

51

Fecha de presentación: julio, 2019
Fecha de aceptación: septiembre, 2019
Fecha de publicación: octubre, 2019

FACTORES QUE PREDOMINAN

SOBRECARGA EN EL CUIDADOR FORMAL E INFORMAL GERIÁTRICO CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

FACTORS THAT PREDOMINATE OVERLOAD IN FORMAL AND INFORMAL GERIATRIC CARERS WITH DEFICIT OF SELF-CARE

Lourdes Maribel Bello Carrasco¹

E-mail: lourdesbello2009@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6758-3405>

Génesis Andreina León Zambrano¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3629-0148>

María Isabel Covena Bravo¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3025-471X>

¹ Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Ecuador.

Cita sugerida (APA, sexta edición)

Bello Carrasco, L. M., León Zambrano, G. A., & Covena Bravo, M. I. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Universidad y Sociedad*, 11(5), 385-395. Recuperado de <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>

RESUMEN

La sobrecarga es un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades del cuidador el propósito del estudio fue determinar los factores que inciden en la sobrecarga del cuidador en adulto mayor con déficit de autocuidado el método utilizado fue tipo descriptivo, analítico de corte transversal, como técnicas de recolección de datos se aplicó encuestas de Zarit, El análisis de datos mediante SPSS23 y la interpretación con Rho Sperman, obteniendo como resultados una población de sexo femenino (17) 94.44%, masculino (1) con 5.56% en educación básica (7) 38.9%, secundaria (10) 55.6%, superior (1) 5.6%, el 100% son familiares madres e hijas las cuidoras de los adultos mayores, salario el básico con (7) 38.88%, menos del básico (10) 55.56%, mayor del básico (1) 5.56% , las horas dedicadas 24 horas con 55.56%, de 8 a 12 horas con 33.33%, 4 a 8 horas 11.11% capacitaciones el algunas veces 16.67% rara vez 38.89% nunca el 44.44% se encontró síndrome de sobrecarga moderada un 61.10%, Sobrecarga intensa 38,9% Existió asociación estadísticamente significativa fue de ($p < 0.01$) . Por tanto, en la sobrecarga de los cuidadores intervienen factores biológicos influye hecho de ser mujer madre e hija, psicológicos estado emocional, económico repercute el hecho del poco salario para la carga para la responsabilidad y horas de trabajo, sociales falta de recreación estos hallazgos dieron la pauta para crear estrategias educativas a si minimizar la sobrecarga del cuidador.

Palabras clave: Cuidadores, gerontología, sobrecarga, atención primaria.

ABSTRACT

The overload is a state of emotional exhaustion, stress and fatigue, which directly affects the activities of the caregiver. The purpose of the study was to determine the factors that affect the overload of the caregiver in the elderly with self-care deficit. The method used was a descriptive, analytical type cross-section, as data collection techniques, Zarit surveys were applied, Data analysis using SPSS23 and interpretation with Rho Sperman, obtaining as a result a female population (17) 94.44%, male (1) with 5.56% in basic education (7) 38.9%, secondary (10) 55.6%, higher (1) 5.6%, 100% are family mothers and daughters, the caregivers of the elderly, salary the basic with (7) 38.88 %, less than basic (10) 55.56%, higher than basic (1) 5.56%, hours dedicated 24 hours with 55.56%, from 8 to 12 hours with 33.33%, 4 to 8 hours 11.11% training on some times 16.67% rarely 38.89% never 44.44% was found Moderate overload 61.10%, Intense overload 38.9%. There was a statistically significant association was $p = < 0.01$. Therefore, the overload of the caregivers involved biological factors influences the fact of being mother and daughter, psychological emotional state, economic repercussions the fact of the low salary for the burden of the responsibility and work hours, social lack of recreation these findings gave the guideline to create educational strategies to minimize caregiver overload.

Keywords: Caregivers, gerontology, overload, primary care.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud refleja que en España existen 50,8 enfermeras por cada 10.000 habitantes. Otros países como Australia, Finlandia, Alemania o Japón- tienen el doble. Con todo, el número de enfermeras en otros países es muchísimo más bajo: en Bangladesh sólo hay 2,2 enfermeras por cada 10.000 personas; en Somalia sólo 1,1. Sin embargo, hay que tener cierta cautela al interpretar esas cifras porque la fiabilidad de los datos ha sido cuestionada en varios países (Tobar, 2014).

En América Latina y el Caribe la cantidad de personas de 60 años o más que viven aumentará a 100 millones en el 2025 y 2000 millones en el 2050, 22% de los habitantes del planeta. El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo e irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Este fenómeno demográfico, implica un grave problema de salud pública.

El envejecimiento de la población adquiere una importancia cada vez mayor en las políticas públicas. Para 2025, más de la mitad de los países latinoamericanos tendrán al menos 10% de población anciana.¹ En países desarrollados, las mejoras en términos de nutrición han aumentado la expectativa de vida de 49.24 años, en 1900, a 77.3 años, en 2002. Para 2030, se espera que 20% de la población tenga más de 65 años (Bravo, et al., 2015). Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (2016), en el 2015 se reportaron, 16.931 enfermeras.

Un cuidador se define como la persona responsable de cuidar a una persona enferma o dependiente, lo que facilita el desempeño de sus actividades diarias, como la alimentación, la higiene personal, el suministro de medicamentos de rutina y el acompañamiento a los servicios de salud, o la realización de otras actividades. Cosas requeridas en su vida diaria (Andreotti Diniz, et al., 2018).

El envejecimiento creciente de la población es un hecho demográfico que se pone de manifiesto en estudios estadísticos y epidemiológicos, pero que además se percibe a simple vista cuando se recorre un país, sobre todo si éste es uno de los considerados desarrollados. En este sentido, durante los últimos años, ha tenido lugar un vertiginoso aumento del número de personas mayores de 65 años, y en particular, de las mayores de 80.

Los problemas de salud asociados con el envejecimiento representan una parte importante de la carga mundial de la enfermedad. Si bien las condiciones crónicas contribuyen principalmente a la mortalidad en esta población, gran parte de la carga de los años vividos con

discapacidad proviene de la demencia y los problemas de conducta relacionados. Entre los cuidadores informales (IC) de adultos mayores con problemas de salud como la demencia, las consecuencias adversas de las demandas de atención constante son numerosas. A su vez, es más probable que estas experiencias de los cuidadores se asocien con la salud emocional y física de los adultos mayores a su cuidado y son factores predictivos importantes de su institucionalización y una mayor utilización del servicio.

El paciente geriátrico tiene generalmente alguna alteración que limita su capacidad tanto para realizar sus actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, llevándolo por diferentes motivos a depender de otras personas, un cuidador, el que se convierte, en nexo primordial entre los profesionales de salud y el paciente. El cuidador es un elemento fundamental en la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación del adulto mayor (Romero, 2014).

El cuidado de un anciano enfermo necesita de la dedicación de algún familiar cercano y casi siempre recae en una sola persona (el cuidador). A este cuidador puede afectársele considerablemente su salud, debido a la sobrecarga emocional, física y hasta económica que requiere ese anciano enfermo (Pérez Rodríguez, García Zacarías & Martínez Badaló, 2017).

Así mismo los cuidadores de personas con demencia se enfrentan al doble desafío de tener que ayudar con (ADL) actividades de la vida diaria. Existe una extensa literatura que describe el estrés diario y acumulativo, la tensión física y la carga mental que enfrentan los cuidadores debido a estos desafíos (Braungart Fauth, Femia & Zarit, 2016). A medida que la población de adultos mayores en los Estados Unidos crece en número, también aumentará la necesidad de cuidadores familiares.

El cuidado familiar se define tradicionalmente como brindar asistencia a un ser querido con discapacidad física o psicológica. El cuidado de los adultos mayores dependientes puede conllevar aspectos negativos para el familiar, como cambios en el estado físico y emocional, desequilibrio entre la actividad y el descanso, así como la capacidad de afrontamiento individual comprometida.

El proceso de cuidar Generalmente identificamos al cuidador familiar con mujeres ya que son estas las que soportan mayores cargas y tienen más asumido el cuidado de la salud como una responsabilidad exclusivamente suya. El perfil del cuidador es de una mujer de 57 años, ama de casa, hija de la persona dependiente, con estudios primarios, que convive con el paciente más de seis meses al año y dedica a cuidar más de tres horas al día o

bien lo percibe como más de 20 horas al día. Compagina las labores de cuidador con otras tareas (en el hogar o trabajo fuera del domicilio). Solo una minoría recibe ayuda de tipo institucional. El apoyo más frecuente que reciben los familiares proviene de otros familiares, generalmente también mujeres (hermanas). La duración de los cuidados tiene una media de cinco años (Tirado Pedregosa, López-Saez López Teruel, Capilla Díaz, Correa Brenes & Geidel Domínguez, 2011).

La carga de los cuidadores, por lo tanto, se considera "una reacción bio-psicosocial multidimensional" que resulta de un desequilibrio de las demandas de atención, en relación con el tiempo personal, social, roles, estados físicos y emocionales de los cuidadores, recursos financieros y recursos de atención formal dados los otros múltiples roles que desempeñan. Cumplir. Actualmente se está produciendo un cambio en los modelos familiares de cuidado, dado por los perfiles epidemiológicos actuales, en el que las enfermedades que ayer eran conceptualizadas como agudas y de muerte inminente, hoy son crónicas y de cuestionable calidad de vida y con ello surge un proceso de cuidado ampliado al hogar, a la familia y a un cuidador del mismo núcleo (Prieto Miranda, Arias Ponce, Villanueva Muñoz & Jiménez-Bernardino, 2015).

Otros estudios han demostrado que los cuidadores informales, por lo general miembros de la familia o amigos, brindan atención a pacientes con cáncer avanzados. Desempeñan un papel esencial, generalmente no remunerado, en el cuidado de pacientes con cáncer. La carga que experimentan es comúnmente percibida como factores de estrés crónicos y, a menudo, experimentan efectos psicológicos, de comportamiento, económicos y fisiológicos negativos en su vida diaria y su salud. También se ven afectados por otros factores estresantes, como los cambios en los roles y el empleo y las interrupciones en los horarios (por ejemplo, visitas frecuentes a la clínica). Los cuidadores pueden sufrir déficits sociales y económicos, como la interrupción del estilo de vida, menos socialización y mayor desembolso y pérdida de costos de productividad.

En algunas instituciones reciben el nombre de "familiar acompañante", y en este estudio se denominará "cuidador", definido como "persona, familiar, cónyuge, amigo o vecino que proporciona apoyo y cuidado al paciente hospitalizado (Cardona, Segura, Berberí & Agudelo, 2013).

La sobrecarga del cuidador es un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades del diario vivir; relaciones sociales, libertad y equilibrio mental; es el grado en el cual percibe la influencia negativa del cuidado, en diferentes aspectos en su vida como en la salud mental y física, la interacción social y su economía (Torres Avendaño, Agudelo Cifuentes, Pulgarin Torres & Berbesi-Fernández, 2018).

Con el enfoque en la rehabilitación y la administración de la atención en el entorno adecuado, como la comunidad, el rol y el proceso de cuidar a los adultos mayores a menudo surge de manera natural entre las familias. Si bien los beneficios del cuidado informal activo resultan en un mejor manejo del paciente y una menor utilización de recursos para los sistemas de salud, el costo personal para el cuidador familiar puede ser considerable. Como resultado, los cuidadores informales de adultos mayores a menudo experimentan una carga de atención significativa a largo plazo (Vaingankar, et al., 2016).

Para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, es decir la carga del cuidador, existen diversas pruebas, una de las más utilizadas es la Zarit Burden Interview, que considera factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar. El cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia que en muchas ocasiones actúan como jueces, la reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar el Síndrome del Cuidador (Flores, Rivas & Seguel, 2012).

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio fue descriptivo, analítico de corte transversal ya que se permite analizar y detallar el elemento estudiado con sus componentes, es decir se estudió a las personas con una variable de interés como por ejemplo la sobrecarga del cuidador, forma individual, como técnica de recolección de datos se utilizó Encuesta de Zarit, t encuestas realizadas por los investigadores para analizar los factores que influyen en el objeto de estudio y luego integrarlas para estudiarlas de manera holística e integral., se utiliza razonamiento para obtener conclusiones.

La investigación se realizó en el Centros ambulatorio público y privado Que ofrecen atención integral, desempeñando funciones de protección, promoción, atención preventiva y de morbilidad, dentro de la capacidad resolutive de la unidad operativa, La Población fue de 60 cuidadores de los cuales 18 poseían sobrecarga Se manejó criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Sexo, Edad de Cuidadores.

Edad		2.-Sexo.		Total	
		Masculino	Femenino		
35	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
41	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
46	Recuento	0	2	2	
	% del total	0,0%	11,1%	11,1%	
47	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
49	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
52	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
53	Recuento	0	2	2	
	% del total	0,0%	11,1%	11,1%	
54	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
59	Recuento	0	2	2	
	% del total	0,0%	11,1%	11,1%	
60	Recuento	1	0	1	
	% del total	5,6%	0,0%	5,6%	
61	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
63	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
64	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
65	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
67	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%	
Total		Recuento	1	17	18
		% del total	5,6%	94,4%	100,0%

Se puede apreciar una población de sexo femenino (17) 94.44%, masculino (1) con 5.56%. Es decir, existen cuidadores en su mayoría de sexo femenino.

Tabla 2. Nivel de Educación de Cuidadores.

Edad		2.-Nivel de educación.			Total	
		Básica	Secundaria	Profesión		
35	Recuento	0	1	0	1	
	% del total	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%	
41	Recuento	0	1	0	1	
	% del total	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%	
46	Recuento	1	1	0	2	
	% del total	5,6%	5,6%	0,0%	11,1%	
47	Recuento	0	1	0	1	
	% del total	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%	
49	Recuento	1	0	0	1	
	% del total	5,6%	0,0%	0,0%	5,6%	
52	Recuento	0	1	0	1	
	% del total	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%	
53	Recuento	0	2	0	2	
	% del total	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%	
54	Recuento	0	1	0	1	
	% del total	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%	
59	Recuento	2	0	0	2	
	% del total	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%	
60	Recuento	1	0	0	1	
	% del total	5,6%	0,0%	0,0%	5,6%	
61	Recuento	0	1	0	1	
	% del total	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%	
63	Recuento	0	0	1	1	
	% del total	0,0%	0,0%	5,6%	5,6%	
64	Recuento	1	0	0	1	
	% del total	5,6%	0,0%	0,0%	5,6%	
65	Recuento	0	1	0	1	
	% del total	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%	
67	Recuento	1	0	0	1	
	% del total	5,6%	0,0%	0,0%	5,6%	
Total		Recuento	7	10	1	18
		% del total	38,9%	55,6%	5,6%	100,0%

Se observa la educación que presenta cada cuidador educación básica (7) 38.9%, secundaria (10) 55.6%, superior (1) 5.6%, Por tanto, podemos decir que no existe en este grupo cuidadores formales sino informales en su mayoría (Tabla 2).

Tabla 3. Salario.

Sexo. Básico \$394.00	¿Cuál es su salario?			Total
	Menos del básico \$394.00	Mayor del básico \$394.00		
Masculino	1	0	0	1
Femenino	6	10	1	17
	7	10	1	18

En el nivel de salario el básico con (7) 38.88%, menos del básico (10) 55,56%, mayor del básico (1) 5.56% no son bien remunerados (Tabla 3).

Tabla 4. Horas de trabajo.

Sexo 4 a 8 horas diarias	¿Horas dedicadas al paciente?			Total
	8 a 12 horas diarias	24 horas diarias		
Masculino	1	0	0	1
Femenino	1	6	10	17
	2	6	10	18

En horas dedicadas 24h (10) con 55.56%, de 8 a 12h (6) con 33,33% 4 a 8 (2) horas 11.11% se observa que existe sobrecarga de horas (Tabla 4).

Tabla 5. Capacitación.

Sexo Algunas veces	¿Ha recibido capacitación			Total
	Rara vez	Nunca		
Masculino	0	1	0	1
Femenino	3	6	8	17
	3	7	8	18

Capacitaciones el algunas veces 16,67% rara vez 38.89% nunca el 44,44% (Tabla 5).

Tabla 6. Sobrecarga.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sobrecarga moderada	11	61,1%	61,1%	61,1%
	Sobrecarga intensa	7	38,9%	38,9%	100,0%
	Total	18	100,0	100,0	

De un total de 60 cuidadores 18 poseen algún tipo de sobrecarga clasificadas en Sobrecarga moderada (11) 61.10%, Sobrecarga intensa (7) 38,9% (Tabla 6 y 7).

Tabla 7. Correlación Rho Spearman.

Factor Biológico

Correlaciones									
			Edad	6.-¿Ha sentido alguna vez irritabilidad?.	7.-Número de hijos del cuidador.	8.-¿Padece usted de algún problema de salud?.	9.-¿Con que frecuencia acude al médico?.	10.-¿Usted recibe algún tratamiento farmacológico?.	11.-¿Dejo de forzar la alimentación ya pasa a distraer al paciente durante la jornada laboral?.
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	-,275	,326	-,102	-,356	,066	,094
		Sig. (bilateral)	.	,269	,187	,686	,147	,795	,712
		N	18	18	18	18	18	18	18
	6.-¿Ha sentido alguna vez irritabilidad?.	Coeficiente de correlación	-,275	1,000	-,288	,175	,407	,014	-,150
		Sig. (bilateral)	,269	.	,247	,486	,094	,956	,551
		N	18	18	18	18	18	18	18
	7.-Número de hijos del cuidador.	Coeficiente de correlación	,326	-,288	1,000	,178	-,112	,218	,171
		Sig. (bilateral)	,187	,247	.	,479	,657	,384	,497
		N	18	18	18	18	18	18	18
	8.-¿Padece usted de algún problema de salud?.	Coeficiente de correlación	-,102	,175	,178	1,000	,181	,443	-,086
		Sig. (bilateral)	,686	,486	,479	.	,472	,065	,735
		N	18	18	18	18	18	18	18
	9.-¿Con que frecuencia acude al médico?.	Coeficiente de correlación	-,356	,407	-,112	,181	1,000	,619**	,273
		Sig. (bilateral)	,147	,094	,657	,472	.	,006	,273
		N	18	18	18	18	18	18	18
	10.-¿Usted recibe algún tratamiento farmacológico?.	Coeficiente de correlación	,066	,014	,218	,443	,619**	1,000	,304
		Sig. (bilateral)	,795	,956	,384	,065	,006	.	,220
		N	18	18	18	18	18	18	18
	11.-¿Dejo de forzar la alimentación ya pasa a distraer al paciente durante la jornada laboral?.	Coeficiente de correlación	,094	-,150	,171	-,086	,273	,304	1,000
		Sig. (bilateral)	,712	,551	,497	,735	,273	,220	.
		N	18	18	18	18	18	18	18

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) .

Factor Económico

Correlaciones						
			Edad	12.-Situación laboral.	13.-Ingreso económico	14.-Horas dedicadas al paciente.
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	,385	-,239	-,144
		Sig. (bilateral)	.	,114	,340	,569
		N	18	18	18	18
	12.-Situación laboral.	Coeficiente de correlación	,385	1,000	-,301	-,667**
		Sig. (bilateral)	,114	.	,225	,003
		N	18	18	18	18
	13.-Ingreso económico	Coeficiente de correlación	-,239	-,301	1,000	,121
		Sig. (bilateral)	,340	,225	.	,631
		N	18	18	18	18
	14.-Horas dedicadas al paciente.	Coeficiente de correlación	-,144	-,667**	,121	1,000
		Sig. (bilateral)	,569	,003	,631	.
		N	18	18	18	18

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) .

Factor Cognitivo

Correlaciones					
			Edad	15.-¿Usted recibe capacitaciones sobre el cuidado del paciente?.	16.-Usted se considera capaz de cuidar al paciente de manera.
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	-,188	,156
		Sig. (bilateral)	.	,456	,537
		N	18	18	18
	15.-¿Usted recibe capacitaciones sobre el cuidado del paciente?.	Coeficiente de correlación	-,188	1,000	-,324
		Sig. (bilateral)	,456	.	,190
		N	18	18	18
	16.-Usted se considera capaz de cuidar al paciente de manera.	Coeficiente de correlación	,156	-,324	1,000
		Sig. (bilateral)	,537	,190	.
		N	18	18	18

Factor Social
Correlaciones

		Rho de Spearman											
		18.-Parentesco con el paciente.			17.-¿El paciente se comunica con usted?.			Edad					
		Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N
	Edad	,016	,951	17	,423	,080	18	1,000		18	,423		18
	17.-¿El paciente se comunica con usted?.	,175	,503	17	1,000		18	,175		18	,423		18
	18.-Parentesco con el paciente.	1,000		17	-,175	,503	17	-,175		17	-,016	,951	17
	19.-Vive con el paciente.	,000	1,000	17	,079	,754	18	,079		18	,271		18
	20.-Número de personas que viven con el paciente (sin incluir al paciente) .	,023	,930	17	,134	,597	18	,134		18	,035		18
	21.-Número de personas que ayudan a cuidar al paciente.	-,190	,466	17	,153	,544	18	,153		18	,441		18
	22.-Personas que le ayudan en el rol de cuidador.	,163	,532	17	-,129	,610	18	-,129		18	-,305		18
	23.-Tiempo que lleva de cuidador.	-,244	,346	17	-,060	,812	18	-,060		18	,247		18
	24.-Posee actividad recreativa.	,000	1,000	17	-,092	,716	18	-,092		18	-,455		18
	25.-¿Que medios utiliza para su recreación?.	-,230	,375	17	,197	,433	18	,197		18	-,437		18
	26.-La infraestructura del área que se encuentra el paciente a su cuidado es:	-,351	,168	17	,612**	,007	18	,612**		18	,304		18

	19.-Vive con el paciente.	Coeficiente de correlación	,271	,079	,000	1,000	,382	,193	-,275	,206	-,862**	,100	-,130
		Sig. (bilateral)	,277	,754	1,000	.	,117	,444	,269	,412	,000	,692	,608
		N	18	18	17	18	18	18	18	18	18	18	18
	20.-Numero de personas que viven con el paciente (sin incluir al paciente) .	Coeficiente de correlación	,035	,134	,023	,382	1,000	,326	-,443	-,102	-,416	,230	-,263
		Sig. (bilateral)	,891	,597	,930	,117	.	,186	,066	,688	,086	,358	,291
		N	18	18	17	18	18	18	18	18	18	18	18
	21.-Numero de personas que ayudan a cuidar al paciente.	Coeficiente de correlación	,441	,153	-,190	,193	,326	1,000	-,780**	,159	-,383	,119	-,250
		Sig. (bilateral)	,067	,544	,466	,444	,186	.	,000	,529	,116	,638	,317
		N	18	18	17	18	18	18	18	18	18	18	18
	22.-Personas que le ayudan en el rol de cuidador.	Coeficiente de correlación	-,305	-,129	,163	-,275	-,443	-,780**	1,000	-,083	,377	-,390	,210
		Sig. (bilateral)	,218	,610	,532	,269	,066	,000	.	,745	,123	,110	,402
		N	18	18	17	18	18	18	18	18	18	18	18

	23.-Tiempo que lleva de cuidador.	Coeficiente de correlación	,247	-,060	-,244	,206	-,102	,159	-,083	1,000	-,203	-,429	-,211
		Sig. (bilateral)	,324	,812	,346	,412	,688	,529	,745	.	,418	,076	,402
		N	18	18	17	18	18	18	18	18	18	18	18
	24.-Posee actividad recreativa.	Coeficiente de correlación	-,455	-,092	,000	-,862**	-,416	-,383	,377	-,203	1,000	-,066	,150
		Sig. (bilateral)	,058	,716	1,000	,000	,086	,116	,123	,418	.	,793	,551
		N	18	18	17	18	18	18	18	18	18	18	18
	25.-¿Que medios utiliza para su recreación?.	Coeficiente de correlación	-,437	,197	-,230	,100	,230	,119	-,390	-,429	-,066	1,000	-,052
		Sig. (bilateral)	,070	,433	,375	,692	,358	,638	,110	,076	,793	.	,838
		N	18	18	17	18	18	18	18	18	18	18	18
	26.-La infraestructura del area que se encuentra el paciente a su cuidado es:	Coeficiente de correlación	,304	,612**	-,351	-,130	-,263	-,250	,210	-,211	,150	-,052	1,000
		Sig. (bilateral)	,219	,007	,168	,608	,291	,317	,402	,402	,551	,838	.
		N	18	18	17	18	18	18	18	18	18	18	18

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CONCLUSIONES

El estudio permitió clarificar la situación actual de cuidadores enfocados a detectar el síndrome del cuidador a quienes dan atención a los grupos gerontológicos con déficit de autocuidado.

Se pudo determinar que el existió tuvo asociación estadísticamente significativa fue de $p < 0.01$. en el factor económico, social, cognitivo, biológico por tanto se concluye que la sobrecarga de los cuidadores intervienen entre el factores biológico; influye hecho de ser mujer madre e hija y cuidadora a vez, psicológicos estado emocional debido al compromiso que se tiene con el familiar dependiente, económico repercute el hecho del poco salario para la carga para la responsabilidad y horas de trabajo, sociales falta de recreación estos hallazgos dieron la pauta para crear estrategias educativas a si minimizar la sobrecarga del cuidador.

En nuestro estudio tuvimos una población de sexo femenino (17) 94.44%, masculino (1) con 5.56%, de ellos en educación básica (7) 38.9%, secundaria (10) 55,6%, superior (1) 5,6%, el 100% son familiares madres e hijas las cuidadoras de los adultos mayores, y en el nivel de salario el básico con (7) 38.88%, menos del básico (10) 55,56%, mayor del básico (2) 5.56%, las horas dedicadas 24 horas con 55.56%, de 8 a 12 horas con 33,33% 4 a 8 horas 11.11% capacitaciones el algunas veces 16,67% rara vez 38.89% nunca el 44,44% de ellos Sin Sobrecarga 70%, Sobrecarga moderada 18.3%, Sobrecarga intensa 11.7% Como el coeficiente de Rho de Sperman fue de $p < 0.01$ por tanto el nivel de significancia es menor a ($p = 0,05$) esto significa que existe relación entre los factores biológicos, psicológicos, económico y sociales, por tanto se asemejan a los estudios anteriores el cual nos guía para tomar decisiones apropiadas que contribuyan a minizar las sobrecarga en cuidadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreotti Diniz, M. Á. et al. (2018). Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciencia y Saude*, 23(1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103789&lng=en&nrm=iso&tling=en
- Braungart Fauth, E., Femia, E. E., & Zarit, S. H. (2016). Resistiveness to Care during Assistance with Activities of Daily Living in Non-institutionalized Persons with Dementia: Associations with Informal Caregivers' Stress and Well-being. *US National Library of medicine National Institutes of health*, 20(9), 888-889. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676740/>
- Bravo, L. E., et al. (2015). Sobrecarga del cuidador. *salud pública de méxico*, 57(3). Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v57n3/v57n3a6.pdf
- Cardona, D., Segura, A., Berberí, D., & Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Salud Pública*, 31(1), 30-39. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a04.pdf>
- Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador. (2016). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud*. Quito: INEC.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1). Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004
- Pérez Rodríguez, M., García Zacarías, J. J., & Martínez Badaló, E. J. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. *Gac Méd Espirit*, 19(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007
- Prieto Miranda, S. E., Arias Ponce, N., Villanueva Muñoz, E. Y., & Jiménez-Bernardino, C. A. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int*, 31, 660-668. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156d.pdf>
- Romero, Z. (2014). Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima,. *Rev Med Hered*, 24, 204-209. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n3/v24n3ao4.pdf>
- Tirado Pedregosa, G., López-Saez López Teruel, A., Capilla Díaz, C., Correa Brenes, A., & Geidel Domínguez, B. (2011). La Valoración en el Síndrome del cuidador. *Desarrollo Cientif Enferm*, 19(3). Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-102.pdf>
- Tobar, J. (2014). *El director general mundial de la enfermería reivindica el valor de la profesión*. Madrid: EFE.
- Torres Avendaño, B., Agudelo Cifuentes, M. C., · Pulgarin Torres, Á. M., & Berbesi-Fernández, D. Y. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Medellín*, 2017. *Univ. Salud.*, 20(3), 261-269. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n3/2389-7066-reus-20-03-00261.pdf>
- Vaingankar, J. A., et al. (2016). Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International Psychogeriatrics*, 22(6), 221-231. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720142/>