándolo una experiencia gratificante que proporcione una sensación de satisfacción personal (33) (37); cuando el adulto mayor es internado en una institución de salud, el ambiente hospitalario se convierte en un factor estresor que también modifica el estilo de vida del cuidador, su autonomía, la intimidad, la economía y los roles familiares (5) (6).

El acompañamiento del adulto mayor a nivel hospitalario es requerido las 24 horas del día como normativas institucionales en pro de la seguridad del paciente (38), que además de colaborar en la satisfacción de las necesidades de éste, apoya en la prevención de

eventos adversos como las caídas, proveen información del estado de salud del paciente y validan la información suministrada por éste, promueven el cumplimiento del tratamiento ordenado y alertan al personal de salud de cualquier complicación que pueda presentar el enfermo (39) (40).

Sin embargo, en ocasiones no se brindan los elementos de confort necesarios y se generan cambios en la calidad del descanso, debido al hecho de dormir acompañando al familiar en un lugar poco cómodo, donde hay disminución de la privacidad y el ruido constante de equipos que se suman a las conversaciones del personal de salud y demás pacientes y familiares (41).

La hospitalización representa también un aislamiento social para el cuidador, debido a las restricciones en el horario de visita que limitan sus relaciones familiares y sociales; y afecta de igual forma la economía familiar dado que la hospitalización requiere la movilización del cuidador entre su domicilio y la entidad de salud, así como la compra de elementos requeridos para el cuidado del adulto mayor en el ambiente intrahospitalario (42).

Además, los cuidadores toman la decisión de asumir nuevas responsabilidades para las que no están preparados, tales como tramitar la entrega de tratamientos, la administración de medicamentos y el cuidado de las actividades de la vida diaria del familiar con ECNT; estos nuevos roles para el cuidador desencadenan cansancio, alteraciones en el estado de salud, estrés, aislamiento social, frustración y sobrecarga (26) (29).

Los cuidadores con sobrecarga refieren sentir cansancio físico que repercute en sus actividades diarias por la disminución de la energía, y que se experimentan también sentimientos negativos como la frustración, ansiedad, enojo, desesperanza, impotencia, preocupación e incertidumbre por el futuro del anciano (43).

A pesar de que el nivel de sobrecarga puede tener variaciones dependiendo el escenario donde se brinde el cuidado o donde se encuentre de manera circunstancial el adulto mayor, el cuidador experimenta un cambio en las actividades, pero mantiene la sobrecarga. Según un estudio realizado por Delalibera y Cols., se presentan niveles de sobrecarga que pueden ir de leve a intensa o severa en el 50 % o más de éstos cuidadores (33), De Valle y Cols., realizaron un estudio con cuidadores en servicios de consulta externa y evidenciaron en sus resultados que el 25 % presentaba sobrecarga leve y un 33 % la padecían de manera intensa (27), así mismo, en un estudio realizado por Pinzón y Carrillo en una institución de salud de III nivel de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, los cuidadores presentaban un 51 % de sobrecarga de leve a severa (44), coincidiendo con Tripodoro, Veloso y Llanos quienes describieron niveles de sobrecarga leve del 24 % y severa del 43 % en los cuidadores de pacientes en el servicio de cuidados paliativos (45).

Otros estudios realizados con cuidadores en el ámbito comunitario muestran que hasta un 60 % de los cuidadores presentaba sobrecarga moderada a severa (23), un estudio realizado con cuidadores en Ghana, demostró que la mayoría tenía sobrecarga leve a moderada (30) y en Colombia, un estudio realizado por Carreño y Chaparro, indica que en la región Andina y Pacífica existe predominio de sobrecarga intensa a diferencia de la región Amazónica en la cual hay ausencia de ella (46).

Los niveles de sobrecarga que puede llegar a presentar el cuidador tanto en casa, en la vida cotidiana, como en otro ambiente bien sea controles en servicios de consulta externa, o durante el cuidado paliativo, están asociados a estados de fatiga física, cansancio, dolores a nivel muscular, cefalea, disminución de la función de los miembros superiores y de la función excretora, debido a la mayor dedicación al cuidado físico del adulto mayor, tal como lo indican los estudios de Aponte y Cols., y Carreño y Cols., (21) (43).

Si bien es cierto, los síntomas asociados a la sobrecarga en su mayoría son físicos; también es evidente que existen problemas emocionales y comportamentales que acentúan la sobrecarga. Estudios realizados han encontrado que hasta el 80 % de los cuidadores presentan problemas en su esfera emocional, alteraciones del sueño, apatía o irritabilidad, estados de depresión y deterioro cognitivo que propician el consumo de alcohol y la necesidad del uso de medicamentos tanto para la depresión como para la ansiedad y el insomnio (23) (27).

Otros comportamientos desencadenados por la sobrecarga son los conflictos familiares, el aislamiento social y los sentimientos de impotencia o frustración que se pueden manifestar en agresión hacia el adulto con ECNT dependiente u otros miembros de la familia, que afectarían tanto la dinámica familiar como la interacción con las demás personas a su alrededor (23). De igual forma, la atención que brinda el cuidador familiar, altera el tiempo que dedica a las actividades de recreación, a su vida íntima familiar y a su libertad (27) (43).

Por su parte, el estudio realizado por Carreño y Cols., demuestra que el cuidado de otros de manera permanente además de generar impacto en lo físico y psicosocial del cuidador

también involucra el aspecto económico, debido a los sobrecostos generados por el tratamiento que afecta el presupuesto familiar requerido para la compra de insumos de la persona que es cuidada; a esto se suma la disminución en el tiempo de trabajo e incluso la pérdida de éste, que se asocia a su vez con niveles más altos de angustia y perturbación (43).

De forma global, se ha definido este fenómeno como el “síndrome del cuidador” o fenómeno de la tensión en los cuidadores” caracterizado por un conjunto de manifestaciones físicas (cefaleas, insomnio, alteraciones del sueño, dolores osteoarticulares), psíquicas (estrés, ansiedad, irritabilidad, temor a la enfermedad, sentimientos de culpa por no atender convenientemente al enfermo), alteraciones sociales (aislamiento, abandono, soledad, pérdida del tiempo libre), problemas laborales y familiares (ausentismo, bajo rendimiento, pérdida del puesto de trabajo) con un incremento de la tensión familiar, discusiones frecuentes que desembocan en conflictos conyugales, además de problemas económicos, tanto por la pérdida de ingresos como por el aumento de los gastos (3) (47) (48).

Los planteamientos anteriores muestran que los cuidadores familiares presentan múltiples problemas que han sido identificados, entre ellos, las alteraciones en la calidad de vida, baja habilidad para cuidar de su familiar, percepción de bajo soporte recibido y sobrecarga alta entre otros; creándose necesidades de tipo educativo, emocional, económico y social, dado que el cuidador no solo requiere seguridad, destreza y habilidad técnica al realizar actividades, sino también una capacitación que le permita ejercer tareas de cuidado y autocuidado que generen en él y su familiar una mejora en los estilos de vida y el aumento en las relaciones sociales (3).

Sin embargo, pese a que existen estudios que demuestran la sobrecarga del cuidador cuando tienen a su familiar hospitalizado (27) (44) (45), la evidencia actual no es amplia con respecto a estudios que midan el efecto de la realización de intervenciones o planes de cuidados enfocados en este ambiente hospitalario. Por ende, este estudio plantea modular la sobrecarga de los cuidadores familiares a través del diseño e implementación de una intervención de cuidado basada en la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams durante el proceso de hospitalización del adulto mayor dependiente enfermo.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de una intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado, comparada con el cuidado convencional, sobre el nivel de sobrecarga de cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados en una institución de salud de la ciudad de Neiva?

1.3 Justificación

1.3.1 Significancia social

Los adultos mayores en Colombia son considerados como una población vulnerable; es así que el Plan Decenal de Salud Pública contiene una dimensión transversal dedicada a las poblaciones vulnerables y una de ellas son los adultos mayores (49); además en Colombia se cuenta con la ley 1850 de 2018 que reglamenta las medidas de protección, los derechos que tiene ésta población y se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono, aplicando tanto para entidades públicas como privadas y en cualquier espacio en el que se encuentre el adulto mayor; así mismo, se reconoce a la familia como la encargada de satisfacer las necesidades biológicas y afectivas del anciano, pero no se establecen normativas que describan estrategias concretas que mejoren las condiciones de vida del cuidador familiar, el enfoque se encuentra en el adulto mayor y su bienestar (50).

De esta manera, los cuidadores familiares se han convertido en el eje central del cuidado al adulto mayor, son importantes y reconocidos socialmente como aquellas personas que suplen las necesidades básicas del anciano, sin remuneración y sin límite de tiempo, de manera voluntaria o no, dependiendo si cuentan con el apoyo de otras personas para realizar las actividades de cuidado (51).

Para las instituciones de salud, la labor de estos cuidadores es considerada como un recurso importante para la red de cuidados que acompaña al adulto mayor y al equipo de salud que lo atiende, pues la carga de cuidados se centra en el cuidador, quien se

dedica cotidianamente a aplicar indicaciones de salud y mantener la calidad de vida del sujeto de cuidado (51).

Sin embargo, lo anterior condiciona al cuidador a experimentar una serie de necesidades que de ser insatisfechas tienden a aumentar la sobrecarga en el cuidador, entre estas necesidades se encuentra la de información, la proximidad, el apoyo social y el confort, siendo la información entre enfermera(o) y cuidador la necesidad más importante para ellos (52) (53).

Los cuidadores expresan la necesidad de recibir información acerca de la enfermedad, el tratamiento y pronóstico del sujeto de cuidado, conocer la forma adecuada de brindar la atención de manera clara, sencilla, con el mínimo de riesgo para ellos y el adulto mayor para poder dar solución a los imprevistos y necesidades adicionales que se presenten (54). Con relación a esto, la literatura afirma que realizar intervenciones a los cuidadores durante la estancia hospitalaria permite reducir la sobrecarga del cuidador, potencializar el conocimiento y las destrezas para aplicar cuidados, aliviar la carga emocional presente, aclarar dudas o preocupaciones en cuanto a la salud del anciano e identificar así mismo, problemas de salud que pueda tener el cuidador, generando sentimientos de seguridad y confianza al momento de brindar cuidado a su familiar (51) (55) (56) (57) (58).

Algunos estudios describen en las recomendaciones, que es importante formar redes de apoyo de cuidadores integrando al personal de salud como parte de esa red a la que pueden acceder, la cual normalmente se caracteriza por un cuidador principal, varios cuidadores secundarios que ofrecen ayuda directa o indirecta, y demás familiares, amigos y voluntarios cercanos a los cuidadores (59) (60).

De esta manera, lograr modular el nivel de sobrecarga del cuidador durante la hospitalización, permite mejorar la calidad de la atención que se brinda al adulto mayor y reduce a futuro los reingresos en las instituciones de salud por complicaciones asociadas al cuidado en casa, brindándoles una mejor calidad de vida tanto al anciano como a su familia (61).

Por lo tanto, este estudio reconoce la presencia de sobrecarga en los cuidadores en el ámbito hospitalario, planteó y evaluó una propuesta de intervención por parte de enfermería que permite la modulación de la misma y brinda herramientas para la creación de protocolos institucionales enfocados en el bienestar de los familiares que están al lado del proceso de atención en salud de los pacientes.

1.3.2 Significancia teórica

Hernández, Moreno y Barragán motivan a la realización de investigaciones enfocadas en intervenciones a los cuidadores familiares, fundamentadas también en teorías propias de la profesión dado que la aplicación de teoría sustenta el cuidado brindado por la enfermera(o). De esta forma, indican que los efectos negativos que produce la sobrecarga en la salud y la vida en general del cuidador ameritan atención, haciendo evidentes necesidades de cuidado integral relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida, disminución de la carga, preparación y educación para brindar cuidado, apoyo social y psicológico; los cuales deben ser intervenidas tanto en forma preventiva como de soporte y garantizar la satisfacción de estas necesidades (3).

Según De Valle y Cols., también deben establecerse programas preventivos encaminados a desarrollar áreas recreativas para el cuidado de ancianos, con el fin de apoyar a los cuidadores familiares y beneficiar de manera consecuente la calidad de vida de los adultos mayores (27). Esta información es reafirmada por Carrillo, Sánchez y Barrera quienes recomiendan estos programas para atender y responder las necesidades de aumentar la habilidad de cuidado de quienes asumen la responsabilidad de cuidar a una persona con ECNT (62).

Por su parte Muñoz y Cols., describen que implementar estrategias que ayuden a orientar a los cuidadores en el cuidado del paciente geriátrico en instituciones de salud, permitirá detectar de manera temprana el síndrome de sobrecarga del cuidador y alargar el tiempo de aparición o incremento de severidad del mismo, reflejándose en la salud a corto y largo plazo del cuidador y por consiguiente del anciano (63).

Carreño y Chaparro refieren que es necesario la realización de programas de formación a cuidadores familiares de personas con ECNT teniendo en cuenta las características socioeconómicas propias de sus participantes para brindar alternativas o estrategias de cuidado acorde a sus necesidades y posibilidades (46). Coincidiendo con autores como Landínez y Cols., quienes afirman que la realización de programas de capacitación debe ser en temas que puedan ser aplicados a la vida cotidiana que contribuyan a mejorar los problemas emocionales que presentan los cuidadores (41); y otros autores sugieren la creación de herramientas de asistencia a estos cuidadores en el contexto de la práctica clínica de enfermería que les permitan reducir la sobrecarga (64).

Sin embargo, a pesar de la existencia de estudios que demuestran que el cuidador se sobrecarga estando en un ambiente hospitalario y la necesidad evidente de intervención

que éstas personas requieren, la revisión de la literatura indica un déficit de investigaciones dirigidas a intervenir esta problemática que afecta la salud y bienestar de la persona (27) (44) (45) (65). Por tal motivo, es relevante diseñar intervenciones de enfermería para cuidadores familiares de adultos mayores durante el proceso de hospitalización que permitan la utilización de acciones de cuidado validadas, modular los niveles de sobrecarga y por ende mejore la calidad de vida de éstas personas y los sujetos de cuidado.

Este estudio aporta al conocimiento del fenómeno de la sobrecarga en los cuidadores familiares en cuanto a su caracterización, diagnóstico, intervención y manejo específicamente en el ámbito clínico, lugar donde enfermería pone en práctica de manera asistencial y directa sus conocimientos para brindar un cuidado integral al anciano enfermo y su familia.

1.3.3 Significancia disciplinar

Enfermería se caracteriza por ser una disciplina profesional debido a que posee un cuerpo estructurado de conocimientos propios aplicables a la práctica, que se van consolidando y validando a medida que se realizan investigaciones de los fenómenos de estudio de la profesión (66). Además, la utilización de las practicas basadas en evidencia, la revisión e implementación de la evidencia aplicable y la utilización de los avances tecnológicos son formas en las cuales enfermería puede avanzar como una disciplina bien informada (67) (68).

La evidencia indica que la atención que brinda el profesional de enfermería capacitado y competente puede reducir el riesgo de mortalidad en los sujetos de cuidado, al igual que generar un impacto en la población a través de actividades de promoción de la salud, aumentando el nivel de control que las personas tienen sobre su salud (69) (70).

De esta forma, los cuidadores familiares se convierten en una población de interés para la investigación, intervención y cuidado debido a las afectaciones en la vida a nivel personal, familiar y social que presentan. La creación de herramientas propias a partir de las necesidades de los cuidadores familiares identificadas orienta al profesional sobre cómo actuar para dar una atención con calidad y a su vez humanizada, que estarían soportadas a nivel científico, disciplinar y metodológico (3).

Imanigoghary y Cols., resaltan el rol de enfermería al tener una interacción directa con la red social del cuidador, produciendo efectos positivos con el apoyo emocional y la oportunidad de brindar información al cuidador que ayude a minimizar su ansiedad y estrés (54).

El rol de enfermería se ejerce en todos los escenarios donde existan cuidadores que estén cuidando a personas dependientes, en este caso adultos mayores; puede ser en el ámbito comunitario, llegando hasta las poblaciones que poseen difícil acceso para llegar hasta las instituciones de salud con el fin de solicitar ayuda para resolver sus necesidades e inquietudes, conociendo de manera directa las condiciones en las que viven las personas, sus dificultades y fortalezas (54).

En el ambiente hospitalario, enfermería asume el cuidado del adulto y se esperaría por lo tanto que el cuidador tenga un espacio para sí mismo, y sienta disminución de la

sobrecarga, pero desafortunadamente las dinámicas de los servicios de hospitalización han optado por solicitar apoyo las 24 horas por parte de un familiar que generalmente es el cuidador familiar y esta acción podría aumentar la sobrecarga. Por lo tanto, se debe hacer énfasis en permitirle al cuidador tener un espacio durante la hospitalización del sujeto receptor de cuidado, para centrar más su atención en la educación que le puede proporcionar enfermería sobre los cuidados que requiere el sujeto de cuidado, las habilidades que ayudarán a mejorar la toma de decisiones, aumentar la efectividad en la comunicación y las redes de apoyo necesarias para llevar una vida mejor (54).

Häggman, Mattila y Melender precisan que se debe considerar la utilización de teorías relevantes en las intervenciones educativas para generar competencias suficientes en los participantes que mejoren la seguridad y brinden el conocimiento necesario para responder ante las necesidades que presente la población a intervenir (71).

Por lo tanto, este estudio a través del diseño y aplicación de una intervención de enfermería con el soporte de una teoría propia, fortalecen la disciplina y generan mayor visibilidad de la profesión en las diferentes instituciones de salud en todos los niveles de atención, al igual que permiten ampliar el foco en la prestación de los servicios de salud, la cual no sólo estará centrada en el adulto enfermo, sino también en el cuidador. De esta forma, se muestra cómo la teoría y la práctica trabajan de la mano para mejorar las intervenciones de cuidado brindadas por enfermería, al validar las pautas de cuidado que ofrece la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams, lo cual abre la posibilidad de integración a los diseños de investigación y da ejemplo de su uso en futuros estudios.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Evaluar el efecto de una intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado, comparada con el cuidado convencional, sobre el nivel de sobrecarga de cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados en una institución de salud de la ciudad de Neiva.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares y adultos mayores dependientes tanto del grupo experimental como de comparación.
- Determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes incluidos en el grupo experimental antes y después de una intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado.
- Determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes incluidos en el grupo de comparación antes y después de recibir un cuidado convencional.
- Comparar los resultados del nivel de sobrecarga pre test, post test, en los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes que corresponden a los grupos experimental y comparación antes y después de las intervenciones correspondientes.

1.5 Definición de conceptos

1.5.1 Intervención de enfermería:

Según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), se define como “cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente” (72).

1.5.2 Intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado:

Para el presente estudio la intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado fueron las actividades realizadas por la enfermera investigadora a los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados en una clínica de la ciudad de Neiva teniendo como componentes el entorno físico de apoyo, cultivar hábitos saludables, dejar salir emociones y sentimientos y alejarse de las demandas de cuidado, sustentadas en la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams (73) (74).

1.5.3 Cuidado convencional:

Para este estudio el cuidado convencional fueron las actividades realizadas por los profesionales de enfermería que laboran en la institución de salud y brindan atención tanto al adulto mayor como al cuidador familiar, lo cual incluye solicitar la presencia de un acompañante las 24 horas del día, suministrar información al paciente y cuidador

según lo requieran, administración de medicamentos y cuidados básicos que incluyen la higiene y alimentación del paciente con apoyo del familiar.

1.5.4 Cuidador familiar principal:

Persona que tiene lazos de parentesco y dedica la mayor parte del tiempo a cubrir las necesidades básicas y psicosociales del adulto mayor dependiente (2).

1.5.5 Sobrecarga del cuidador:

Es la combinación de problemas físicos, emocionales, sociales y económicos en los cuidadores de sujetos enfermos o dependientes, tiene un componente subjetivo que hace referencia a las experiencias, apreciaciones y emociones negativas que expresan los cuidadores ante la acción de cuidar; y un componente objetivo caracterizado por las actividades que deben realizar según las necesidades de cuidado requeridas (27).

Para este estudio los niveles de sobrecarga del cuidador se clasifican como ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y sobrecarga intensa (27).

1.5.6 Adulto mayor dependiente hospitalizado:

Persona que tiene 60 años o más, se encuentra hospitalizado en una institución de salud y necesita de ayuda o asistencia importante para el desarrollo de las actividades básicas de la vida cotidiana, principalmente las referentes al cuidado personal, por razones asociadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual (75) (76).

2. MARCO TEÓRICO

Teniendo en cuenta que este estudio se centra en una intervención de enfermería para modular el nivel de sobrecarga existente en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados, es preciso conocer los factores que se encuentran asociados a la sobrecarga, las intervenciones que se han propuesto para esta problemática e integrarlos con la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams en el diseño de la intervención para lograr una visión integral de esta problemática.

2.1 Factores asociados a la sobrecarga

El resultado de diferentes investigaciones ha permitido relacionar factores importantes que influyen en la aparición de la sobrecarga en los cuidadores familiares tales como los biológicos, psicológicos, económicos y sociales (4).

A nivel biológico, se afirma que entre más joven sea el cuidador, mayor dificultad tendrá para soportar el cuidado que debe realizar, aspecto que lo hace vulnerable a presentar mayor estrés que los cuidadores experimentados llegando incluso a desistir de la realización de la atención (1) (28) (30) (77).

De igual forma, Fuhrmann y Cols., indican que aspectos como la escolaridad pueden influir bien sea positiva o negativamente sobre el cuidado, ya que a mayor escolaridad menor sobrecarga y mayor comprensión de las orientaciones que ofrecen los

profesionales de la salud respecto al cuidado o la situación de salud de la persona a la que cuida, esto implica un mejor cuidado (22).

Otro aspecto importante que influye, está relacionado con el estado de salud del paciente, y se reafirma en investigaciones como las de Fuhtmann y Cols., Muñoz y Cols., y Nardi, Sawada y Santos; ellos en sus resultados evidencian que la sobrecarga también aumenta cuando la enfermedad del anciano está en un estado muy avanzado que compromete severamente su funcionalidad y demanda una mayor atención por parte de éste. además, se describe una correlación positiva entre el peor estado de salud del cuidador y el mayor nivel de sobrecarga de éste que puede repercutir finalmente en la disminución de la calidad de la atención brindada y en la afectación en la salud tanto del cuidador como del adulto mayor, por lo que también se ha asociado el cansancio del cuidador con mayor mortalidad del sujeto de cuidado (22) (63) (78).

De igual forma, se ha descrito una correlación negativa entre el autocuidado y la sobrecarga en los cuidadores, donde a mayor sobrecarga, la persona tiene una menor capacidad de ejercer su autocuidado (79).

A nivel psicológico, según Barreto y Cols., y Hernández, Moreno y Barragán la sobrecarga se mantiene por el compromiso con el cuidado al anciano enfermo en cuanto es mayor es el tiempo que le han dedicado a su familiar, llegando a ser hasta mayor a diez años y donde las horas de cuidado al día pueden estar entre las 21 a 24 horas, colocando en riesgo tanto la salud mental como física de ellos y aumentando la angustia y el dolor del anciano si conoce las consecuencias que tienen en su familiar el cuidado que le están brindando (2) (3).

Así mismo, Eterovic, Mendoza y Sáez, describen que la sobrecarga del cuidado es mayor cuando no se cuenta con el conocimiento necesario para brindar los cuidados produciendo estados de ansiedad y estrés (80).

A nivel económico, Lino y Cols., afirman que la sobrecarga también se ve afectada por las condiciones sociodemográficas en las cuales viven los cuidadores, pues se ha demostrado que frente a condiciones desfavorables y la carencia de elementos necesarios para brindar los cuidados ésta aumenta considerablemente (23).

A nivel social, se establece una correlación entre en menor tiempo para recreación y de espacio propio para el cuidador y un aumento en la sobrecarga ($p = -0.862$) (4). Además, se asocia el hecho de convivir de manera permanente con la persona dependiente con un mayor nivel de sobrecarga ($p = 0,007$) (81).

Por lo tanto, se encuentran múltiples factores que pueden presentarse de manera individual o simultánea para promover la aparición de sobrecarga en los cuidadores familiares y es preciso tenerlos en cuenta al momento de diseñar y realizar intervenciones enfocadas a éste fenómeno.

2.2 Intervenciones enfocadas al cuidador familiar

Debido a las consecuencias y los factores asociados de la sobrecarga en el cuidador, en los últimos años se ha evidenciado la necesidad de crear herramientas que ayuden a mejorar la vida del cuidador familiar encontrándose estudios en el ámbito comunitario con enfoque en la sobrecarga como el de Velásquez y Cols., quienes aplicaron en un barrio de la ciudad de Bogotá, Colombia, un programa educativo para cuidadores de

personas ancianas con una perspectiva cultural, a través de 6 sesiones educativas con intervalos de 30 días, las cuales tenían cinco fases: sensibilización, información culturalmente adaptada, toma de decisiones, compromisos de acción y cierre. Enfocadas al auto reconocimiento, la auto reflexión y el compromiso desde los propios intereses y motivaciones de los participantes, dando como resultados la disminución de la sobrecarga del cuidador ($p=0,036$) y mejoría en la funcionalidad familiar de éste ($p=0,015$) (55).

Sánchez y Cols., realizaron una prueba piloto con cuidadores familiares de la localidad Barrios Unidos de Bogotá, en la cual demostraron que se disminuyó la sobrecarga de éstos a través de la aplicación de intervenciones de enfermería sobre las necesidades de habilidad y conocimiento en relación al traslado del enfermo, la mecánica corporal, la comunicación y el manejo de emociones ($p=0.002$) (56).

Por su parte, Lotfi y Cols., diseñaron y aplicaron una plataforma de vida asistida ambiental que registra información de las actividades de la vida diaria utilizando sensores en el hogar, brindando orientación y asesoramiento en temas de interés de la atención al sujeto de cuidado y cuidador, la cual por medio de una prueba piloto demostró mejora en los niveles de sobrecarga del cuidador (82).

Otros estudios muestran enfoques en temas diferentes a la sobrecarga como el de Landínez y Cols., quienes implementaron en la localidad de Bosa en la ciudad de Bogotá, un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad que incluía 12 sesiones teórico prácticas sobre temas referentes al cuidado y atención al adulto mayor y un componente flexible enfocado en la recreación de los cuidadores, el cual reportó cambios positivos en la calidad de vida, dependencia y mejor

utilización de los tiempos dedicados al autocuidado tanto del adulto enfermo como del cuidador (41).

Floréz y Cols., a través de su estudio realizado en Cartagena, Colombia con el uso de un programa radial y una página web, lograron evidenciar cambios significativos en cuanto al soporte social que percibían los cuidadores y afirman la importancia de tener capacidad de acceso a diferentes fuentes de apoyo social para aumentar la respuesta de los cuidadores a las acciones de apoyo que tienen disponible a su alrededor, como es el caso del uso de la tecnología (83). Y Martínez y Cols., evaluaron a través de una prueba piloto en México, la utilización de una plataforma tecnológica creada para el cuidador, en la cual se afirma que los servicios ofrecidos son potencialmente capaces de proporcionar apoyo de asesoramiento y capacitación a los cuidadores de una manera más versátil y con mayor cobertura, lo que facilita la interacción permanente entre los cuidadores (64).

Por su parte, en el ámbito intrahospitalario, Vargas y Fernández crearon un programa de alta hospitalaria para el egreso del paciente y la familia en el servicio de cirugía de un hospital de Costa Rica, logrando que ambas partes adquirieran conocimientos y técnicas de cuidado de acuerdo al grado de dependencia o condición de salud del paciente (61).

Pritchard y Cols., a través de un meta análisis realizado con el fin de explorar los programas y la información suministrada a cuidadores de pacientes con demencia hospitalizados para ayudar con la preparación de la atención después del alta, indicaron que no hay cambios estadísticamente significativos en la ansiedad, depresión, carga o calidad de vida 3 meses después de las intervenciones; sin embargo, identificaron que la inclusión en todas las etapas durante la hospitalización fue un factor importante para

reducir el estrés y aumentar la preparación de los cuidadores. Los 3 estudios incluidos refieren intervenciones con entrenamiento de 5 horas con los cuidadores, programas para el cuidador de manera grupal e individual o sesiones de educación individualizada de enfermería durante la hospitalización (84).

Por su parte, la revisión bibliográfica y meta análisis de Ruiz y Cols., que incluye 2 estudios cuasi experimentales, hace énfasis en la utilización de la intervención NIC: Apoyo al cuidador principal, dado toma en cuenta la necesidad de información y formación, la valoración del estado del cuidador y las actividades de apoyo. Así mismo, indican que las intervenciones educativas a nivel individual sobre patologías crónicas y sus cuidados de salud resultan efectivas en los pacientes y sus cuidadores y los abordajes con psicoterapia son más eficaces a nivel emocional en los cuidadores de personas mayores dependientes en comparación a la psicoeducación, permitiendo mejorar la salud emocional del cuidador y retrasar la institucionalización del anciano (85).

Lo anterior también lo reafirman Adelman y Cols., e indican que las intervenciones revisadas que incluían componentes psicosociales y psicoeducativos para el cuidador y farmacológicos para el paciente con demencia, tenían una eficacia de leve a moderada para mitigar la sobrecarga del cuidador (86).

De esta forma, se puede vislumbrar que, a pesar de la presencia de intervenciones hacia el cuidador, no todas logran diferencias significativas en la modulación de la sobrecarga y el foco de éstas investigaciones están en el ámbito comunitario; esto creó la necesidad de plantear una intervención de enfermería aplicable a nivel intrahospitalario, las cuales se requieren para sustentar planes de mejora institucionales que permitan brindar una mejor atención tanto al paciente como a su familia.

2.3 Teoría de la Dinámica del Cuidado de Loretta Williams

Para ésta investigación se tomó como referente la Teoría de la Dinámica del Cuidado de Loretta Williams, la cual es una teoría de rango medio de enfermería, aplicada para dar cuidado a los cuidadores familiares, que dedican la mayor parte del tiempo a cuidar de sus familiares, amigos o vecinos que padecen una enfermedad crónica, discapacidad o que por su proceso fisiológico de envejecimiento requieren apoyo y cuidado de manera permanente (74).

El propósito de la teoría es describir las fuerzas positivas que motivan a los cuidadores y a los beneficiarios de la atención a asumir y continuar la relación de cuidado permitiendo que la relación cambie y crezca. Así mismo, el reconocimiento de estas fuerzas permitirá a las enfermeras identificar métodos para apoyar la relación de cuidado; el uso de la teoría hasta la fecha ha demostrado que describe la situación del cuidado desde la perspectiva del cuidador y es útil para sugerir intervenciones para apoyar el cuidado dado que brinda al profesional de enfermería conceptos que guían las intervenciones a realizar en los cuidadores para conocer el proceso como cuidador y ayudar a su vez para mejorar el bienestar propio y el del sujeto receptor de cuidados (74).

2.3.1 Conceptos de la teoría

Los principales conceptos de la Teoría de la Dinámica del Cuidado de Loretta Williams son el compromiso, la gestión de expectativas y la negociación de roles. El autocuidado, la nueva percepción y el apoyo de roles son conceptos relacionados, cada uno de ellos

conectado a uno de los conceptos principales, y cuentan con una serie de dimensiones que permiten abordar cada concepto para su aplicación (74).

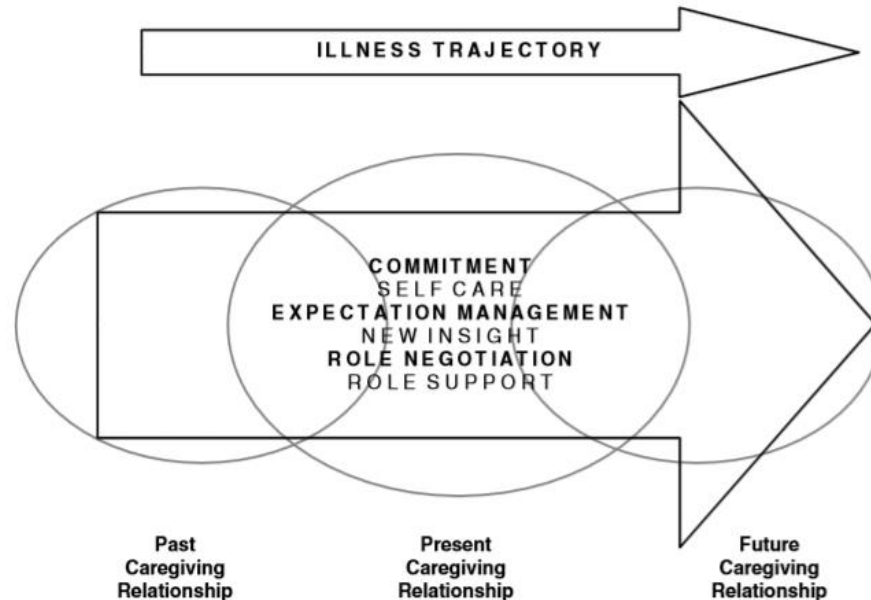
Los conceptos se describen a continuación:

- Compromiso: es una responsabilidad perdurable del cuidador que inspira cambios en la vida para hacer del paciente una prioridad. Hay cuatro dimensiones para el compromiso: responsabilidad perdurable, hacer del paciente una prioridad, presencia de apoyo y conexión amorosa autoafirmativa (74) (87).
- Gestión de expectativas: La gestión de expectativas está imaginando el futuro y el anhelo de volver a la normalidad. Incluye cinco dimensiones para el manejo de las expectativas: imaginar el mañana, volver a la normalidad, tomar un día a la vez, medir el comportamiento y reconciliar los giros y vueltas del tratamiento (74) (87) (88).
- Negociación de roles: se define como adecuada, estimulando por parte del cuidador hacia la recuperación e independencia del paciente luego de manejar los cuidados complejos que demandan responsabilidades compartidas. La negociación de roles ocurre cuando los cuidadores determinan la acción prestando atención a la voz del paciente y vigilando la comunicación entre los pacientes y el sistema de atención médica. Hay cinco dimensiones de negociación de roles: empuje apropiado, obtener un control sobre él, compartir responsabilidades, atender la voz del paciente y puente vigilante (74) (88).

- Autocuidado: es un concepto relacionado con el compromiso. El autocuidado está actuando para mantener la salud mediante el cultivo de hábitos saludables, al tiempo que libera los sentimientos y las frustraciones del cuidado y se aleja de las demandas de cuidado cuando sea necesario. Hay cuatro dimensiones de autocuidado: entorno físico de apoyo, cultivar hábitos saludables, dejarlo salir y alejarse de él (74) (88) (89).
- Nueva percepción: es un concepto relacionado con la gestión de expectativas. La nueva visión es cambiar la conciencia a través del crecimiento personal, creyendo que un poder superior controla la situación y reconoce los resultados positivos del tratamiento. Hay tres dimensiones de nueva percepción: experimentar crecimiento personal, apoyarse en el Señor y reconocer resultados positivos (74) (89).
- Soporte de roles: es un concepto relacionado con la negociación de roles. El soporte de roles es saber que a otras personas les importa encontrar una atención compasiva competente, encontrar apoyo para otras responsabilidades y recibir información útil. Otras personas pueden también ayudar a cumplir obligaciones financieras o el cuidador puede descubrir maneras creativas de cumplir con las obligaciones financieras. Hay cinco dimensiones de apoyo de roles: encontrar una atención competente y compasiva; encontrar apoyo para otras responsabilidades; conocer el cuidado de los demás; cumplir con las responsabilidades financieras; y recibir información útil (74) (88).

2.3.2 Esquema de la teoría

Grafica N° 1. Esquema de la Teoría de la dinámica del cuidado



Fuente: Smith MJ, Liehr PR. Theory of Caregiving Dynamics. Middle range theory for nursing. Pág. 318

Williams describe que las dinámicas de cuidado son procesos interactivos de compromiso, gestión de expectativas y negociación de roles respaldados por el autocuidado, la nueva percepción y el respaldo de roles que mueven la relación de cuidado a lo largo de una trayectoria de enfermedad. El compromiso, el manejo de las expectativas y la negociación de roles conectan al cuidador y al paciente y proporcionan la fuerza para mover la relación de cuidado a través del tiempo. El cuidado personal, los nuevos conocimientos y el apoyo a los roles fundamentan los conceptos de compromiso, gestión de expectativas y negociación de roles, respectivamente (74) (89).

Además, a través del autocuidado los cuidadores mantienen su compromiso con los beneficiarios de la atención. De esta forma, cuando están física y emocionalmente sanos, los cuidadores pueden continuar enfocando la atención en las necesidades de los receptores de la atención y la nueva visión viene con soporte para gestionar las expectativas, nuevos entendimientos y formas de enmarcar la experiencia de cuidado que ayudan a los cuidadores a dar sentido a los resultados de la enfermedad (74) (89).

2.3.3 Aplicación de la teoría a la investigación

Para la investigación se tomó de manera particular el concepto relacionado de Autocuidado de la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams, dado que brinda estrategias que permitieron abordar de manera integral la problemática que vive el cuidador familiar del adulto mayor dependiente con sobrecarga.

Las dimensiones del concepto se describen a continuación:

- El entorno físico de apoyo: se refiere al alojamiento, a la comida y a otros servicios que son cómodos y convenientes para el cuidador y el paciente (74).
- Cultivar hábitos saludables: es tomar medidas para mantener o mejorar la salud necesaria para el cuidado. El cuidador y el paciente se apoyan y se alientan a seguir hábitos de mejora de la salud, como comer bien y hacer ejercicio (74).
- Dejarlo salir: es encontrar maneras de expresar sentimientos y frustraciones asociadas con el cuidado. Los cuidadores pueden comunicarse intencionalmente con

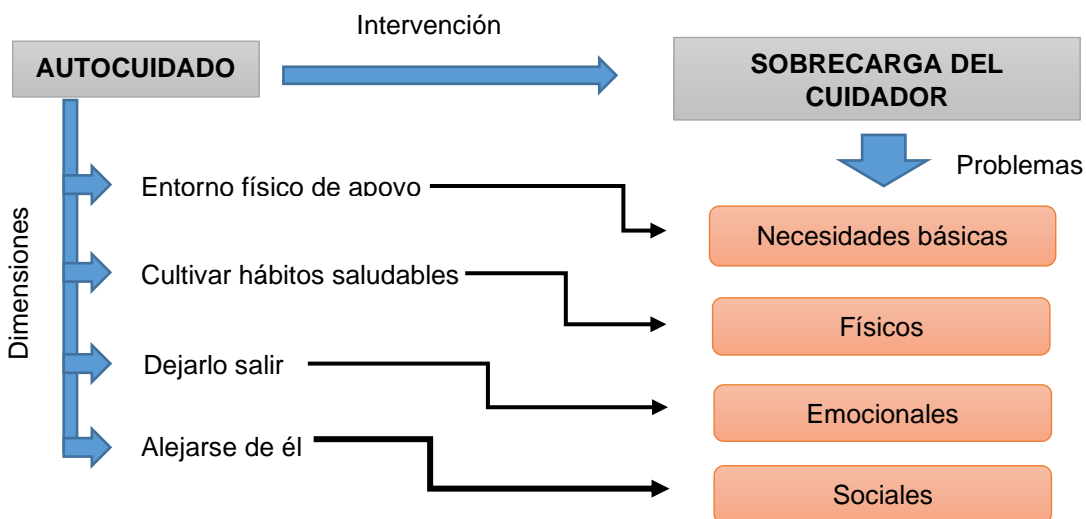
otros para compartir sus sentimientos o pueden divulgar sus pensamientos y sentimientos a través de la escritura u otros métodos de expresión que pueden no ser necesariamente compartidos con otros (74).

- Alejarse de él: es encontrar espacio físico o mental para experimentar temporalmente la vida ordinaria separada de las demandas de la enfermedad, el tratamiento y el cuidado. Los cuidadores a veces encuentran la necesidad de estar físicamente lejos de la situación, pero en otros momentos el solo hecho de dejar la situación mentalmente brinda un respiro adecuado (74).

2.3.4 Relación del concepto Autocuidado con la sobrecarga en el cuidador

La relación del concepto de autocuidado de la teoría de la dinámica del cuidado con la sobrecarga de los cuidadores familiares se describe a continuación:

Grafica N° 2. Relación del concepto Autocuidado con la sobrecarga



Fuente: Elaboración propia basada en la teoría de la dinámica del cuidado

Para este estudio el autocuidado se convierte en el componente de la teoría sobre el cual la enfermera fundamentó la intervención que promueve la modulación del nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes a través del desarrollo de las dimensiones del concepto para su manejo.

Por tanto, la dimensión del entorno físico de apoyo se relaciona directamente con las necesidades básicas y de confort que puede llegar a tener el cuidador con sobrecarga en un ambiente hospitalario, tanto para el cuidador como para la atención del sujeto de cuidado que aumentan la necesidad de cubrir gastos económicos asociados al cuidado (3) (74).

Cultivar hábitos saludables, se relaciona con los problemas físicos presentes y el abandono del autocuidado reflejado en alteraciones en el estado de salud que se evidencia en los cuidadores; dejarlo salir, está relacionado con la forma en que el cuidador expresa o no sus emociones relacionadas al cuidado, las cuales en la mayoría de los cuidadores familiares incluyen estados de depresión, ansiedad y miedo por el futuro del adulto mayor; por último, la dimensión alejarse de él, se relaciona con los problemas sociales del cuidador ocasionados por el tiempo dedicado al cuidado del adulto mayor que incluyen desde pérdida del rol familiar hasta aislamiento social (3) (74).

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio:

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño cuasi experimental pre test – post test, con grupo experimental y grupo de comparación. Al grupo experimental se le aplicó la intervención diseñada para el estudio basada en la teoría de dinámica del cuidado de Loretta Williams y el grupo de comparación recibió el cuidado convencional que ofrecía el personal de salud de la institución de salud (90).

3.2 Universo

Estuvo conformado por todos los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes para los cuales fue diseñada la intervención.

3.3 Población

La población que permitió explorar el fenómeno estuvo comprendida por todos los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes que se encontraban internados en los servicios de hospitalización de la Clínica Medilaser S.A. de la ciudad de Neiva.

3.4 Criterios de inclusión

- Cuidadores familiares principales de adultos mayores dependientes hospitalizados mínimo 4 días en la institución de salud.
- Cuidadores familiares de 18 años o más.
- Cuidadores familiares que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

3.5 Criterios de exclusión

- Cuidadores familiares con déficit o deterioro cognitivo
- Cuidadores familiares de adultos mayores que fueran trasladados a una Unidad de Cuidados Intensivos.
- Cuidadores familiares de adultos mayores con alta probabilidad de fallecer durante la hospitalización o declarados institucionalmente como “Código Lila”.
- Adulto mayor y cuidador que reingresen durante el desarrollo de la intervención al grupo experimental y hayan participado en la intervención al grupo de comparación.

3.6 Muestra

3.6.1 Muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio (90) donde los participantes tanto del grupo experimental como el de comparación fueron escogidos al azar teniendo en cuenta los mismos criterios de inclusión y exclusión para su selección. Se utilizó el kardex de enfermería para enlistar en un archivo de Excel los pacientes adultos mayores

dependientes que se encontraban en el servicio de hospitalización y tenían cuidador el día de la selección, y a través del método de coordinado negativo se pudo escoger al azar un máximo de 5 cuidadores para ser intervenidos; esta acción se realizó en el grupo de comparación los días lunes y miércoles, y en el grupo experimental semanalmente los días lunes.

La ejecución de este estudio se realizó en momentos de tiempo diferentes para cada grupo, iniciando la intervención con los participantes del grupo de comparación debido a que se requirió de una sensibilización al personal de enfermería de los servicios de hospitalización antes de iniciar las intervenciones del grupo experimental y ésta acción podría alterar los resultados del grupo de comparación, posterior a ello, se continuó con el abordaje de los participantes en el grupo experimental, de modo que la posibilidad de participar en uno u otro grupo estaba determinada por el avance de la ejecución de la investigación.

3.6.2 Tamaño de la muestra

Como el análisis estadístico para el cumplimiento del objetivo general de este trabajo se centró en la valoración de las evidencias cuantitativas a la luz de la conjetura de que el nivel medio de sobrecarga de los cuidadores que reciban la intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado es idéntico al nivel medio de sobrecarga de los cuidadores que reciban el cuidado convencional, es preciso en primer término establecer el número de cuidadores de cada uno de los grupos. De esta manera, el citado análisis estuvo basado en los datos del nivel de sobrecarga del cuidado obtenidos a partir de dos

muestras independientes de igual tamaño. Para este efecto, se asumió a priori, la homosedasticidad y el ajuste gaussiano de la variable generada por la escala de Zarit, que determina la sobrecarga del cuidado, y en consecuencia el tamaño de la muestra para esta investigación se calculó en forma iterativa para v , como resultado del menor entero v que satisface la siguiente igualdad:

$$\frac{v}{2} + 1 = 2 \left(\frac{\sigma}{\delta} \right)^2 \{t_{1-\alpha}(v) + t_{1-\beta}(v)\}^2$$

En la expresión anterior, α y β corresponden a las probabilidades de error tipo I y II respectivamente, relativos a la decisión estadística que se adopte frente a la conjetura de base, que a su vez determinan los valores de los percentiles indicados de la distribución t de Student; la desviación estándar σ es el valor asumido como variabilidad en el modelo normal y δ es la holgura acordada para efectos del alcance de la hipótesis nula, entendida como conjetura de base (91).

Específicamente este trabajo asumió el tamaño de 68 cuidadores como tamaño de la muestra, repartido igualmente en cada grupo del análisis, el cual se determinó asumiendo $\alpha=\beta=0,05$ y $\delta=0,8\sigma$ (91).

De esta manera, la aplicación de las intervenciones tanto del grupo de comparación como del experimental se realizó hasta alcanzar la totalidad de 34 cuidadores en cada grupo.

3.7 Hipótesis estadística

De acuerdo a los planteamientos de este estudio y el enfoque para evaluar el efecto de una intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado frente al cuidado convencional que reciben los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes durante la hospitalización, se estableció como hipótesis nula (H_0) aquella en la cual los promedios de la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit de los grupos experimental (μ_1) y comparación (μ_2) no presentaban diferencias estadísticamente significativas luego de las intervenciones correspondientes; y como hipótesis alterna (H_1) se estableció entonces, que el promedio de la escala del grupo experimental sería menor al del grupo de comparación (90). Por lo tanto, se tiene que:

$$(H_0): \mu_1 = \mu_2$$

$$(H_1): \mu_1 < \mu_2$$

3.8 Hipótesis de investigación

Una intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado que promueve el autocuidado a través de un entorno físico de apoyo, el cultivo de hábitos saludables, la expresión de sentimientos y emociones asociadas al cuidado y el motivar a alejarse de las demandas de cuidado cuando sea necesario, contribuye a modular el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados.

3.9 Instrumentos

3.9.1 Ficha de caracterización del cuidador familiar del adulto mayor dependiente

Para esta investigación se diseñó y aplicó una ficha de caracterización del cuidador familiar que permitió recopilar información tanto de los participantes del grupo de comparación como del experimental, incluye 14 ítems sobre aspectos sociodemográficos del cuidador y aquellos relacionados al cuidado y 4 ítems sobre información de la persona cuidada que permitiendo tener una visión general de las características de las personas a través del análisis de la información (Ver anexo 1).

3.9.2 Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

La sobrecarga en los cuidadores ha sido medida a través de diferentes instrumentos, como el Caregiver Strain Index (CSI), el Caregiver Subjective and Objective Burden Scale, y el Caregiver Burden Inventory (CBI), pero el de Zarit Caregiver Burden Interview (ZCBI) ha sido el más utilizado desde 1980, con adaptaciones al español y validadas en diferentes países para ser utilizadas en la investigación y en la práctica clínica (92) (93).

Por tal motivo, para determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados se aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, versión de 22 ítems (Ver anexo 2), con adaptaciones al español y evaluadas en Colombia con una validez reportada de 0,92 y un alfa Cronbach de 0,861 para ser utilizada en la investigación y en la práctica clínica. Se considera una herramienta de fácil aplicación y comprensión en la población colombiana de diferente nivel educativo, socioeconómico y cultural que cuenta con 5 opciones de respuestas tipo

Likert para su diligenciamiento (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre). La puntuación final va desde 22 a 110 puntos y la sobrecarga se califica de la siguiente manera: ausencia de sobrecarga (< o igual a 46), sobrecarga ligera (47 a 55), sobrecarga intensa (> o igual a 56) (94).

La escala evalúa aspectos económicos, físicos, emocionales y sociales que se presentan en la vida de los cuidadores de la siguiente manera: Alteración de la economía (ítem 15), físicos como la sensación de sobrecarga experimentada y abandono del autocuidado (ítems 1, 2, 3, 8, 9, 10, 14, 16, 18, 22), emocionales como la vergüenza e irritabilidad ante el familiar enfermo, miedo por los cuidados o el futuro del enfermo y sentimiento de culpabilidad (ítems 4, 5, 7, 13, 19, 20, 21) y sociales como la pérdida del rol social y familiar (ítems 6, 11, 12, 17) (95).

3.9.3 Índice de Barthel

Para determinar el grado de dependencia de los adultos mayores hospitalizados que son sujetos de cuidado por parte de sus cuidadores familiares, se utilizó el índice de Barthel, el cual es un instrumento de medición diseñado por Mahoney y Barthel en 1955 que permite valorar la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizarse el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario (Ver anexo 3) (96).

La puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de respuesta varían entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. El grado de dependencia se establece según la puntuación obtenida de la siguiente manera (96):

< 20: dependencia total

20 – 40: dependencia grave

45 – 55: dependencia moderada

60 o más: dependencia leve

3.9.4 Cuestionario del Estado Mental Breve de Pfeiffer (SPMSQ):

En esta investigación la presencia de deterioro cognitivo en los cuidadores familiares que impedía proporcionar la información requerida en los instrumentos y demás actividades propuestas en las intervenciones se consideró un criterio de exclusión, por lo tanto, se estipuló aplicar el Cuestionario del Estado Mental Breve de Pfeiffer (SPMSQ) cuando se evidenciaran posibles alteraciones del estado mental del cuidador. Es un instrumento que evalúa la memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado; ha sido traducido, adaptado y validado al español demostrando una sensibilidad del 85,7 % y especificidad de 79,3 % para diagnóstico de deterioro cognitivo (97).

El cuestionario consta de 10 preguntas, en las cuales se contabilizan los errores y se tiene como punto de corte para deterioro cognitivo 3 o más en personas escolarizadas y 4 o más para analfabetas. La puntuación total se ha discriminado así: 0 a 2 normal, 3 a 4 deterioro leve, 5 a 7 deterioro moderado y 8 a 10 deterioro severo (Ver anexo 4) (98).

3.10 Formulación de variables

- **Variable independiente:** Intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado.
- **Variable dependiente:** Sobrecarga del cuidador familiar
- **Variables sociodemográficas del cuidador:** sexo, edad, sabe leer y escribir, escolaridad, ocupación, estado civil, estrato de la vivienda, presencia de enfermedad, parentesco con la persona cuidada, tiempo que lleva como cuidador, Tiempo que dedica diariamente al cuidado, único cuidador, apoyos con los que cuenta y tiempo de descanso al día
- **Variables sociodemográficas de la persona cuidada:** sexo, edad, índice de Bathel y diagnósticos de la persona cuidada.

3.11 Operacionalización de variables

Tabla N° 1. Operacionalización de las variables dependiente e independiente del estudio

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Intervención de	Actividades que realiza enfermería teniendo como	La intervención de enfermería basada en la dinámica del	Continua Nominal

enfermería basada en la dinámica del cuidado.	fundamento teórico a las fuerzas que motivan a los cuidadores y a los beneficiarios de la atención a asumir y continuar la relación de cuidado según la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams (73) (74).	cuidado comprendió el desarrollo de talleres individuales enfocados en un entorno físico de apoyo, cultivar hábitos saludables, dejar salir emociones y sentimientos y alejarse de las demandas de cuidado teniendo como base la evidencia científica y la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams.	
Sobrecarga del cuidador familiar	Es la combinación de problemas emocionales, sociales, económicos y físicos en los cuidadores de sujetos enfermos o dependientes (27).	La sobrecarga se valoró a través de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit de la siguiente manera: ≤ 46: ausencia de sobrecarga 47 a 55: sobrecarga ligera ≥ 56: sobrecarga intensa	Discreta Intervalo

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 2. Operacionalización de las variables sociodemográficas del cuidador

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Sexo	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres (99).	Femenino Masculino	Nominal Dicotómica

Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la actualidad (9).	Edad descrita en años	Discreta Razón
Sabe leer y escribir	Capacidad para comprender un texto y a la vez representar información de manera gráfica según el idioma aprendido.	Sí No	Nominal Dicotómica
Escolaridad	Nivel de estudios realizado por una persona (19).	Primaria incompleta Primaria completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Técnico Universidad incompleta Universidad completa Posgrado	Nominal Politómica
Ocupación	Es el oficio o actividad al cual se dedica de una persona, independientemente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido (100).	Hogar Empleado (a) Trabajo independiente Estudiante Otros	Nominal Politómica
Estado civil	Es la situación de la persona determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes (101).	Soltero (a) Casado (a) Separado (a) Viudo (a) Unión libre (a)	Nominal Politómica
Estrato de la vivienda	Clasificación en que se pueden clasificar las viviendas de acuerdo con el nivel económico	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4	Discreta Ordinal

	y social que presentan las personas que allí residen (102).	Estrato 5 Estrato 6	
Presencia de enfermedad	Presencia o no de alguna alteración en el funcionamiento normal del organismo que afecte su salud y bienestar.	Si No ¿Cuál(es)?	Nominal Dicotómica
Parentesco con la persona cuidada	Es el vínculo que existe entre dos personas por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad.	Esposo (a) Madre / Padre Hijo (a) Hermano (a) Otro	Nominal Politómica
Tiempo que lleva como cuidador	Tiempo en meses en que la persona ha realizado actividades como cuidador	0 a 6 meses 7 a 18 meses 19 a 36 meses 37 meses o más	Ordinal
Tiempo que dedica diariamente al cuidado	Número de horas que brinda atención y cuidado al adulto mayor dependiente	Menos de 6 horas 7 a 12 horas 13 a 23 horas 24 horas	Ordinal
Único cuidador	Presencia o no de otras personas para cuidar al adulto mayor dependiente	Sí No	Nominal Dicotómica
Apoyos con los que cuenta	Ayuda física, material o espiritual que recibe el cuidador de las personas e instituciones que están a su alrededor	Familiar Espiritual Social	Nominal Politómica
Tiempo que descansa al día	Número de horas que dedica el cuidador para dormir y descansar al día.	0 a 3 horas 4 a 6 horas Más de 6 horas	Ordinal

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 3. Operacionalización de las variables sociodemográficas del sujeto de cuidado

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Sexo	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres (99).	Femenino Masculino	Nominal Dicotómica
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la actualidad (9).	Edad descrita en años	Discreta Razón
Índice de Barthel	Instrumento que permite valorar la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria (96).	Número entre 0 y 100 con la siguiente interpretación: < 20: dependencia total 20 – 40: dependencia grave 45 – 55: dependencia moderada 60 o más: dependencia leve	Discreta Intervalo
Diagnósticos de la persona cuidada	Enfermedades diagnosticadas que presenta el adulto mayor que incluyen también el motivo de la hospitalización actual.	Pregunta abierta	Nominal Politómica

Fuente: Elaboración propia

3.12 Diseño y descripción de la intervención

A continuación, se describen las actividades que se realizaron con los cuidadores familiares tanto en el grupo de comparación como el grupo experimental, divididas en 4 etapas que difieren según el grupo a intervenir.

3.12.1 Descripción de la intervención del grupo de comparación

Gráfica N° 3. Intervención del grupo de comparación

INTERVENCIÓN AL GRUPO DE COMPARACIÓN (Abordaje individual del cuidador familiar)		
Responsables:	Enfermera investigadora	
	Personal de enfermería de servicio de hospitalización	
1° Etapa: Preliminar (Día 1: 10 min)		
- Captación del participante - Presentación del proyecto - Firma del consentimiento informado		
2° Etapa: Aplicación de instrumentos (Día 1: 20min)		
- Índice de Barthel – Ficha de caracterización del cuidador familiar – Escala de Zarit		
3° Etapa: Atención al cuidador (Día 1, 2 y 3)		
Cuidado convencional		
Solicitar presencia de un acompañante las 24 horas del día.	Suministrar información al paciente y cuidador según lo requieran.	Administración de medicamentos y cuidados básicos que incluyen la higiene y alimentación del paciente con apoyo del familiar.
4° Etapa: Finalización (Día 4: 40 min)		
- Aplicación del post test de la Escala de Zarit -Entrega y socialización de la cartilla “Prevenir y mejorar la sobrecarga” - Agradecimientos		

Fuente: Elaboración propia

La intervención del grupo de comparación incluyó de manera principal la participación del personal de enfermería que labora en los servicios de hospitalización donde se encontraban los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes, de modo que la enfermera investigadora fue un actor pasivo enfocado en la aplicación de los instrumentos, y se llevó a cabo durante 4 días consecutivos distribuidos de la siguiente manera:

Etapa 1: Preliminar

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión planteados para esta investigación y el tipo de muestreo a utilizar, se procedió a realizar un acercamiento a los cuidadores de manera individual en el servicio de hospitalización, dando a conocer de manera clara y sencilla el proyecto de investigación e invitándolo a participar de la misma; exponiendo los beneficios, posibles riesgos e indicándose la posibilidad de retirarse en el momento que lo considere pertinente. Una vez se aceptó la participación en el estudio, se leyó el consentimiento informado y se realizó la firma de éste en un tiempo máximo de 10 minutos; esto se llevó a cabo en las zonas de esparcimiento y descanso de uso común en los pasillos del servicio.

Etapa 2: Aplicación de los instrumentos

Esta etapa se realizó posterior a la firma del consentimiento informado, iniciando con el diligenciamiento del índice de Barthel, luego se continuó con la aplicación de la ficha de caracterización del cuidador familiar del adulto mayor dependiente, y por último se respondieron las preguntas de la Escala de Sobrecarga de Zarit que permitió tener una

medición inicial del nivel de sobrecarga que presenta el cuidador, en un tiempo aproximado de 20 minutos.

Etapa 3: Atención al cuidador




En esta etapa no hubo participación del investigador, los cuidadores familiares continuaron recibiendo el cuidado convencional que les proporcionó el servicio de hospitalización, que incluían las actividades de información con relación a los servicios ofrecidos por la institución y la atención al adulto mayor dependiente.

Etapa 4: Finalización

Al cuarto día de abordado al cuidador, se aplicó nuevamente la Escala de Sobrecarga de Zarit para determinar los cambios en el nivel de sobrecarga por el hecho de estar en un ambiente hospitalario. Posterior a ello, se hizo entrega y socialización de la cartilla diseñada para esta investigación que contiene las estrategias para prevenir y/o modular la sobrecarga en los cuidadores familiares fundamentadas en la Teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams y la evidencia científica disponible. Al finalizar se aclararon las dudas y preguntas que se presentaron en los participantes y se agradeció por la participación en el estudio, todo esto en un tiempo aproximado de 40 minutos.

3.12.2 Descripción de la intervención del grupo experimental

Gráfica N° 4. Intervención del grupo experimental

INTERVENCIÓN AL GRUPO EXPERIMENTAL (Abordaje individual del cuidador familiar)			
Responsable: Enfermera investigadora			
Importancia de un entorno hospitalario cómodo, comunicación asertiva y trato humanizado hacia pacientes y cuidadores.		 Sensibilización previa al personal de enfermería (Duración 2 semanas)	 Determinar elementos de apoyo disponibles para los cuidadores
1° Etapa: Preliminar (Día 1: 10 min)			
- Captación del participante - Presentación del proyecto - Firma del consentimiento informado			
2° Etapa: Aplicación de instrumentos (Día 1: 20min)			
- Índice de Barthel – Ficha de caracterización del cuidador familiar – Escala de Zarit			
3° Etapa: Atención al cuidador			
Entrega y socialización general de la cartilla “ Prevenir y mejorar la sobrecarga” (Día 1: 10 min)			
Dimensiones del concepto Autocuidado de la Teoría la Dinámica del Cuidado			
			
Entorno físico de apoyo (Día 2: 20 min)	Cultivo de hábitos saludables (Día 2: 20 min)	Dejarlo salir (Día 3: 20 min)	Alejarse de él (Día 3: 20 min)
Reconocimiento del servicio de hospitalización y los elementos de apoyo disponibles	-Taller “Yo puedo cuidarme” - Compromisos saludables	- Taller “Expreso mis sentimientos” -Estrategias en el manejo de emociones negativas	- Taller “Encontrando mi grupo de apoyo” - Compromisos para realizar actividades de ocio.
4° Etapa: Finalización (Día 4: 15 min)			
- Aplicación post test de la Escala de Zarit - Agradecimientos			

Fuente: Elaboración propia

La intervención del grupo experimental contó con la participación continua de la investigadora durante los 4 días de actividades con los cuidadores familiares, además, de manera simultánea se continuó realizando el cuidado convencional del servicio de

hospitalización. Sin embargo, inicialmente se realizó una sensibilización al personal de enfermería tanto profesional como auxiliar que se encontraba laborando en el servicio de hospitalización de la clínica, a través de 4 encuentros programados de 20 minutos, distribuidos en dos semanas para abordar a la totalidad de los trabajadores (4 jefes de enfermería y 12 auxiliares de enfermería), y con la ayuda audiovisual de diapositivas, se trataron temas sobre la importancia de un entorno hospitalario cómodo que ayude a mantener el estado de salud no solo de los pacientes sino también de las personas que los acompañan en el proceso de enfermedad y recuperación de la salud; así mismo, se hizo énfasis en la comunicación asertiva y el trato humanizado hacia el paciente y su cuidador.

Por último, se determinaron los elementos de apoyo que están disponibles en la institución para los cuidadores, que incluye dependiendo de la habitación en la cual se encuentra, un sillón reclinable, un sofá cama o una silla acolchada, además del acceso a un baño dentro de la habitación del paciente y otros ubicados en el segundo piso de la institución para uso colectivo. Cada habitación recibió de manera diaria y a necesidad una jarra con agua y sus respectivos vasos; se hizo entrega al familiar una sábana o cobija según disponibilidad, y con relación a la alimentación la clínica cuenta con cafetería y dispensadores de diversos productos alimenticios que pueden ser utilizados sin restricción. Sin embargo, se brindó la alimentación a aquellos familiares que identificó el personal de enfermería en conjunto con trabajo social en estado de vulnerabilidad y/o con escasos recursos económicos.

Luego de la sensibilización, se llevó a cabo el desarrollo de la intervención de la siguiente manera:

Etapa 1: Preliminar

Al igual en el grupo de comparación, se escogieron los participantes para el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y tipo de muestreo seleccionado, utilizando el inmobiliario disponible para sentarse en los pasillos del servicio de hospitalización, se realizó la presentación e invitación a participar en el proyecto de investigación a los cuidadores de manera individual, informando los beneficios, posibles riesgos y posibilidad de retiro en el momento deseado, una vez se obtuvo una afirmación para participar en el estudio se leyó el consentimiento informado y se procedió a firmar habiendo comprendido la información suministrada; el tiempo de abordaje fue de 10 minutos.

Etapa 2: Aplicación de instrumentos

En esta etapa se solicitó al cuidador posterior a la firma del consentimiento informado suministrar información para la aplicación del índice de Barthel, la ficha de caracterización del cuidador familiar del adulto mayor dependiente, y por último se respondieron las preguntas de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores antes de la realización de las actividades planeadas en la siguiente etapa, en un tiempo aproximado de 20 minutos.

Etapa 3: Atención al cuidador

- En primera instancia, para culminar el primer día de encuentro con el cuidador se hizo entrega y socialización de la cartilla diseñada para esta investigación que se titula “Prevenir y mejorar la sobrecarga”, en la cual se describen dos temas centrales: 1. Sobrecarga, que incluye dos aspectos (¿Qué es? y ¿Cuáles son los signos y

síntomas?) y 2. Estrategias para prevenir y mejorar la sobrecarga, que se divide en 4 componentes (Entorno físico de apoyo, Cultivar hábitos saludables, Dejarlo salir y Alejarse de él), cada uno de ellos con recomendaciones para prevenir y modular la sobrecarga y actividades para que el cuidador reconozca cómo es su vida siendo cuidador y encuentre alternativas para las dificultades presentes y a futuro que pongan en riesgo su salud y bienestar. De esta manera, se informó al cuidador de los temas a tratar en los días siguientes de la intervención y se generó una idea global de las acciones que debe tomar en cuenta para poner en práctica en su diario vivir en aproximadamente 10 minutos.

- En el segundo día de intervención aplicando el primer componente del segundo capítulo de la cartilla y primera dimensión del concepto relacionado de Autocuidado de la Teoría de la Dinámica del Cuidado “Entorno físico de apoyo”, se realizó en 20 minutos un reconocimiento del servicio de hospitalización y los elementos de apoyo disponibles en la clínica para el cuidador, indicando así mismo la ubicación del estar de enfermería y estar médico para que solicitaran información en el momento que fuese necesario.

Después de permitir un espacio para la resolución de dudas y preguntas, se desarrolló en 20 minutos un taller denominado “Yo puedo cuidarme” que responde a la temática planteada en la cartilla como “Cultivar hábitos saludables”, el cual permitió fomentar en los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados comportamientos saludables que les permita mantener o mejorar su salud física, identificando los problemas de salud existentes y tomando acciones

positivas en cuanto a la alimentación, higiene y descanso que son factores que según la revisión de la literatura se alteran en los cuidadores familiares (6) (51).

Las actividades del segundo día de intervención culminaron con compromisos personales de los cuidadores familiares del taller desarrollado, tenían un espacio en la cartilla para escribirlos y evaluar su cumplimiento en los días siguientes. Y al finalizar se informó de manera general el tema a tratar el día siguiente y se coordinó con la hora del encuentro para garantizar la continuidad de la intervención.

- Para el tercer día de intervención se planteó el desarrollo de las actividades que se relacionan con los componentes 3º y 4º del segundo capítulo la cartilla. Se inició con el taller “Expreso mis sentimientos” donde se brindó al cuidador un espacio de comunicación que facilitó la expresión de sentimientos asociados cuidado al adulto mayor, para ello, el cuidador escribió en la cartilla los sentimientos tanto negativos como positivos que siente y/o ha sentido asociados al cuidado que realiza a su familiar, posteriormente se leyó lo descrito en el lado negativo, se analizaron las emociones y se brindaron estrategias para mejorar estas emociones, luego se dio paso a la lectura de lo descrito en las emociones y sentimientos positivos de la cartilla, que permitió encontrar fuentes de soporte y apoyo para continuar la labor de cuidado que realizan y modular los sentimientos expresados con anterioridad. En el caso de los participantes que no sabían escribir se omitió esta acción y se pasó directamente a un diálogo dirigido según la temática descrita anteriormente.

La siguiente actividad planeada se denominó “Encontrando mi grupo de apoyo”, la cual consistió en un taller que promueve el reconocimiento de las personas e

instituciones que están alrededor y a disposición para brindar apoyo físico, espiritual y social al cuidador, para así facilitar espacios de tiempo libre que le permitan separarse de las demandas de cuidado. En la cartilla se encontraba una sopa de letras con palabras alusivas a diferentes fuentes de apoyo, y tenían un espacio para escribir aquellas personas, instituciones u otras fuentes de apoyo que consideraban presentes en su vida. Se promovió la participación de los cuidadores para dar a conocer su grupo de apoyo y se cerró la actividad resaltando la importancia de realizar actividades diferentes a las de cuidado al adulto mayor y encontrar apoyo para mejorar los estilos de vida.

Etapa 4: Finalización

En el cuarto día de intervención se aplicó nuevamente la Escala de Sobrecarga de Zarit, para determinar el nivel de sobrecarga post intervención y evaluar a través de los análisis estadísticos si hubo algún efecto debido al abordaje realizado a los cuidadores. Al finalizar, se agradeció al cuidador por su participación y se dio por terminada la intervención.

3.13 Control de sesgos

- Se sensibilizó al personal de enfermería tanto profesional como auxiliar que labora en los servicios de hospitalización previo inicio de las actividades con el grupo de intervención.
- La selección aleatoria de los participantes contribuyó al control de sesgos de la investigación

- Desde el momento de selección de los participantes se tuvo en cuenta de manera especial el resultado de la aplicación del índice de Barthel, lo cual garantizó que todos los cuidadores tuvieran a su cuidado una persona adulta mayor con algún nivel de dependencia.
- La intervención cumplió de manera estricta los 4 días tanto para el grupo de comparación como para el experimental, por lo tanto, se desvincularon de la base de datos a los cuidadores que por algún motivo ajeno a la investigación no completó la intervención.
- La aplicación de los instrumentos se realizó con una herramienta online a través de una Tablet que permitió organizar de manera inmediata la información en una base de datos en Excel, lo que evitó la posible manipulación de los datos.
- La aplicación de la intervención en el grupo experimental se realizó siguiendo lo establecido en la descripción de la intervención.
- La cartilla entregada a los cuidadores tenía las mismas características y diseño para ambos grupos de participantes.

3.14 Plan de análisis

3.14.1 Software para el análisis

Para el registro de la información que se derivó de la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y de la ficha de caracterización de los cuidadores familiares, se creó una base de datos en Excel verificando la calidad y fidelidad de los

mismos y posteriormente para su análisis se utilizó el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) versión 25 licenciada por la Universidad de la Sabana.

3.14.2 Procedimientos estadísticos

Teniendo en cuenta los objetivos específicos de esta investigación y haciendo alusión al análisis del nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados tanto en el grupo de comparación como en el experimental antes y después de aplicadas las intervenciones correspondientes, se plantearon los siguientes análisis estadísticos:

1. Para conocer el efecto de las intervenciones en cada grupo de cuidadores familiares en primer lugar se analizó la normalidad estadística de la escala antes de la intervención y posterior a ella en cada grupo; posteriormente se hizo un análisis de homocedasticidad y por último se compararon los promedios por medio de una prueba no paramétrica equivalente, dado que no hubo respaldo a la normalidad, utilizando la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes
2. Para comparar los dos grupos de cuidadores familiares y conocer el efecto de las intervenciones en éstos, se utilizó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas previo al análisis de la normalidad y la homocedasticidad, dado que no se reportó respaldo a la normalidad en todas las dimensiones de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

3.15 Consideraciones éticas

La presente investigación tomó en cuenta las pautas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos propuestas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual a su vez acoge los principios de la Declaración de Helsinki (103). De esta manera, se promovió el respeto por los derechos humanos, la salud, integridad y el bienestar de los participantes del estudio al tener como propósito no sólo aumentar el conocimiento y validar el uso de intervenciones de enfermería en la sobrecarga del cuidador, sino principalmente el enfoque se centró en modular los niveles de sobrecarga que presentaban los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes durante el proceso de hospitalización y por ende contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de éstas personas.

Acorde con la Resolución 8430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, ésta investigación se realizó exclusivamente con seres humanos sin la utilización por tanto de animales, y estuvo considerada como una investigación que generó riesgos mínimos para la vida, dignidad e integridad de los participantes dado a que fue una investigación prospectiva que exploró los sentimientos, comportamientos y vivencias de los cuidadores familiares en relación al cuidado al anciano y a su vez promovió el cambio hacia un estilo de vida centrado en el autocuidado con el fin de modular la sobrecarga (104).

La participación de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes estuvo precedida por el diligenciamiento del consentimiento informado el cual refuerza el respeto por la autonomía del cuidador y acorde con el marco ético para la investigación propuesto

en la Resolución 8430 de 1993 y por Ezekiel J. Emanuel, este contó con información clara y completa de la investigación, el objetivo, la justificación, los procedimientos que se realizarían y los riesgos y beneficios que tendría el cuidador (Ver anexo 5) (104) (105).

Para la aplicación del consentimiento informado se realizó lectura completa del documento y se brindó un espacio para la realización de preguntas que fueron contestadas en su totalidad, luego se procedió a firmar el consentimiento si el cuidador tomaba la decisión de participar en la investigación. Se resalta que el consentimiento fue dado por los cuidadores de manera voluntaria sin la intervención o acción de algún tipo de coacción que haya influido en la toma de decisión; y tenían la libertad de desistir de su participación en la investigación en cualquier momento que lo consideraran necesario sin que esto afectara de algún modo la atención que recibía en la institución de salud en la cual se encuentra hospitalizado el adulto de mayor al cual cuidaba (104) (105).

Por otra parte, a partir del Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería y la Ley 911 de 2004 que describe la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, se adoptaron los deberes fundamentales de promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, al permitir la identificación de los niveles de sobrecarga y lograr un abordaje integral para su manejo mediante la promoción del autocuidado de los cuidadores, el reconocimiento de enfermedades que estén afectando la salud y posibilidad de la expresión de sentimientos asociados a la labor de cuidado al adulto mayor en un ambiente seguro (106) (107). De esta manera se establecieron como beneficios de los participantes la posibilidad de tener conocimiento sobre la presencia o

no de sobrecarga en su vida personal e identificar estrategias para prevenir o mejorar la sobrecarga.

Además, esta investigación resaltó los principios éticos básicos del Informe de Belmont al ver a los cuidadores familiares como personas autónomas capaces de emitir juicios y tomar decisiones, con comportamientos y emociones diferentes a las cuales se les brindará el debido respeto durante la participación en este estudio. El principio de beneficencia se evidenció en el planteamiento de una investigación encaminada a mejorar una problemática social existente que impacta en el mejoramiento del bienestar de éstas personas y toma en cuenta los posibles riesgos que se puedan presentar para ser mitigados previo el desarrollo de la misma (108). Por tal motivo, en el momento en el cual el cuidador familiar manifestó sentimientos de ansiedad, angustia, estrés o tristeza se le informó la posibilidad de ser tratado por el grupo de apoyo de la institución de salud que incluye trabajo social y psicología.

La justicia estuvo implícita desde una selección de participantes con los mismos criterios de inclusión y exclusión tanto para el grupo de comparación como para el de intervención, la información suministrada a ambos grupos fue veraz y estaba debidamente soportada científicamente. Así mismo, la investigación brindó información completa al grupo de comparación posterior a las actividades determinadas para éste grupo de cuidadores, sobre las estrategias basadas en la teoría de la dinámica del cuidado y la evidencia científica que promueven el reconocimiento, la prevención y la modulación de la sobrecarga que pueden ser aplicadas a la vida diaria (108).

Por su parte, con relación al manejo de la información tal como lo dicta la Ley 1581 de 2012, la información suministrada por los cuidadores familiares y su identidad tuvo un

trato confidencial por parte del investigador durante el desarrollo del estudio y se mantendrá de esta manera posterior a la divulgación de los resultados en el cual no estarán presentes datos personales de los participantes. Además, la información sobre los resultados de las Escalas de sobrecarga del cuidador de Zarit se brindó a los participantes de manera personalizada y transparente (109).

Por último, cabe resaltar que esta investigación no atentó contra el medio ambiente y garantizó el uso adecuado del papel utilizando impresiones y fotocopias en doble cara en los documentos que se requiere un soporte en físico como el consentimiento informado, y los instrumentos utilizados estaban digitalizados para disminuir la utilización de éste recurso. Además, para llevar a cabo este estudio se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de la Sabana y el Comité de Ética e Investigación de la Clínica Medilaser S.A. de la ciudad de Neiva tal como lo establecen las normas para la investigación en Colombia (104).

4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas de los cuidadores familiares

Tabla N° 4. Características sociodemográficas de los cuidadores familiares

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS CUIDADORES							
Variable		Grupo Comparación		Grupo Experimental		Total de Cuidadores	
		N	%	N	%	N	%
		34	100	34	100	68	100
Género	Femenino	31	91,1	18	52,9	49	72,0
	Masculino	3	8,8	16	47,1	19	28,0
Edad	18 a 35	5	14,7	6	17,6	11	16,2
	36 a 59	22	64,7	13	38,2	35	51,5
	60 o más	7	20,6	15	44,1	22	32,3
Sabe leer y escribir	Sí	32	94,1	32	94,1	64	94,1
	No	2	5,9	2	5,9	4	5,9
Escolaridad	Primaria incompleta	5	14,7	2	5,9	7	10,2
	Primaria completa	3	8,8	3	8,8	6	8,8
	Bachillerato incompleto	6	17,6	2	5,9	8	11,7
	Bachillerato completo	7	20,6	7	20,6	14	20,5
	Técnico	6	17,6	6	17,6	12	17,6
	Universidad incompleta	2	5,9	3	8,8	5	7,3

	Universidad completa	5	14,7	10	29,4	15	22,0
	Posgrado	0	0	1	2,9	1	1,4
Ocupación	Hogar	16	47,1	14	41,2	30	44,1
	Empleado (a)	8	23,5	12	35,3	20	29,4
	Trabajo independiente	7	20,6	5	14,7	12	17,6
	Estudiante	3	8,8	3	8,8	6	8,8
Estado civil	Soltero (a)	9	26,5	8	23,5	17	25,0
	Casado (a)	13	38,2	11	32,4	24	35,2
	Separado (a)	2	5,9	1	2,9	3	4,4
	Viudo (a)	1	2,9	2	5,9	3	4,4
	Unión libre (a)	9	26,5	12	35,3	21	30,8
Estrato de la vivienda	Estrato 1	10	29,4	2	5,9	12	17,6
	Estrato 2	15	44,1	18	52,9	33	48,5
	Estrato 3	7	20,6	11	32,3	18	26,4
	Estrato 4	2	5,9	3	8,8	5	7,3
Presencia de enfermedad	Sí	13	38,2	17	50	30	44,1
	No	21	61,8	17	50	38	55,9
Parentesco con la persona cuidada	Esposo (a)	8	23,5	10	29,4	18	26,4
	Madre / Padre	0	0	1	2,9	1	1,4
	Hijo (a)	17	50	13	38,2	30	44,1
	Hermano (a)	1	2,9	4	11,8	5	7,3
	Otro	8	23,5	6	17,6	14	20,5
Tiempo que lleva como cuidador	0 a 6 meses	25	73,5	22	64,7	47	69,1
	7 a 18 meses	8	23,5	8	23,5	16	23,5
	19 a 36 meses	1	2,9	4	11,8	5	7,3
Tiempo que dedica	Menos de 6 horas	2	5,9	4	11,8	6	8,8
	7 a 12 horas	18	52,9	22	64,7	40	58,8
	13 a 23 horas	2	5,9	3	8,8	5	7,3

diariamente al cuidado	24 horas	12	35,3	5	14,7	17	25,0
Único cuidador	Sí	14	41,2	7	20,6	21	30,9
	No	20	58,8	27	79,4	47	69,1
Apoyos con los que cuenta:	Familiar	33	97	33	97	66	97,0
	Espiritual	17	50	18	53	35	51,4
	Social	19	56	19	56	38	55,8
Tiempo que descansa al día	0 a 3 horas	17	50	13	38,2	30	44,1
	4 a 6 horas	15	44,1	20	58,8	35	51,4
	Más de 6 horas	2	5,9	1	2,9	3	4,4

Fuente: Elaboración propia

Otros datos obtenidos al caracterizar la población están relacionados con las diferentes patologías que presentan los cuidadores abordados para el estudio, aunque el 55,9 % refirió no presentar ninguna enfermedad, el 44,1 % expresó sufrir de alguna enfermedad, entre las cuales predominaron las enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial (53 %) con sus complicaciones asociadas como arritmia cardíaca e infarto agudo de miocardio intervenido con revascularización miocárdica (10 %). De igual forma, se evidencia la presencia de diabetes mellitus tipo I y II e hipotiroidismo con un 13 %, y en menor proporción las enfermedades respiratorias como el asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, la afectación articular como la artrosis, artritis reumatoide y las alteraciones visuales y auditivas como la miopía y la hipoacusia.

4.2 Características de los adultos mayores hospitalizados que son receptores del cuidado

Tabla N° 5. Características de los adultos mayores hospitalizados que son receptores del cuidado

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES							
Variable		Grupo Comparación		Grupo Experimental		Total de Cuidadores	
		N	%	N	%	N	%
		34	100	34	100	68	100
Género	Femenino	18	52,9	17	50,0	35	51,5
	Masculino	16	47,1	17	50,0	33	48,5
Edad	60 a 70	9	26,5	12	35,3	21	30,9
	71 a 80	17	50,0	16	47,1	33	48,5
	81 a 90	7	20,6	5	14,7	12	17,6
	Más de 90	1	2,9	1	2,9	2	2,9
Índice de Barthel	Menor a 20	9	26,5	4	11,8	13	19,1
	20 a 40	13	38,2	18	52,9	31	45,6
	45 a 55	12	35,2	12	35,3	24	35,3

Fuente: Elaboración propia

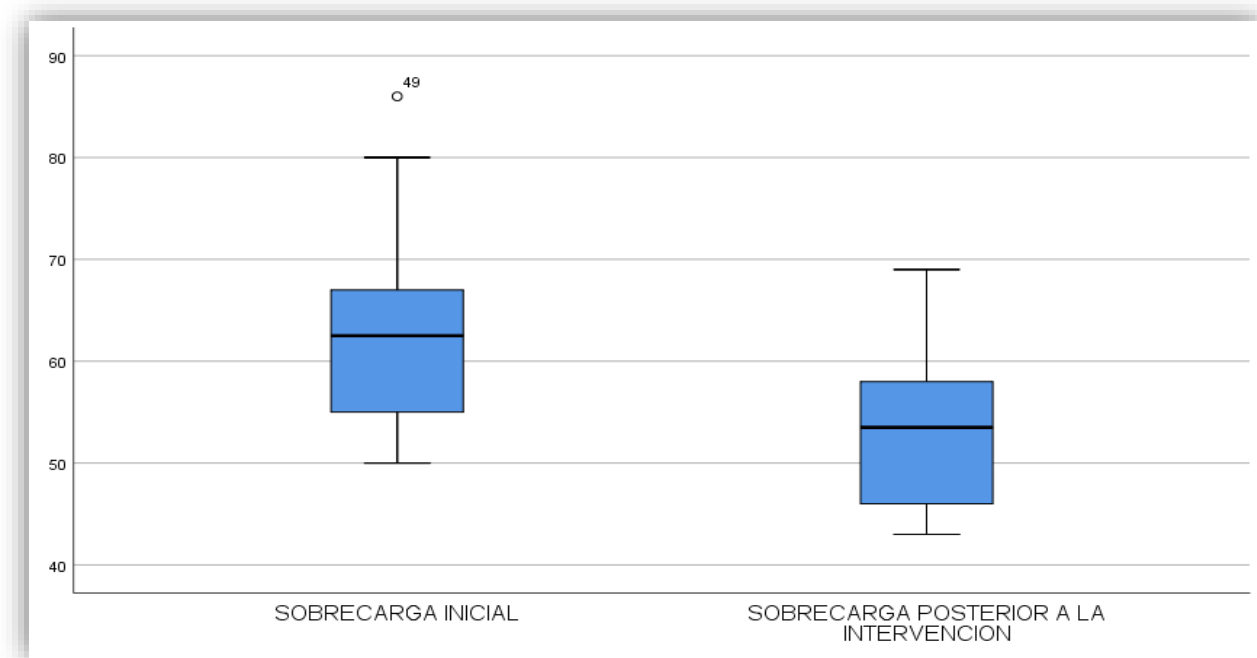
Si bien la tabla N° 5 evidencia la puntuación obtenida de dependencia de los adultos mayores, cabe resaltar que en ambos grupos ésta se encuentra mayoritariamente entre grave y moderada, lo que indica que requieren parcial o totalmente del apoyo de un cuidador en sus actividades de la vida diaria. Otro aspecto para resaltar está relacionado con las patologías que estos presentan, donde se evidencia la presencia de hipertensión arterial (30,8 %) y diabetes mellitus (26,4 %) con sus complicaciones tales como, crisis

hipertensiva, cetoacidosis diabética, el estado hiperosmolar y la presencia de pie diabético que en algunos pacientes tuvo como desenlace la amputación de la extremidad afectada. También se evidencian enfermedades cardiovasculares en un 39,7 % como infarto agudo de miocardio en post operatorio de revascularización miocárdica, angina inestable, fibrilación auricular, insuficiencia valvular aórtica y la enfermedad cerebrovascular hemorrágica e isquémica.

Otras condiciones de salud encontradas se relacionaban con alteraciones en la función musculoesquelética (20,5 %), tales como fracturas en sus miembros superiores e inferiores y en menor proporción a nivel vertebral, resaltando la fractura de cadera y fémur como las más frecuentes. En menor medida, se hicieron presentes enfermedades vasculares periféricas, patologías de la vía biliar como sepsis abdominal de origen biliar, pancreatitis aguda, coledocolitiasis, colelitiasis, colecistitis, colangitis y enfermedades respiratorias como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica sobre infectada y el tromboembolismo pulmonar.

4.3 Sobrecarga de los cuidadores del grupo experimental antes y después de la intervención.

Gráfica N° 5. Sobrecarga antes y después del grupo experimental



Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 6. Nivel de sobrecarga del grupo experimental

Puntaje	MEDICION INICIAL		MEDICION POSTERIOR A LA INTERVENCION	
	N	%	N	%
≤ 46	-	-	9	26,5
47 a 55	9	26,5	12	35,3
≥ 56	25	73,5	13	38,2

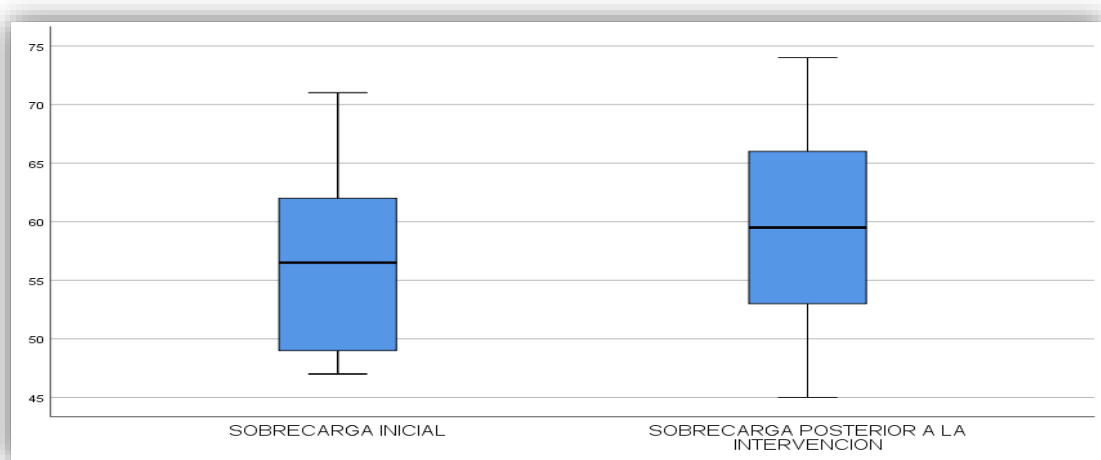
Fuente: Elaboración propia

Los resultados de este estudio en relación a la población de cuidadores que participó en el grupo experimental, muestra que antes de ser intervenida presentaba sobrecarga entre ligera (50 puntos) e intensa (86 puntos); con una mediana de 63,2 y una desviación estándar de 8,57. Y después de la intervención el comportamiento de la sobrecarga muestra unos resultados entre ausencia de sobrecarga (43 puntos) y sobrecarga intensa (69 puntos) una media de 52,8 y desviación estándar de 6,62 (Gráfica N° 5).

Por su parte, en la tabla N° 6 se evidencia que, en el pre test el 73,5 % de los cuidadores iniciaron con puntajes mayores a 56 equivalentes a sobrecarga intensa, y el 26,5 % tenían sobrecarga ligera (47 a 55 puntos) y en el post test el 61,8 % de los cuidadores luego de recibir la intervención tenían puntajes entre ausencia de sobrecarga (menores o iguales a 46) y sobrecarga ligera (47 a 55 puntos).

4.4 Sobrecarga de los cuidadores del grupo comparación antes y después del cuidado convencional.

Gráfica N° 6. Sobrecarga antes y después del grupo de comparación



Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 7. Nivel de sobrecarga del grupo de comparación

Puntaje	MEDICION INICIAL		MEDICION POSTERIOR A LA INTERVENCION	
	N	%	N	%
47 a 55	14	41,2	12	35,3
≥ 56	20	58,8	22	64,7

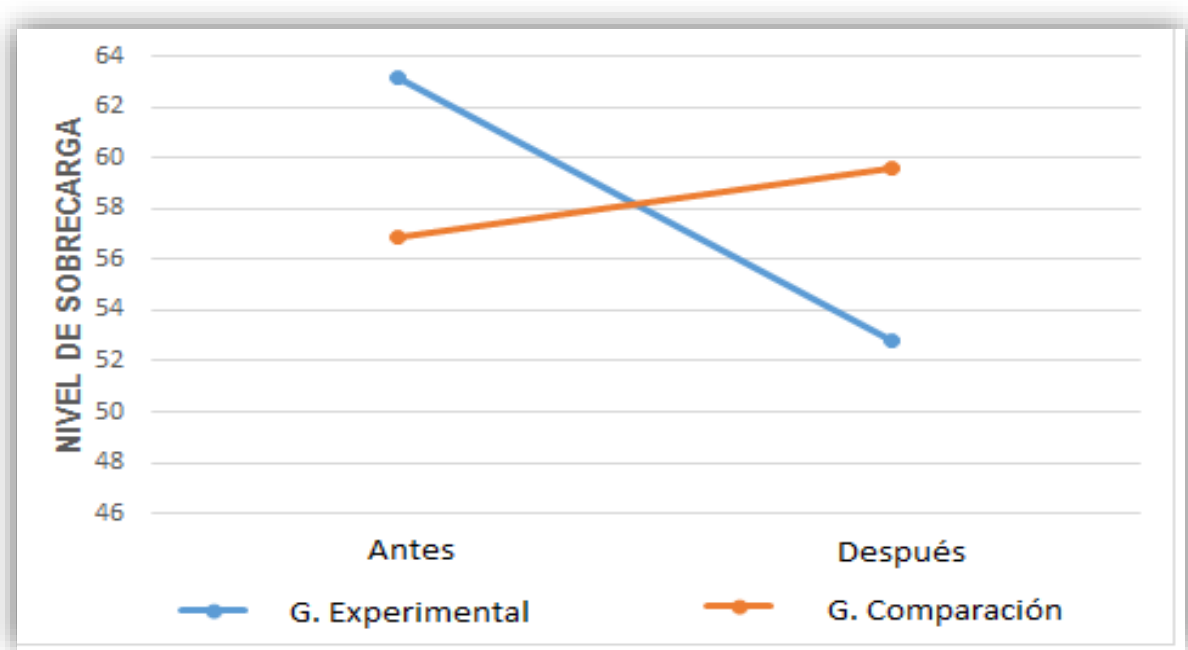
Fuente: Elaboración propia

Los resultados relacionados con la sobrecarga antes y después del grupo comparación, muestran como antes de aplicar el cuidado convencional inician con una puntuación entre sobrecarga ligera (47 puntos) y sobrecarga intensa (71 puntos), una media de 56,9 y una desviación estándar de 7,36; pero en el post test, aunque el porcentaje mínimo fue de (45 puntos) que indicaría ausencia de sobrecarga, el máximo fue de (74 puntos) lo que indica un aumento en la puntuación para sobrecarga intensa. Llama la atención que el nivel de sobrecarga aumentó en el post test con una mediana de 59.6 y una desviación estándar de 7,85.

La tabla N°7 muestra el mayor predominio de sobrecarga intensa tanto antes como después de la intervención con un 58,8 % y 64,7 % respectivamente, evidenciándose un aumento ligero de ésta luego de recibir el cuidado convencional.

4.5 Comparación de los niveles de sobrecarga de los cuidadores de ambos grupos antes y después de las intervenciones

Gráfica N° 7. Comparación de los niveles de sobrecarga de ambos grupos de cuidadores



Fuente: Elaboración propia

Se puede inferir que el grupo experimental inició presentando niveles de sobrecarga más altos en relación al grupo de comparación, y se afirma que ambos grupos iniciaron las intervenciones respectivas con niveles de sobrecarga intensa para la mayoría de los cuidadores abordados. De igual forma, permite evidenciar la disminución de los niveles de sobrecarga en el grupo experimental al tener una media de 52,8 en relación al grupo de comparación cuyos niveles de sobrecarga siguen siendo mayores a 56 con un ligero aumento de los mismos y una media 59,6 (Gráfica N° 7).

4.6 Perfil de efecto de las intervenciones de los grupos experimental y comparación

Tabla N° 8. Resumen de la prueba U de Mann-Whitney

	Hipótesis nula	Prueba	Valor p.	Decisión
1	La distribución de Sobrecarga inicial es la misma entre los grupos	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	0,006	Rechazar la hipótesis nula
2	La distribución de Sobrecarga posterior a la intervención es la misma entre los grupos	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	0,001	Rechazar la hipótesis nula

Fuente: Elaboración propia

Los grupos de participantes experimental y comparación diferían en cuanto al nivel de sobrecarga al inicio de las intervenciones, y posterior a la realización de las mismas se logra modificar de manera significativa el nivel de sobrecarga post test de los cuidadores (Tabla N° 8).

4.6.1 Perfil de efecto de la intervención del grupo experimental sobre la sobrecarga y sus dimensiones

Tabla N° 9. Prueba de Wilcoxon para el grupo experimental en el nivel de sobrecarga

	Hipótesis nula	Prueba	Valor p .	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Sobrecarga inicial y sobrecarga posterior a la intervención es igual a 0	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	< 0,001	Rechazar la hipótesis nula

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta la prueba estadística realizada, es preciso decir que existen diferencias significativas en el grupo experimental sobre el nivel de sobrecarga, lo que indica que la realización de la intervención planteada logra modificar la variable entre la medición inicial y final de este grupo, en un sentido decreciente de los niveles de sobrecarga presentes en los cuidadores, teniendo en cuenta las demás pruebas estadísticas realizadas.

Tabla N° 10. Mediana de las dimensiones de la Escala de sobrecarga de Zarit en el grupo experimental

Dimensión	Pre-test	Post-test
Física	31	27
Emocional	20	17
Social	9	7

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 11. Prueba de Wilcoxon en las dimensiones de la sobrecarga del grupo experimental

	Hipótesis nula	Prueba	Valor <i>p</i> .	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre D1PRE y D1POST es igual a 0	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	< 0,001	Rechazar la hipótesis nula
2	La mediana de las diferencias entre D2PRE y D2POST es igual a 0	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	< 0,001	Rechazar la hipótesis nula
3	La mediana de las diferencias entre D3PRE y D3POST es igual a 0	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	< 0,001	Rechazar la hipótesis nula

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta las dimensiones del instrumento y las pruebas realizadas evidenciadas en la tabla N° 10 y 11, se puede afirmar que la intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado modifica de manera significativa los problemas físicos, como la sensación de sobrecarga experimentada y abandono del autocuidado (D1), los aspectos emocionales, como la vergüenza e irritabilidad ante el familiar enfermo, miedo por los cuidados o el futuro del enfermo y sentimiento de culpabilidad (D2) y los problemas sociales, como la pérdida del rol social y familiar (D3); debido a los componentes de la intervención que enfocan de manera integral la problemática del cuidador en el ambiente hospitalario, a través de un entorno físico de apoyo, el cultivo de hábitos saludables que propician el cuidado personal, el poder expresar los sentimientos y encontrar espacios de esparcimiento tanto físicos como mentales.

4.6.2 Perfil de efecto de la intervención del grupo de comparación y sus dimensiones.

Tabla N°12. Prueba de Wilcoxon en el grupo de comparación en el nivel de sobrecarga

	Hipótesis nula	Prueba	Valor <i>p</i> .	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Sobrecarga inicial y sobrecarga posterior a la intervención es igual a 0	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	< 0,001	Rechazar la hipótesis nula

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la prueba realizada se plantea que el grupo de comparación presenta diferencias significativas antes y después de recibir un cuidado convencional, sin embargo, de acuerdo a las pruebas mencionadas con anterioridad, la diferencia estaría planteada en el aumento de los niveles de sobrecarga.

Tabla N° 13. Mediana de las dimensiones de la Escala de sobrecarga de Zarit en el grupo de comparación

Dimensión	Pre-test	Post-test
Física	30,5	33,5
Emocional	16	16
Social	7	7

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 14. Prueba de Wilcoxon en las dimensiones de la sobrecarga del grupo de comparación

	Hipótesis nula	Prueba	Valor p.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre D1PRE y D1POST es igual a 0	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	< 0,001	Rechazar la hipótesis nula
2	La mediana de las diferencias entre D2PRE y D2POST es igual a 0	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0,089	Retener la hipótesis nula
3	La mediana de las diferencias entre D3PRE y D3POST es igual a 0	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0,058	Retener la hipótesis nula

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los resultados planteados en las tablas N°13 y 14, el cuidado convencional que recibió el grupo de comparación de los cuidadores familiares modificó de manera significativa la dimensión física de la sobrecarga dada por la sensación de sobrecarga experimentada y abandono del autocuidado (D1), sin embargo, a la luz de las pruebas estadísticas realizadas con anterioridad, se puede inferir que la diferencia se plantea desde un enfoque ascendente en los niveles de sobrecarga y por ende una disminución del autocuidado. Así mismo, no se encuentran cambios significativos en las dimensiones emocionales (D2) y sociales de la sobrecarga (D3).

5 DISCUSIÓN

De manera general, este estudio demuestra la efectividad de una intervención de enfermería diseñada bajo el enfoque de la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams sobre el nivel de sobrecarga de cuidadores familiares que tienen a cargo la atención de adultos mayores dependientes hospitalizados; permitiendo validar el concepto de autocuidado de la teoría y aportar al conocimiento científico de este fenómeno de la sobrecarga; cuyo nivel logra disminuir de manera significativa en comparación con aquellos cuidadores que recibieron un cuidado convencional.

Se ratifica entonces, que el cuidador familiar sigue siendo un elemento principal en el cuidado de los adultos mayores dependientes, su presencia en el ámbito intrahospitalario es requerida e indispensable para garantizar el soporte social y familiar del paciente y así mismo su seguridad durante la hospitalización (110). Esta investigación tomó como foco de atención a los cuidadores, los cuales fueron principalmente mujeres, tal como se reafirma en otros estudios (111) (112) (113). Sin embargo, se resalta la presencia de la figura masculina en el cuidado, principalmente dentro del grupo experimental, lo cual permitió tener resultados homogéneos desde la perspectiva del género y ratifica que el hombre asume cada vez más el cuidado de sus familiares.

De acuerdo a la edad de los cuidadores, este estudio al igual que otras investigaciones realizadas (110) (113), evidencia que los participantes se encontraban en etapas productivas, entendiendo que son momentos de la vida del cuidador para realizar sus proyectos de vida personal y familiar, en condiciones para la vida laboral y en la

capacidad de aprender estrategias para tener un mejor estilo de vida que favorezca el bienestar y la salud a través de la disminución de los niveles de sobrecarga.

De otra manera, la relación que tienen los cuidadores con los adultos mayores dependientes son mayoritariamente hijos o esposos, aunque también aparecen otras figuras familiares como los nietos o nueras, esto evidencia la participación de todos los miembros de la familia y la forma como pueden ser organizados para brindar el cuidado, realizando relevos que pueden ser favorables para el manejo de la sobrecarga de cuidado en el cuidador familiar principal, estudios previos muestran la participación de miembros de la familia (18) (114), pero el presente aporta la participación de otros miembros y otros lazos de consanguinidad como nueras, yernos y nietos.

Los participantes refirieron en su mayoría no ser los únicos cuidadores, a diferencia de lo reportado por otros estudios, donde los participantes eran los únicos cuidadores a cargo de la persona enferma (110). Esto pudo estar relacionado con las fuentes de apoyo familiar, espiritual y social que siguen siendo importantes y se encuentran presentes en la mayoría de los cuidadores de este estudio en comparación con otros estudios como el de Campos y Cols., donde los participantes con sobrecarga leve e intensa no tenían apoyo psicológico, pero contaban con el apoyo familiar como pilar en el soporte de éstos cuidadores (115). Además, la institución de salud en la cual se encontraban los participantes, tiene una ubicación central en la ciudad, que permite un acceso fácil al público y cuenta con el apoyo de trabajo social en los casos donde se necesita encontrar redes de apoyo para aquellos cuidadores que son los únicos dedicando tiempo de su día a día al cuidado de los adultos mayores hospitalizados dependientes.

Los niveles elevados de sobrecarga se han visto asociados a un mayor tiempo de atención a los sujetos receptores de cuidado (2) (3). Según lo evidenciado en este estudio en relación con el tiempo de cuidado, los participantes llevan en su mayoría menos de 6 meses en esa labor, dedicando entre 7 y 12 horas al día; similar a lo reportado por Mendoza, donde el 63,2 % de los cuidadores habían atendido a su familiar en periodos tiempo menor a un año (116), a diferencia de Araújo y Cols., quienes reportan un tiempo de cuidado de 1 a 5 años en un promedio de tiempo diario mayor a 13 horas (114), y se resalta que en los estudios anteriores independientemente del tiempo de cuidado hay presencia de sobrecarga. De esta manera, se puede afirmar que el tiempo no es un factor predictor constante en la aparición de la sobrecarga, dado que se están reportando niveles altos de sobrecarga desde las etapas iniciales del cuidado; por tanto, las estrategias de intervención deben estar dirigidas a todos los cuidadores sin limitar su acción hacia aquellos que recién comienzan a cuidar a un familiar, porque existen otros factores como el desconocimiento, la incertidumbre y carencia de habilidades para actuar ante complicaciones de salud del adulto mayor que contribuyen a generar sobrecarga temprana.

En cuanto a la dedicación de tiempo que tienen estos cuidadores para la atención y cuidado de su familiar enfermo durante la hospitalización, donde su constante presencia es notable, cabe destacar que continúa su rol de cuidador tal vez con mayor intensidad, pero debe abandonar otros roles especialmente de tipo familiar y personal que afectan de manera directa la vida del cuidador generando mayor sobre carga e impidiendo el auto cuidado y generando alteraciones en el estado de salud (5) (6).

Aunque los cuidadores tomados para este estudio son aparentemente saludables en un 55,9 %, coincidiendo con otros estudios, donde un porcentaje significativo de los cuidadores no presentan enfermedades (112); cabe resaltar que el 44 % de los participantes de esta investigación presenta algún tipo de enfermedad crónica tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con inclusive antecedentes de complicaciones como el infarto agudo de miocardio; estos hallazgos llevan a reflexionar aún más, sobre la importancia de promover el autocuidado en los cuidadores debido a que el riesgo de presentar no solo alteraciones sino complicaciones en su salud, es latente si se tiene en cuenta que la sobrecarga se produce por estrés, cansancio y falta de autocuidado.

Teniendo en cuenta lo anterior, fue imperativo tomar a los cuidadores como sujetos de cuidado para ésta investigación, reconociendo la sobrecarga que se puede presentar en ellos y diseñando y aplicando una intervención de enfermería para modular los niveles de sobrecarga y contribuir de esta manera con la calidad de vida de éstas personas.

Ahora bien, si se tiene en cuenta que dada la finalidad del presente estudio todos los cuidadores debían tener al menos un nivel de sobrecarga; llama la atención que para el grupo experimental la medición antes de la intervención reporto un 73,5 % de cuidadores con sobrecarga intensa y el 26,5 % sobrecarga ligera, aspecto que difiere un poco de otros estudios donde el 55,7 % de los cuidadores de una institución de salud de III nivel en Colombia tenían sobrecarga intensa y el 12,8 % sobrecarga ligera (113). Esto indica la presencia cada vez mayor de la sobrecarga en el ambiente hospitalario comparada a su vez con estudios en la comunidad como el de Araújo y Cols., donde el 64,3 % de los cuidadores tenía sobrecarga severa o intensa y el 46,4 % sobrecarga moderada (114).

Teniendo en cuenta que el 58,8% de los cuidadores del grupo de comparación seleccionados para este estudio, presentaron en la medición inicial una sobrecarga intensa y posteriormente luego de recibir el cuidado convencional el 64,7 % de cuidadores presentó sobrecarga intensa; se puede afirmar que el proceso de hospitalización genera en los cuidadores familiares mayor sobrecarga, dadas las exigencias de las instituciones de salud, que en aras de la seguridad de los pacientes y las condiciones del entorno requieren un apoyo significativo de los mismos durante las 24 horas del día. Además, se demuestra que los cuidados brindados convencionalmente a los cuidadores no son efectivos para contribuir a modular la sobrecarga, lo que invita al personal de salud involucrado a generar acciones efectivas y eficaces que modulen de manera positiva la sobrecarga de los cuidadores familiares de los adultos mayores dependientes durante los procesos de hospitalización involucrando al paciente y demás miembros de la familia.

En esta investigación la motivación para el diseño de una intervención enfocada en cuidadores familiares en el ámbito intrahospitalario estuvo precedida por los niveles de sobrecarga reportados en investigaciones, los problemas en la salud que afectan directamente el bienestar de la persona y el reconocimiento de esta labor de cuidado como indispensable para la recuperación o paliación del estado de salud del adulto mayor dependiente. Sin embargo, se hace énfasis en la búsqueda de una relación saludable entre cuidador y receptor de cuidados, que permita modular los niveles de sobrecarga presentes en el cuidador y beneficie de manera indirecta la calidad de la atención que recibe el adulto mayor.

La literatura ha reiterado la importancia de la aplicación de teoría de enfermería para soportar y guiar el diseño de las intervenciones de cuidado, porque permiten abordar los problemas de las personas con un enfoque disciplinar y demostrar el impacto que tienen las mismas para mejorar el estado de salud de la población que es cuidada (3). De manera particular, esta investigación diseñó una intervención de enfermería fundamentada en el concepto de autocuidado de la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams, la cual direccionó el cuidado al cuidador hacia propiciar un entorno hospitalario de apoyo para el cuidador, fomentar el cultivo de hábitos saludables, ofrecer espacios para expresar los sentimientos asociados al cuidado y encontrar momentos de tiempo físicos y mentales para alejarse de la atención permanente del adulto mayor; aportó el diseño de una intervención para el manejo inmediato y apoyo futuro a la modulación positiva de la sobrecarga producida por el cuidado permanente al adulto mayor dependiente, de tal manera que le garantice al cuidador una mejor calidad de vida.

La intervención diseñada para el presente estudio logró modular la sobrecarga de los cuidadores a tal punto que, del total de los participantes del grupo experimental, el 26,5% luego de recibirla presentó ausencia de sobrecarga, el 35,3% presentó sobrecarga ligera y solo el 38,2% presentó sobrecarga intensa. Aunque se debe seguir trabajando para disminuir la sobrecarga de los cuidadores, este trabajo muestra evidentemente una herramienta con abordaje integral que genera un cuidado efectivo para disminuir la sobrecarga en cuidadores que tienen a sus familiares adultos mayores dependientes hospitalizados.

Otros estudios cuyo enfoque también es la aplicación de intervenciones de cuidado como el de Mai Wai que tuvo como objetivo examinar la efectividad de un programa de historias

de vida para reducir el estrés de los cuidadores familiares chino-estadounidenses debido a la sobrecarga del cuidado, no mostró significancia estadística para reducir la sobrecarga, aunque mejoró la percepción y el juicio de los cuidadores familiares sobre el efecto que las necesidades y demandas de los receptores de cuidados tuvieron en su continuación del cuidado (117).

Fernández y Cols., también evaluaron la efectividad de la primera fase de una intervención educativa para disminuir la sobrecarga de los cuidadores de ancianos dependientes en el ambiente hospitalario enfocados en temas relacionados con la mecánica corporal, alimentación, higiene y autocuidado del cuidador; sin embargo, ésta no fue eficaz porque persistió la sobrecarga en los cuidadores posterior a la intervención (112).

No obstante, Melo y Cols., a través de un estudio cuasiexperimental con un solo grupo, aplicaron una intervención con enfoque de educación para la salud personalizado, a cuidadores familiares desde el momento del ingreso y hasta el egreso durante un mes, en una institución de salud en la ciudad de Girardot, Colombia y con seguimiento telefónico posterior haciendo frente a las necesidades particulares de los cuidadores y pacientes, estos lograron diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la sobrecarga y el aumento en la competencia del cuidado (110).

Todo lo anterior refleja que, con los resultados actuales y los planteamientos hechos por otros investigadores sobre la sobrecarga en los cuidadores familiares, se debe seguir trabajando en intervenciones que mejoren la sobrecarga de cuidado no solo en los cuidadores de adultos mayores dependientes sino en todos los cuidadores de personas que requieren de apoyo parcial o total para su diario vivir.

Además, se recomienda para futuras investigaciones incluir como variable el tiempo de duración del cuidador en el servicio de hospitalización al momento de iniciar la intervención, lo cual permitirá determinar si hay alguna relación con el nivel de sobrecarga inicial y dar un mayor contexto a la situación que presenta el cuidador. Así mismo, se recomienda hacer estudios en áreas como las unidades de cuidados intensivos y urgencias, dado que el ingreso al servicio de hospitalización puede estar precedido por la estancia del paciente en estas áreas y se podría explorar la relación del nivel de sobrecarga entre estas áreas y evaluar si la intervención planteada en este apartado puede modular la sobrecarga en las diferentes dependencias de una institución de salud.

6 CONCLUSIONES

- La intervención de Enfermería diseñada con el componente teórico de la dinámica del cuidado de Loretta Williams modificó favorablemente el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes durante la hospitalización, se demostró que la medición de sobrecarga antes de la intervención reportó una mediana de 63.2 que significa sobrecarga intensa a una mediana de 53.8 después de la intervención que representa una sobrecarga ligera, este resultado permite confirmar la hipótesis planteada en relación a que una intervención que promueve el autocuidado en el cuidador familiar a través de propiciar un entorno físico de apoyo durante la hospitalización, el cultivar hábitos saludables, permitir la expresión de sentimientos y emociones asociadas al cuidado y facilitar alejarse de las demandas del cuidado según necesidad, contribuye a modular positivamente el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares durante la hospitalización de los pacientes adultos mayores dependientes a quienes cuidan.
- Los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes que se encontraban hospitalizados y participaron en el grupo experimental, mostraron un nivel de sobrecarga inicial entre ligera e intensa; sin embargo al medir la sobrecarga luego de la intervención basada en la teoría de dinámica del cuidado de Loretta Williams, aunque un porcentaje de 38,2 % presentaron todavía sobrecarga intensa, el 61,8 % presentaron entre ausencia de sobrecarga y sobrecarga ligera, lo que implicó un cambio en el nivel de sobrecarga de los cuidadores de manera satisfactoria.

- Los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes tomados para el grupo comparación y que recibirían el cuidado convencional por parte de los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización, mostraron de manera inicial unos niveles de sobrecarga entre ligera 41,2 % e intensa 58,8 %; sin embargo, al tomar la medición posterior el comportamiento fue similar; llama la atención que los puntajes de niveles de sobrecarga variaron tanto en la ligera como en la intensa; de tal manera que el 35,3 % presentó sobrecarga ligera y el 64,7 % presentó sobrecarga intensa, lo que afirma que los procesos de hospitalización de los adultos mayores dependientes incrementan el nivel de sobrecarga en sus cuidadores familiares, motivo por el cual el personal de salud que atiende a estos pacientes y sus cuidadores deben fortalecer sus estrategias de cuidado adoptando aquellas que se ha demostrado son efectivas.
- Al comparar los resultados de nivel de sobrecarga pre test, post test en los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes correspondientes a los grupos experimental y comparación antes y después de las respectivas intervenciones, se demostró que las intervenciones aplicadas con el componente teórico y con enfoque en las necesidades de cuidado, generan comportamientos positivos en este caso para los cuidadores familiares durante el proceso de hospitalización y reducen el nivel de sobrecarga.
- Los resultados de este estudio permiten demostrar que los modelos teóricos de enfermería si se pueden aplicar a la práctica del cuidado, en este caso para modular la sobrecarga en los cuidadores familiares, dichas teorías aportan significativamente

a los profesionales de enfermería para brindar cuidados sustentados científicamente con indicadores medibles y evaluables.

- Por lo general los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes presentan algún grado de sobrecarga según estudios realizados; sin embargo se podría pensar que mientras el anciano se encuentra hospitalizado, el personal de salud que se ocupa del cuidado del mismo, genera una descarga de cuidado para el cuidador; pero dadas las condiciones de los actuales servicios de salud y las nuevas políticas institucionales orientadas a la seguridad del paciente, el personal que atiende los servicios de hospitalización debe acudir a la ayuda brindada por el cuidador familiar propiciando en ellos una mayor sobrecarga como lo demuestra este estudio con los resultados del grupo de comparación.
- Los cuidados convencionales brindados por el personal de enfermería especialmente en los servicios de hospitalización, están dados por los conocimientos propios del personal, así como de protocolos institucionales ya establecidos; sin embargo su efectividad se puede ver alterada dados los procesos administrativos o las necesidades dadas por las actuales políticas de salud relacionadas con la seguridad del paciente o la contratación del recurso humano en salud que impiden que dichos cuidados no generen el impacto positivo que se esperaría; los profesionales de enfermería deben confiar más en el conocimiento generado para mejorar la práctica de cuidado.

7. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Limitaciones

- A pesar de que se logró recolectar la información y realizar las intervenciones según el tamaño de muestra propuesto, este llevó más tiempo del proyectado, debido a que la estancia hospitalaria de los pacientes es variable según la evolución del estado de salud y ocasionaba la pérdida de cuidadores antes de terminar la intervención por el egreso de los adultos hospitalizados.
- La privacidad de la intervención estuvo un poco limitada por la presencia ocasional de otros familiares y personal que laboraba en la institución dado que no se contó con un lugar exclusivo para el cuidador y la enfermera investigadora, sino que se hizo uso del mobiliario presente en el servicio en los pasillos y zonas de esparcimiento para uso común de todas las personas.

7.2 Recomendaciones

- Dada la finalidad de éste estudio no se tuvieron como objeto de intervención los cuidadores familiares con ausencia de sobrecarga, sin embargo, debido a la complejidad de una estancia hospitalaria y todo aquello que implica cuidar de un adulto mayor dependiente y los resultados reflejados en el grupo de comparación, se

recomienda la aplicación de intervenciones de enfermería a ésta población para prevenir la aparición de sobrecarga.

- Replicar la intervención propuesta en este estudio con un enfoque a largo plazo que evalúe los niveles de sobrecarga posterior al egreso hospitalario en el lugar de residencia de los cuidadores.
- Se hace una invitación a las instituciones de salud para contemplar en sus políticas y programas el enfoque dirigido tanto al paciente como a su familia de modo que se garanticen condiciones dignas que permitan la recuperación de la salud de los pacientes y el bienestar de los cuidadores familiares.
- Es importante que los profesionales de Enfermería que orientan el cuidado en los servicios de hospitalización donde se encuentran adultos mayores dependientes con el acompañamiento de sus cuidadores familiares consuman literatura científica que les oriente unos cuidados sustentados científicamente con modelos de cuidados disciplinares.
- Los enfermeros que atienden a la diada cuidador-sujeto de cuidado deben replicar las intervenciones validadas con resultados positivos con el fin de mejorar la calidad de vida no solo de los adultos mayores dependientes, sino de sus cuidadores familiares.
- Es importante hacer un seguimiento posterior a los cuidadores con el fin de validar si lo aprendido para modular la sobrecarga se sigue poniendo en práctica.

8. APORTES DEL ESTUDIO

8.1 Para la disciplina de enfermería

- Se aporta conocimiento científico al fenómeno de la sobrecarga del cuidador específicamente en el ámbito clínico, espacios donde enfermería tiene un rol importante en la atención asistencial.
- Se aporta una intervención de enfermería enfocada a modular la sobrecarga de los cuidadores familiares, la cual se puede continuar replicando y probando con poblaciones diferentes.

8.2 Para la teoría de enfermería

- La intervención de enfermería diseñada en este estudio pone a prueba la teoría de la dinámica del cuidado de Loretta Williams en su concepto de autocuidado con sus respectivas dimensiones y valida su utilidad en investigación para brindar soluciones a las problemáticas de los sujetos de cuidado.
- Se muestra una forma de ligar la teoría con la investigación y de esta manera plantear soluciones a las problemáticas actuales.

8.3 Para la práctica de enfermería

- Esta investigación demuestra la importancia de la interacción entre los enfermeros y los cuidadores familiares durante el proceso de hospitalización, y motiva a la implementación y estandarización de programas institucionales enfocados en mejorar la sobrecarga de los cuidadores y por ende su calidad de vida.

8.4 Para la sociedad

- Se reconoce y se hace visible la importancia del cuidador en la atención de adultos mayores dependientes, dando valor a su rol y demostrando que tienen necesidades que requieren de intervención, las cuales pueden ser abordadas por parte de enfermería.
- Este estudio demuestra que el cuidador de una manera silenciosa está necesitando apoyo para sentirse menor sobrecargado al asumir la atención de su familiar enfermo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carrillo GM, Chaparro Díaz L, Sánchez Herrera B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. *Ciencia y enfermería*. 2014; 20(2):83-91.
2. Barreto Osorio RV, Coral Ibarra RD, Campos MS, Gallardo Solarte K, Ortiz VT. Cuidadores y cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia: más similitudes que diferencias. *Salud Uninorte*. 2015;31(2).
3. Hernández NE, Moreno CM, Barragán JA. Necesidades de cuidado de la díada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Revista Cuidarte*. 2014;5(2).
4. Bello Carrasco LM, León Zambrano GA, Covená Bravo MI. Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Universidad y Sociedad*, 2019. 11(5), 385-395.
5. Covarrubias Delgado L, Andrade Cepeda RM. Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. *Index de Enfermería*. 2012;21(3):131-5.
6. Cepeda RMGA. Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2010;9(1):54-8

7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Washington, DC; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275%3Aplan-action-ncds-americas-2013-2019&catid=7587%3Ageneral&Itemid=41590&lang=es
9. Creagh Peña M, García Ones D, Valdés Cruz R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2015;14(6):884-6.
10. Gutiérrez Catalina, Moreno Jonathan, González Lina, Galán Augusto, Ruiz Catalina. Diagnósticos y retos del sistema de salud frente al envejecimiento. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 136p. 2015.
11. OMS. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. 1 ed. Geneva: WHO. 2014.
12. Durán A, Valderrama L, Uribe AF, González A, Molina JM. Enfermedad crónica en adultos mayores. Universitas Médica. 2010;51(1).

13. Herrera JCR, Meléndez RMO. Caregiver: operative concept or theoretical prelude? *Enfermería Universitaria*. 2011;8(1):49-54.
14. Floréz Carmen Elisa, Villar Leonardo, Puerta Nadia, Berrocal, Luisa Fernanda. El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 67p. 2015.
15. Guerrero N, Yépez MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Rev Univ. salud*. 2015;17(1):121-131
16. Gobernación de Huila, Sistema de Información Regional SIR, Departamento Administrativo de Planeación. Caracterización Del Departamento. 2012.
17. Chong DA. Bio-psycho social aspects shattering elderly health. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2012. 28(2): 79-86.
18. Ballesteros JE, Rodríguez Quenza AM, Cantor Chávez M, Peñalosa-González GC, Valcárcel DE. Caracterización y percepción de carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Arauca. *Orinoquia*. 2015;19(1).
19. Alvarado DC. Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil: Centro de Atención del Adulto Mayor" Tayta Wasi": Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2014

20. Aponte Garzón L, Pinzón Rocha M, Galvis López C. Nivel de funcionalidad de los enfermos crónicos y su relación con la calidad de vida de los cuidadores informales, Villavicencio, Colombia, 2011. *Enfermería Global*. 2014;13(33):191-200.
21. Fuhrmann AC, Bierhals CC, Santos NO, Paskulin LM. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre. 2015. Vol. 36, n. 1, p. 14-20.
22. Lino VTS, Rodrigues NCP, Camacho LAB, O'Dwyer G, Lima ISd, Andrade MKdN, et al. Prevalence of overburden in caregivers of dependent elderly and associated factors in a poor area of Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32(6). DOI: 10.1590/0102-311X00060115
23. Díaz Alejandro, Sánchez Norma, Montoya Soraya, Martínez Susana, Pertuz María, Flórez Carmen, González Lina. *Las personas mayores: cuidados y cuidadores*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 103p. 2015.
24. Anjos KFd, Boery RNSdO, Pereira R, Pedreira LC, Vilela ABA, Santos VC, et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. *Ciencia & saude coletiva*. 2015;20(5):1321-30. DOI: 10.1590/1413-81232015205.14192014

25. Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Burden of caregiving and its repercussions on caregivers of end-of-life patients: a systematic review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(9):2731-47.
26. De Valle Alonso MDJ, Hernández López I, Zúñiga Vargas M, Martínez Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*. 2015;12(1):19-27.
27. Arias Rojas M, Barrera Ortiz L, Mabel Carrillo G, Chaparro Díaz L, Sánchez-Herrera B, Vargas-Rosero E. Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: perfil y carga percibida de cuidado. *Rev Fac Med*. 2014;62(3):387-97.
28. Carrillo González GM, Chaparro Díaz L, Sánchez Herrera B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia. *Medicina UPB*. 2014;33(1).
29. Sanuade O, Boatemaa S. Caregiver profiles and determinants of caregiving burden in Ghana. *Public health*. 2015;129(7):941-7.
30. Espinoza Miranda K, Jofre Aravena V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*. 2012;18(2):23-30.

31. Fhon JRS, Janampa JTG, Huaman TM, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*. 2016;34(3):251-8.
32. Alonso MS, Prieto Ursúa M, Caperos JM. The family caregiver after the institutionalization of the dependent elderly relative. *Educational Gerontology*. 2017 Oct 23:1-2.
33. Torres Pinto X, Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L. Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(2): 330-338.
DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017006>
34. Sánchez Herrera B, Carrillo González GM, Barrera Ortiz L, Chaparro Díaz L. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. *Aquichan*. 2013;13(2).
35. Ministerio de salud y protección social. Resolución número 005928 de 2016.
Disponible en:
www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5928-de-2016.pdf
36. Calhau Andrade Reis C, Lago da Silva Sena E, de Oliva Menezes TM. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2016;20(3).

37. Lee YC, Wu HH, Hsieh WL, Weng SJ, Hsieh LP, Huang CH. Applying importance-performance analysis to patient safety culture. *International journal of health care quality assurance*, 2015. 28(8), 826-840.
38. Schenk EC, Bryant RA, Van CS, Odomv MT. Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm: The Forgotten Voice. *Journal of nursing care quality*. 2018. Vol. 00, No. 00, pp. 1–7
39. Zomeño Ros G. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Universidad de Alicante. 2015
40. Landínez Parra NS, Caicedo Molina IQ, Lara Díaz MF, Luna Torres L, Beltrán Rojas JC. Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2015;63:75-82.
41. Covarrubias Delgado L. Calidad de vida del cuidado de pacientes hospitalizados y nivel de dependencia del receptor del cuidado. *Repositorio Nacional Conacyt*. 2011.
42. Carreño SP, Sánchez Herrera B, Carrillo GM, Chaparro Díaz L, Gómez OJ. Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2016; 34(3): 342-349. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a08.

43. Pinzón EA, Carrillo GM. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2016; 34(2): 193-201.
44. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos Revista de Crítica Social*. 2015(17).
45. Carreño SP, Chaparro Díaz L. Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. *Pensamiento Psicológico*. 2017;15(1).
46. Bevens M, Sternberg EM. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 2012. 307, 398–403.
47. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *Jama*. 2014;311(10):1052-60.
48. Ministerio de salud y protección social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Bogotá D.C., Colombia. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
49. Congreso de la República. Ley 1850. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. 19 de julio 2017. Disponible en:

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>

50. Fornés C, Del Pilar A. ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? Iconos Revista de Ciencias Sociales. 2014(50).
51. Hsiao PR, Redley B, Hsiao YC, Lin CC, Han CY, Lin HR. Family needs of critically ill patients in the emergency department. International emergency nursing. 2017 Jan 31; 30:3-8.
52. Sílvia Fernandes C, Angelo M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2016;50(4).
53. Imanigoghary Z, Peyrovi H, Nouhi E, Kazemi M. The Role of Nurses in Coping Process of Family Caregivers of Vegetative Patients: A Qualitative Study. International journal of community based nursing and midwifery. 2017 Jan;5(1):70.
54. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Revista de Salud Pública. 2011; 13 (3): 458-69.
55. Sánchez Martínez RT, Molina Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. Revista Cuidarte. 2016;7(1).

56. Guillen Salazar LM, Cantuarias Noriega N. Vivencias del paciente adulto hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. In *Crescendo*. 2011; 2(1).
57. Flores E, Seguel F. Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Invest Educ Enferm*. 2016; 34(1): 67-73. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n1a08
58. Romero Guevara SL, Correa BL, Camargo Figuera FA. Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Rev Univ. Salud*. 2017;19(1):85-93.
59. Herrera A, Flórez IE, Romero E, Montalvo, A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan*. 2012;12(3):286-297.
60. Vargas Z, Fernández R. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Enfermería Actual en Costa Rica* 2011; 1-20.
61. Carrillo González GM, Sánchez Herrera B, Barrera Ortiz L. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica. *Index de enfermería*. 2014;23(3):129-33.
62. Muñoz Campos NM, Lozano Nuevo JJ, Huerta Ramírez S, Escobedo de la Cruz RC, Torres Reyes P, Loaiza Félix J. Asociación entre colapso del cuidador y pronóstico

de pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. *Med Int Méx* 2015; 31:528-535.

63. Martínez Alcalá CI, Ramírez Salvador JA, Rosales Lagarde A, Jiménez Rodríguez B. Assistance and Support of Primary Caregivers through an eService Platform. *Journal of Information Systems Engineering & Management*, 2018; 3(1), 09.

64. Da Costa Melo RM, Dos Santos Rua M, De Brito Santos CSV. *Nursing Intervention Program for Family Caregivers*. 2014.

65. Westra BL, Sylvia M, Weinfurter EF, Pruinelli L, Park JI, Dodd D, Keenan GM, Senk P, Richesson RL, Baukner V, Cruz C. Big Data science: a literature review of nursing research exemplars. *Nursing outlook*. 2017 Sep 1;65(5):549-61.

66. Mackey A, Bassendowski S. The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*. 2017 Feb 28;33(1):51-5.

67. Oh EG. Synthesizing Quantitative Evidence for Evidence-based Nursing: Systematic Review. *Asian nursing research*. 2016 Jun 30;10(2):89-93.

68. Coster S, Watkins M, Norman IJ. What Is The Impact Of Professional Nursing On Patients' outcomes Globally? An Overview Of Research Evidence. *International journal of nursing studies*. 2017 Oct 19.

69. Joyce B, Brown N, Hicks V, Johnson R, Harmon M, Pilling Lucille. The Global Health Nursing Imperative: Using Competency-Based Analysis to Strengthen Accountability for Population Based Practice, Education and Research. Annals of Global Health. 2017.
70. Häggman-Laitila A, Mattila LR, Melender HL. Educational interventions on evidence-based nursing in clinical practice: a systematic review with qualitative analysis. Nurse education today. 2016 Aug 31; 43:50-9.
71. Butcher HK, Bulechek GM, Faan PR, Dochterman JM, Wagner C, Mba RP. (Eds.). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier 2018
72. Bulechek Gloria M, Butcher Howard K, Dochterman Joanne M, Wagner Cheryl M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta edición. Elsevier. España, S.L. 2014
73. Smith MJ, Liehr PR. Middle range theory for nursing: Springer Publishing Company; 2013. 309-327.
74. Congreso de la República. Ley 1251. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. 2008. Noviembre 27. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Ley-1251-de-2008.pdf>

75. Bayona Marzo I, de Santiago F, Martínez León M, Navas Cámara FJ. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos*. 2012;23(1):19-22.
76. Won S, Song I. Factors affecting burnout when caring for older adults needing long term care services in Korea. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2012;74(1):25-40.
77. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* sept.-oct. 2013;21(5).
78. Hernández Moreno PD, Rodríguez Barreto HJ, Rojas Hurtado JE, Castellanos Y, Manuel J. Relación entre nivel de carga del cuidador y capacidad de autocuidado en cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica en el municipio de Tenjo, Cundinamarca en el año 2017. *Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales*. 2017.
79. Eterovic Díaz C, Mendoza Parra S, Sáez Carrillo K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global*. 2015 Apr;14(38):235-48.

80. Arbués ER. Sobrecarga del cuidador principal del paciente dependiente. Estudio de las desigualdades de género. *Cuidando la salud: revista científica de enfermería*, 2017 (14), 5-24.
81. Lotfi A, Langensiepen C, Moreno PA, Gómez EJ, Chernbumroong S. An Ambient Assisted Living Technology Platform for Informal Carers of the Elderly-iCarer. *EAI Endorsed Transactions on Pervasive Health and Technology*. 2017 Mar 21;3(9):152393.
82. Flórez Torres IE, Montalvo Prieto A, Romero Messa E. Soporte social con Tecnologías de la Información y la Comunicación a cuidadores. Una experiencia en Cartagena, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2012;30(1).
83. Pritchard E, Cussen A, Delafosse V, Swift M, Jolliffe L, Yeates H. Interventions supporting caregiver readiness when caring for patients with dementia following discharge home: A mixed-methods systematic review. *Australasian Journal on Ageing*. 2020; 00:1–12.
84. Antúnez ER, Poyo AP, Prieto MLG, Yuste MPP, García AP, Domínguez VM, Jiménez MDM. Revisión de una Intervención de Enfermería. NIC: 007040 Apoyo al Cuidador Principal. *Revista Enfermería CyL*, 2016. 8(2), 40-61.
85. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 2014. 311(10), 1052-1060.

86. Williams LA. Whatever it takes: Informal caregiving dynamics in blood and marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 2007. 34, 379–387.
87. Wilson ME, Eilers J, Heermann JA, Million R. The experience of spouses as caregivers for recipients of hematopoietic stem cell transplants. *Cancer Nursing*, 2009. 32, E15–E23.
88. Whisenant M. Informal caregiving in patients with brain tumors. *Oncology Nursing Forum*, 2011. 38(5), 373–381.
89. Sampieri, R, Collado, C, Lucio, P. *Metodología de la Investigación*. México. McGraw Hill Interamericana. 2014. ISBN: 978-1-4562-2396-0
90. Desu MM, Ragahavarao D. *Sample Methodology. Statistical Modeling and Decision Science*. Academic Press, Inc. ISBN 0-12-212165-1. Pag 31.
91. Crespo M, Rivas M. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*. 2015 Mar;26(1):9-15.
92. Barreto Osorio RV, Campos de Aldana MS, Carrillo González GM, Coral Ibarra R, Chaparro Díaz L, Durán Parra M, et al. Entrevista percepción de carga del cuidado de Zarit: pruebas psicométricas para Colombia. *Aquichan*. 2015 Jul;15(3):368-80.

93. Barreto Osorio RV, Campos MS, Carrillo González GM, Coral Ibarra R, Chaparro Díaz L, Durán Parra M, et al. Entrevista Percepción de Carga del Cuidado de Zarit: pruebas psicométricas para Colombia. *Aquichan*. 2015;15(3):368-380.
94. Gort AM, March J, Gómez X, Mazarico S, Ballesté J, De Miguel M. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Medicina clínica*, 2005 124(17), 651-653.
95. Ferrín MT, González LF, Meijide Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 2011. 72(1), 11-16.
96. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R., et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina clínica*. 2001; 117(4): 129-134.
97. Ricardo Díaz Cabezas, Felipe Marulanda Mejía, María Helena Martínez Arias. Prevalence of cognitive impairment and dementia in people older 65 years in a Colombian urban population. *Acta Neurol Colomb* 2013; 29:141-151
98. Organización Mundial de la Salud, OMS. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS.; 2009. 14p. ISBN: 978 92 4 159770 8. Disponible en: <http://www.who.int/gender/documents/gender/9789241597708/es/>

99. Observatorio laboral para la Educación. Glosario: Ocupación. Disponible en:
<http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>
100. Ministerio de Comunicaciones de Colombia. Envejecimiento, comunicación y política. Bogotá D.C.: Centro de Psicología Gerontológica, CEPsIGER. 2004. 26p.
ISBN: 958-33-6050-3. Disponible en:
http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/enve_comun_politica04.pdf
101. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Programa de Apoyo a la reforma. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el desarrollo, CID. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/VOL.%202.%20SISBEN.pdf>
102. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra. 2016.
103. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución N° 8430 de 1993. Bogotá D.C.
Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

104. Suárez Obando F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *Pers. Bioét.* 2015; 19(2): 182-197. DOI: 10.5294/pebi.2015.19.2.2
105. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2017;25(2):83-4
106. Congreso de Colombia. Ley 911 De 2004. Bogotá, D. C. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
107. Pérez-Rodríguez, M, Palacios-Cruz, L, Rivas-Ruiz, R, Talavera, JO. Investigación clínica XXIV. Del juicio clínico a la ética en la investigación en humanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2014;52(6):666-672.
108. Congreso de Colombia. Ley 1581 de 2012. Bogotá, D.C. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html
109. Melo BGM, Hernández YV, Carrillo GM, Trujillo DK. A. Efecto del programa Plan de egreso en la díada persona con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares. *Enfermería clínica.* 2018. 28.1: 36-43.

110. Lai ST, Tan WY, Wo MC, Lim KS, Ahmad SB, Tan CT. Burden in caregivers of adults with epilepsy in Asian families. *Seizure*, 2019, vol. 71, p. 132-139.
111. Fernández Fajardo YD, González Chávez NE, Argote Santos RA, Cabrera Cabrales G. Intervención Educativa para disminuir la carga de los cuidadores de ancianos dependientes. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. 2019.
112. Salazar Torres LJ, Castro Alzate ES, Dávila Vásquez PX. Carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2019, vol. 48, no 2, p. 88-95.
113. Araújo MG, Dutra MO, Freitas CC, Guedes TG, Souza FS, Baptista RS. Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019, vol. 72, no 3, p. 728-736
114. Campos MS, Durán EY, Rivera R, Páez N, Carrillo G. Sobrecarga y apoyos en el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. *Rev Cuid.* 2019; 10(3): e649.
115. MS Gladys. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 2014; 27(1), 12-18.

116. Man Wai Alice Lun. The effectiveness of a life story program on stress reduction among chinese american family caregivers of older adults, *Educational Gerontology*. 2019. 45:5, 334-340, DOI: 10.1080/03601277.2019.1622486

10. ANEXOS

Anexo N° 1. Ficha de caracterización del cuidador familiar del adulto mayor dependiente

Cuidador N° _____ Identificación: _____

• INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

1. Género

- Femenino
 Masculino

2. Edad

3. Sabe leer y escribir

- Sí No

4. Escolaridad

- Primaria incompleta
 Primaria completa
 Bachillerato incompleto
 Bachillerato completo
 Técnico
 Universidad incompleta
 Universidad completa
 Posgrado

5. Ocupación

- Hogar
 Empleado (a)
 Trabajo independiente
 Estudiante
 Otros

6. Estado civil

- Soltero (a)
 Casado (a)
 Separado (a)
 Viudo (a)
 Unión libre (a)

7. Estrato de la vivienda

- Estrato 1
 Estrato 2
 Estrato 3

- Estrato 4
 Estrato 5
 Estrato 6

8. ¿Sufre de alguna enfermedad?

- Sí No ¿Cuál(es)?

9. Parentesco con la persona cuidada

- Esposo (a)
 Madre / Padre
 Hijo (a)
 Hermano (a)
 Otro _____

10. Tiempo que lleva como cuidador

- 0 a 6 meses
 7 a 18 meses
 19 a 36 meses
 37 meses o más

11. Tiempo que dedica diariamente al cuidado

- Menos de 6 horas
 7 a 12 horas
 13 a 23 horas
 24 horas

12. Único cuidador

- Sí No

13. Apoyos con los que cuenta:

- Familiar

- Espiritual
 Social

14. Tiempo que descansa al día

- 0 a 3 horas
 4 a 6 horas
 Más de 6 horas

• INFORMACIÓN DE LA PERSONA CUIDADA

15. Género

- Femenino
 Masculino

16. Edad

17. Índice de Barthel

- < 20
 20 – 40
 45 – 55
 60 o más

18. Diagnósticos de la persona cuidada:

Anexo N° 2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Cuidador N° ____ Identificación: _____ Fecha: _____

A continuación, encontrará una serie de preguntas que permitirán determinar el nivel de sobrecarga que usted presenta, para ello, después de leer cada pregunta, indique con una **X** con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre (1) nunca, (2) rara vez, (3) algunas veces, (4) bastantes veces o (5) casi siempre. No existen respuestas correctas o incorrectas. El resultado es la suma de las puntuaciones.

1. ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
 Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?
 Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
3. ¿Se siente estresada (o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades? (Por ejemplo, con su familia o en el trabajo)
 Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
4. ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar?
 Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
5. ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar?
 Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?
 Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
 Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre

8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
9. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
13. ¿Se siente incómoda(o) para invitar amigos a su casa, a causa de su familiar/paciente?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que pudiera contar?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar, además de sus otros gastos?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?
- Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre

19. ¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar?

Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre

20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?

Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre

21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?

Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre

22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?

Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre

Puntaje: _____

Anexo N° 3. Índice de Barthel

Cuidador N° _____ Identificación: _____

Para caracterizar el nivel de dependencia de la persona a la cual usted cuida, lea las siguientes actividades que se realizan en la vida diaria y según las descripciones que tiene cada una de ellas, marque con una **X** la opción que más semejanza tiene con las actividades que realiza su familiar.

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable.	<input type="checkbox"/> 10
	2. Necesita ayuda para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por sí solo.	<input type="checkbox"/> 5
	3. Necesita ser alimentado por otra persona	<input type="checkbox"/> 0
Vestirse	1. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda	<input type="checkbox"/> 10
	2. Realiza al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable	<input type="checkbox"/> 5
	3. Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Arreglarse	1. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda.	<input type="checkbox"/> 5
	2. Necesita alguna ayuda	<input type="checkbox"/> 0
Deposición	1. Ningún episodio de incontinencia	<input type="checkbox"/> 10
	2. Accidente ocasional, menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios	<input type="checkbox"/> 5
	3. Incontinente	<input type="checkbox"/> 0
Micción	1. Ningún episodio de incontinencia.	<input type="checkbox"/> 10
	2. Accidente ocasional, máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.	<input type="checkbox"/> 5
	3. Incontinente	<input type="checkbox"/> 0
Ir al retrete	1. Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona	<input type="checkbox"/> 10
	2. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	<input type="checkbox"/> 5
	3. Incapaz de manejarse sin ayuda	<input type="checkbox"/> 0

Traslado sillón–cama	<ol style="list-style-type: none"> 1. No precisa ayuda 2. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física 3. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada 4. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado 	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Deambulación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo. 2. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador 3. Independiente en silla de ruedas en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión 4. Dependiente 	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Subir y bajar escaleras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni la supervisión de otra persona 2. Necesita ayuda 3. Incapaz de subir escalones 	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0

Puntaje: _____

Anexo N° 4. Cuestionario del estado mental breve de Pfeiffer (SPMSQ)

A continuación, se describen 10 preguntas que serán realizadas al cuidador por parte del investigador para determinar la presencia o no de deterioro cognitivo, indicando al frente de cada pregunta con una **X** si hubo o no error en las respuestas dadas. La puntuación total se ha discriminado así teniendo en cuenta el número de errores: 0 a 2 normal, 3 a 4 deterioro leve, 5 a 7 deterioro moderado y 8 a 10 deterioro severo.

N°	PREGUNTA	ERROR	
		SI	NO
1	¿Qué día es hoy? Día/Mes/Año		
2	¿Qué día de la semana es hoy?		
3	¿Dónde estamos ahora?		
4	¿Cuál es su número de teléfono? / ¿Cuál es su dirección?		
5	¿Cuántos años tiene?		
6	¿Cuál es su fecha de nacimiento? Día/Mes/Año		
7	¿Quién es ahora es el presidente del gobierno?		
8	¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
9	¿Cuáles son los dos apellidos de su madre? Primero y segundo		
10	Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		

Total: _____

Anexo N° 5. Consentimiento informado para los participantes

“Efecto de una intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado en el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes”

El presente documento tiene como finalidad solicitar su participación en la presente investigación de manera voluntaria, cuyo objetivo es: Evaluar el efecto de una intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado, sobre el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes durante el proceso de hospitalización en una institución de salud de la ciudad de Neiva.

La investigación estará conformada por dos grupos donde los cuidadores familiares tendrán las mismas características generales y la ubicación en cada grupo estará determinada por el desarrollo que tenga la ejecución de la investigación, es decir, que para hacer parte del segundo grupo se habrá terminado previamente la actividad con el primer grupo; las actividades se desarrollarán de la siguiente manera:

- **Primer grupo:** La participación constará del diligenciamiento de unos instrumentos en el primer encuentro en aproximadamente 30 minutos, en el segundo encuentro al 4º día solo se requiere la aplicación de 1 instrumento en 10 minutos y al finalizar se entregará y socializará una cartilla que brinda 4 estrategias para prevenir o mejorar la sobrecarga.
- **Segundo grupo:** La participación constará del diligenciamiento de los instrumentos en el primer encuentro en aproximadamente 30 minutos, la entrega y socialización de una cartilla y de 4 sesiones de 30 minutos cada una de ellas que incluyen estrategias

para prevenir o mejorar la sobrecarga, distribuidas en los 2 días siguientes en un horario acordado entre el investigador y el participante y por último al 4º día solo se requiere la aplicación de 1 instrumento en 10 minutos.

Responsabilidad de los participantes: Dar información veraz durante el diligenciamiento de los instrumentos y el desarrollo de las actividades.

Se garantiza que: Su participación en la investigación será voluntaria y puede desistir del estudio en el momento en el cual lo desee, su participación o no, será respetada y no afectará de manera negativa la atención que reciben usted y su familiar durante la hospitalización, la información suministrada y la identidad de los participantes será estrictamente confidencial y los riesgos que puede tener durante su participación son mínimos.

Beneficios de los participantes: Tendrán conocimiento sobre la presencia o no de sobrecarga en su vida personal y conocerán estrategias para prevenir o mejorar la sobrecarga contribuyendo así con su bienestar.

Riesgos de los participantes: Este estudio representa un riesgo mínimo para la vida, dignidad e integridad de los participantes debido a que se explorarán los sentimientos y comportamientos que presentan en su vida cotidiana asociados al cuidado que brinda al adulto mayor. Si durante el diligenciamiento de la escala o la realización de los talleres el participante experimenta sentimientos de angustia, ansiedad, estrés o tristeza, se debe informar la investigadora de manera oportuna para poder brindar el asesoramiento profesional pertinente.

Manejo de la información

La información obtenida durante el desarrollo de la intervención de enfermería a los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes será confidencial y para la publicación de los resultados no estarán presentes los datos personales de los participantes.

Contacto para preguntas sobre sus derechos: En caso de tener dudas o preguntas sobre la realización del estudio, o necesita hacer algún reclamo al respecto, o quiere tener más conocimiento sobre sus derechos como participante, puede dirigirse a la investigadora:

Contacto: Camila Andrea Cárdenas Martínez **Teléfono:** 3007330938

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ doy mi consentimiento de manera voluntaria para ser parte de esta investigación, después de haber leído este documento y haber tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas y soy consciente de que puedo retirarme en el momento que considere necesario.

Firma: _____

Identificación: _____

Testigo 1: _____ Identificación: _____

Relación con el participante: _____

Testigo 2: _____ Identificación: _____

Relación con el participante: _____

He explicado al Sr(a) _____

El objetivo de la investigación y las actividades de las cuales hará partícipe, así mismo informé sobre los riesgos y beneficios del estudio y brindé información a las preguntas realizadas. Al finalizar la presentación del estudio y dar respuesta a las preguntas se continuó con la firma del presente documento.

Investigador _____ Identificación _____

Se firma en Neiva, Huila, el día _____ del mes de _____, del año _____.