



VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

**1. INFORMACIÓN GENERAL GRUPO DE INVESTIGACIÓN AL CUAL ESTÁ
 ADSCRITO EL PROYECTO**

Facultad: Ciencias de la Salud		Programa Académico: Enfermería	
Nombre del Grupo: GRIEN			
Líder del grupo: Claudia Liliana Valencia Rico		Dedicación: TC: <input checked="" type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/>	
Código GrupLac:	Reconocido COLCIENCIAS: SI	Acuerdo Institucional	
	Escalafón: D	010 de julio 16 de 2007.	
Líneas de Investigación: 1. Cuidado de la Salud y la Vida Humana			
Investigadores		Dedicación	
Jorge Eliecer Rodríguez		Docente asesor tiempo completo	
Stefania Gonzalez Franco		Estudiante semillero	
Karen de la Pava Muñoz		Estudiante semillero	
Conformación y Trayectoria del Grupo de Investigación en el campo del proyecto.			
Grupo conformado en Noviembre de 2006 e institucionalizado el 16 de julio de 2007.			

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	
Título: “Carga del cuidado, en cuidadores principales de personas con enfermedad crónica en un programa de atención domiciliaria”	
Investigador Principal: Karen de la Pava Muñoz Stefania Gonzalez Franco	
Coinvestigador	Dedicación: TC: TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC: TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC: TP MT
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado: X Semillero: X
Asistente de Investigación	
Línea de Investigación: Cuidado de la salud y la vida humana	
Área de conocimiento a la que aplica: Enfermería	
Programa de Posgrado al que se articula:	
Lugar de Ejecución del Proyecto: Universidad Católica de Manizales Ciudad: Manizales Departamento: Caldas	
Duración del Proyecto (periodos académicos): 2	
Tipo de Proyecto: Inv. Básica: X Inv. Aplicada: Dilo Experimental o Tecnológico:	
Financiación Solicitada: Valor solicitado UCM: \$ 0 Valor Contrapartida: \$ 0 Valor Total: \$ 0	
<p>Gloria Mabel Carrillo Enfermera, Mg Enfermería, Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Email: gmcarrillog@unal.edu.co. Grupo de Cuidado al paciente crónico y la familia. Calle 44 N° 45-67 Bloque B2, Oficina 801. PBX 57(1) 3165000 ext.: 10340-10332-10326. Bogotá Colombia.</p> <p>Lorena Chaparro Díaz Enfermera, PhD Enfermería, Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia. Email: olchaparro@unal.edu.co. Grupo de cuidado al paciente crónico y la familia.</p> <p>Beatriz Sánchez Herrera Enfermera MScN, GNP. Profesora Titular Universidad Nacional de Colombia. Email: cbsanchezh@unal.edu.co. Grupo de cuidado al paciente crónico y la familia.</p>	

Tabla de contenido

1. Planteamiento del problema	4
2. Justificación	10
3. Objetivos	11
4. Antecedentes	12
5. Marco teórico	13
6. Metodología	18
7. Recolección de información	19
8. Resultados	20
9. Discusión	29
10. Conclusiones	31
11. Recomendaciones	32
12. Cronograma de actividades	33
13. Bibliografía	33

Tablas

Características sociodemográficas (1)	21
Horas de dedicación diarias (2)	22
Recibe apoyo (3)	22
Tiempo de dedicación (4)	23
Alfa de cronbach (5)	23
Respuesta de porcentaje mayor escala Zarit (6)	24
Saturación de componentes variables sociodemográficas (7)	25
Medidas simétricas años de dedicación (8)	27
Medidas simétricas horas de dedicación diarias, nivel de sobrecarga (9)	27
Medidas simétricas tiempo de dedicación, nivel de sobrecarga (10)	27
Análisis de correspondencia entre horas de dedicación diarias y nivel de sobrecarga (11)	28

Graficas

Cajas y bigotes escala Zarit (1)	24
Saturación de componentes variables sociodemográficas (2)	26
Horas de dedicación, nivel de sobrecarga (3)	28

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. PREGUNTAS DEL CONOCIMIENTO

La población colombiana paso de un total de 8.701.816 habitantes en 1938 a 30.062.200 en 1985 según los censos ajustados del DANE y está proyectado que para el año 2025 serían 54.280.617 habitantes, esto refleja un aumento exponencial de la población que se encuentra acompañado en mejoras en áreas de salud, seguridad, vivienda, todos estos cambios se reflejan en el aumento de la expectativa de vida de los colombianos (1). Así como la población ha aumentado a nivel nacional, el porcentaje de adultos mayores de 60 años paso de 8.9% al 10.05% en el periodo del 2005-2011, y se redujo la tasa de natalidad (1), esto se puede evidenciar al comparar las cifras estadísticas en donde se revela que este grupo poblacional se ha duplicado en el período de 1980 a 2012 y se espera que para el año 2050 se cuadripliquen las personas mayores de 80 años, y cerca del 80% de la población mundial se encontrará en países en vía de desarrollo.(2)

Dicha transición demográfica y el envejecimiento de la población se debe a múltiples causas por un lado el proceso de urbanización e industrialización de la economía, el aumento de la importancia del sector terciario o de servicios (agua potable, energía, salud, entre otros que ha llevado a que la mayor parte de la población tengan acceso a ellos (3), mayores índices de acceso a la educación, la aplicación de campañas gubernamentales encaminadas a disminuir la natalidad fomentando el uso generalizado de anticoncepción; (3) todo estos aspectos se pueden evidenciar en Colombia en donde se ha presentado una transición generacional, la figura política ha cambiado y la nación se ha vuelto más atractiva para inversión extranjera, los colombianos acceden cada vez más a programas de educación en el exterior, se presentó un cambio en el sistema de salud de la población aumentando su cobertura y calidad de la misma, así como las intervenciones que prolonga la vida; esto aumentó la expectativa de vida, e incidió en la natalidad favoreciendo el envejecimiento de la población.

Los cambios en las estructuras de la población favorece el incremento del grupo poblacional de los adultos mayores, Caldas y su capital no son ajenos a este fenómeno, y más aún porque de acuerdo a cifras del Ministerio de Salud y la Protección social, este es un departamento tiene una alta carga de población longeva, la ciudad de Manizales se encuentra en el segundo lugar con mejor

calidad de vida, por lo cual se convierte en un atractivo para que los adultos quieran permanecer en el fin de su vida. Para el año 2012 en Caldas la población era cercana a un millón de habitantes, de los cuales el 12% eran adultos mayores, demostrando estar por encima del promedio nacional (10%); esta población se concentra más en la capital, Manizales ya que del total de su población el 13,6% pertenecen a este grupo etario (1) y se tiene proyectado que para el 2020 tanto en Caldas como Manizales la población de adultos mayores de 60 años alcance el 20% del total de habitantes (4)

Ya que la población de adultos mayores vienen aumentando de manera exponencial, áreas de desempeño como la salud deben tener en cuenta que sus procesos se deben enfocar a los diferentes grupos etarios y los principales problemas que se presentan en cada uno de ellos, el crecimiento de la población de ancianos aumenta el número de individuos que experimentan situaciones de fragilidad física y emocional, habiendo mayor predisposición para condiciones patológicas, generalmente crónicas, que, si no son adecuadamente tratadas o controladas, pueden llevar a la pérdida de la autonomía y de la capacidad funcional.(5)

De acuerdo a lo anterior y al evaluar el perfil epidemiológico a nivel Nacional, Departamental y local, se puede apreciar que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente, en los adultos mayores de 60 años se han convertido en la principal causa de morbilidad y pérdida de la funcionalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el center for disease control (CDC), define como una ECNT, aquellas que no se transmiten de persona a persona, presentan larga duración clínica y generalmente evolucionan lentamente, (6) con períodos subclínicos, y sin resolución espontánea (7) en Colombia las ECNT son la principal causa de mortalidad en la población de adultos mayores, entre las principales etiologías se encuentran las de origen isquémico cardiaco, cáncer, enfermedades cerebrovasculares y degenerativas del sistema nervioso central en este grupo etario.

Teniendo presente la alta incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, y el envejecimiento de la población los departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda, Norte de Santander y Valle del Cauca, tienen un porcentaje mayor de concentración de población adulta y las tasas de morbimortalidad más alta por las enfermedades de origen cardiovascular. Se podría relacionar entonces que la presencia de la alta carga de adultos mayores genera que muchos de estos tengan una alta probabilidad de presentar enfermedades crónicas, estas al momento de ser diagnosticadas suponen un largo curso clínico, que pueden incluso deteriorar la independencia y funcionalidad, por tanto se genera la necesidad de

brindar cuidados especiales, estos cuidados implican la vinculación de un cuidador, que en la mayoría de las situaciones, será ofrecido por los familiares. (8)

La mayor parte de las personas con ECNT son cuidadas por sus familias y sus cuidadores familiares, es decir a una persona con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de ECNT (9), el cuidado se genera ya que la persona que padece la enfermedad vive con una enfermedad crónica discapacitante se refiere la experiencia de padecer un trastorno orgánico y funcional que provoca alteraciones en las funciones y/o estructuras corporales y algún grado de limitación en la actividad. (10)

De acuerdo a lo anterior es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sin número de cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores. Nuestro sistema de salud se encuentra enfocado en una atención hacia la persona que padece la enfermedad desconociendo el contexto familiar y de apoyo social, la educación sobre la enfermedad y sus cuidados se encuentra encaminada al paciente excluyendo su cuidador. (11)

Se entiende como cuidador aquella persona que asiste o cuida a otra afectada por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. Como se mencionó anteriormente los cuidadores de pacientes son en su gran mayoría familiares, entiéndase como cuidador familiar a la persona con lazos de consanguinidad o no, quien asume el papel y o/tarea de cuidar a la persona que necesitan, parcial o totalmente, del auxilio de otra persona para desempeñar sus tareas cotidianas (12); de esta manera cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar del enfermo hay un cuidador principal que asume las tareas básicas de cuidado, con las responsabilidades que esto acarrea frente al enfermo, (13) y su círculo familiar. Esta persona se caracteriza por:

- El cuidador principal es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- Generalmente no es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.
- Es la persona que generalmente en período de tiempo ha realizado tareas de cuidado durante un período mínimo de 6 semanas a 3 meses. (14)

De esta manera los cambios que debe afrontar el grupo familiar frente al cuidado de uno de los miembros de su círculo familiar los llevan a poner a prueba sus recursos

de cohesión, afrontamiento y adaptación, frente a este nuevo evento; normas y valores individuales, conocimiento de cuidado, relaciones interpersonales con la persona que necesita de cuidado y los otros integrantes de la familiar. (15) Lo anterior lleva a que el grupo familiar en su conjunto sufra cambios en su dinámica y funcionamiento, aún más si la persona enferma presenta una pérdida de autonomía para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y necesita del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. (10)

Como se ha descrito hasta el momento el cuidador familiar es aquella persona que asumió la responsabilidad de cuidar bien sea por voluntad propia, por decisión del grupo o por conceptos individuales que llevaron a que esta persona sea la más apta, sin embargo esta persona requiere habilidad para dar un cuidado competente, pero se ha encontrado que en muchos casos los cuidadores familiares carecen de la habilidad requerida, es decir no tienen el conocimiento de cómo cuidar y a pesar de ello deben asumir la responsabilidad. (16) Este desconocimiento puede ser secundario al modelo de salud centrado en el paciente que excluye al grupo familiar a quien se le debe integrar y dar las recomendaciones claras del cuidado en casa propio de las diferentes patologías.

El desconocimiento de los cuidados a realizar con el familiar que se encuentra a cargo de su cuidado acarrea factores que generan estrés, esto asociado a sentimientos de que su vida ha cambiado desfavorablemente a partir del cuidado del anciano, es resumida en el concepto de "carga". (17)

La carga del cuidador se conoce como la experiencia subjetiva que expresa la persona que cuida de las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas. La carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado. En otras palabras el concepto de carga se ha traducido libremente como "estar quemado" e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. (17)

Las potenciales causas de la carga del cuidador se pueden deber a múltiples factores como pueden ser; interiorizar la experiencia del cuidar, que en la mayoría de los casos se torna prolongada y exige una reorganización del cuidador en su vida personal, social y laboral, de acuerdo a las funciones de las tareas que implica cuidar. También influyen los recursos económicos con los que se dispone, el grado de solidaridad del grupo familiar, el apoyo institucional, los cambios de roles entre los familiares, entre otros.

Es por ello que los cuidadores pueden iniciar con la presencia de síntomas patológicos asociados a su oficio, como son; estrés con sensación subjetiva de amenaza, presión, cansancio físico, agotamiento, malestar general, susceptibilidad

emocional, sentimientos de rabia e impotencia. Ansiedad manifestada por nerviosismo, inquietud impaciencia, cansancio fácil, dificultad para la concentración, irritabilidad, tensión muscular, temblor, cefalea, alteraciones en el sueño, sudoración, palpitaciones taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de la boca, mareos e hiperventilación. Dentro de estos trastornos de ansiedad también se pueden presentar el pánico, las fobias, trastorno obsesivo compulsivo, entre otros. Por ultimo también se pueden presentar la depresión manifestada por tristeza, alteraciones del humor, fatiga, insomnio, pensamientos negativos, disminución de la actividad vital, falta de concentración y dolor.

La carga del cuidador se puede evaluar de acuerdo a tres factores: el impacto del cuidado, en el cual se evalúan las características relacionadas con las actividades de prestación del cuidado, como son la falta de tiempo libre, la falta de intimidad, el deterioro de la vida social, entre otras; el factor interpersonal, que está representado por los elementos referidos a la relación del cuidador con la persona cuidada, y las expectativas de autoeficacia, que reflejan las creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, la falta de recursos económicos o la expectativa de no poder continuar cuidándolo por mucho más tiempo. (18)

Existen cuatro fases en la carga del cuidador, la primera fase o de estrés laboral, también llamada fase de alarma se caracteriza porque el cuidador expresa no tener tiempo libre para sí, ya que viven para y por la persona que cuidan, tratando de demostrar a si mismo que pueden con todo. La segunda fase de resistencia demuestra los trastornos emocionales y psicosomáticos, derivados en la sensación de falta de apoyo y comprensión por parte de los demás, lo cual se evidencia a través de la impotencia en el cuidador con sensaciones de minusvalía; la tercer fase es una inadecuación personal consecuencias a nivel físico y psíquico demostrada por la fatiga constante, enfermedad acido péptica, sentimientos de culpa, entre otros. Por último se presenta el vacío personal o de agotamiento manifestados por fatiga extrema, preocupación excesiva, incapacidad para tomar decisiones, bloqueos mentales, confusión, desconcentración, mal humor, hipersensibilidad ante las críticas. (19)

Para reconocer a un cuidador que presenta una alta carga de cuidado se puede tener en cuenta, la presencia de las siguientes características, existe perdida de la paciencia o irritabilidad con la persona que cuida con facilidad, dificultad para conciliar el sueño, ausencia de períodos de descanso de su rol de cuidador, existe ansiedad, ansiedad, angustia, depresión e ideas suicidas, alteraciones del apetito, aumento del consumo de alcohol, tendencia a identificarse con todo lo peor, aislamiento progresivo de los demás, descuido del aspecto personal. (20)

Teniendo en cuenta que el rol de cuidador va a ser asumido por un integrante de la familia y que esta persona que cuida dependiente de variables individuales y colectivas, puede generar estrés, que incluso representa dificultad para su vida, es llamativo, que estos cuidadores sean menores o de la misma edad de la persona con ECNT en el 67% de los casos. Esta característica afectan de manera importante la capacidad del cuidador familiar para asumir su responsabilidad, (21) ya que pasan a asumir la tarea de cuidar de los padres o cónyuges más ancianos además de las responsabilidades de la casa y familia que ya desempeñan.(12)

La literatura afirma que las relaciones familiares son relevantes en el sentido de abarcar relaciones de reciprocidad, afecto, gratitud, pero también rabia y resentimiento, (12) así el sentido de cuidar como parte de la obligación familiar, parece atenuar el desgaste provocado por la tarea de cuidar. En diferentes estudios se han encontrado que el grupo de cuidadores familiares son en su mayoría mujeres (18) (11) con un porcentaje mayor al 50%, estas se encuentran en edad productiva; 29% menores de 18 o mayores de 60 años, 67% menores o de la misma edad de la persona enferma; con elevado nivel de analfabetismo; 62% no finalizaron la educación primaria; 98% pertenece al estrato socioeconómico más bajo; 57% del grupo se dedicaba a las labores del hogar y 13% cumplía actividades de cuidado mientras estudiaba; los cuidadores no tenían experiencia previa y no contaban con conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo (11).

Al evaluar las características de los cuidadores podemos inducir que generalmente las mujeres toman el rol de cuidador debido a que vistas por su género como cuidadoras innatas y la sociedad machista las rotula como tal, esto conlleva una sobrecarga de cuidado inicial ya que las labores en el hogar no son suplidas por otra persona, de entrada ya tenemos una sobrecarga, ahora bien el nivel educativo, influye de manera particular en la comprensión de las actividades que se deben desarrollar para brindar cuidado y de la facilidad para afrontar las situaciones de estrés que conlleva el cuidado.

Esto se puede evidenciar a través de la identificación del nivel de percepción de sobrecarga el cual se ha reportado entre el 47% y en el 71% de los cuidadores. Ya que las mujeres son en mayoría cuidadores presentan sobrecarga en alrededor del 90 %, las mujeres cuidadoras presentan casi dos veces más sobrecarga que los hombres cuidadores, hecho que sugiere modelos diferentes de adopción del rol de cuidador entre hombres y mujeres (18)

El porcentaje de sobrecarga más elevado se ha observado en los que cuidan a pacientes por más de 12 horas diarias (63,6 %), lo que confirma que la sobrecarga aumenta con el incremento en las horas de cuidado, (18) de la misma manera que en las personas que cuidaban a personas con un grado de dependencia en las

actividades básicas cotidianas (8).

Esta sobrecarga hace que el cuidador presente mayor proporción de depresión en 81.3%, ansiedad 85.2% y una mayor proporción de disfunción familiar severa y habían presentado enfermedades previas en comparación con los no cuidadores 63.7% de los no cuidadores. (22)

Ante el desconocimiento de la situación de los familiares cuidadores de pacientes en estado crónico en una IPS de la ciudad de Manizales nos hacemos la pregunta

¿Cuál es el nivel de carga del cuidado, en cuidadores principales de personas con enfermedad crónica en un programa de atención domiciliar de Manizales?

2. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento progresivo de la población, la alta carga de morbilidades, las secuelas y complicaciones que agobian a la población mundial, departamental y municipal se ha presentado por el aumento de la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Esta incidencia de enfermedades, en una sociedad familiar que tiene unos vínculos y relaciones estrechas, lleva a que personas al interior del grupo tomen el rol de cuidador, estas personas no reciben ayuda en muchas ocasiones y tienen una deficiencias de conocimientos que hacen que se presente la carga del cuidador y es por ello que de lejos nuestra región es una de las mejores opciones para desarrollar este tipo de estudios con el afán último de satisfacer las necesidades y evitar las consecuencias de dicho síndrome, además de extrapolar nuestros resultados a otras latitudes de la geografía colombiana y poder beneficiar con nuestras recomendaciones a todas y cada una de las personas que cumplen la bella labor de ser cuidadores.

Cuando alguien se enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar del enfermo hay un cuidador principal que asume las tareas básicas de cuidado, con las responsabilidades que esto acarrea. Este es percibido por los restantes miembros de las familias como el responsable de asumir el cuidado del enfermo. (11)

Es importante nombrar la importancia que tiene el identificar las diferentes causas de la carga del cuidado ya que esto de gran manera mejora el estado de salud no solo del paciente crónico, sino de la persona focal en este estudio, la cual es el cuidador familiar, aparte de la relevancia que tiene la educación que inicialmente debería recibir toda persona que acoja la función de cuidador, para así advertir la aparición de patologías prevenibles.

La afectación que experimenta el cuidador y el sentimiento de que su vida ha cambiado desfavorablemente a partir del cuidado del anciano, es resumida en el concepto de “carga”, la carga se ha convertido en un predictor de la calidad del cuidado que ofrece el familiar. Resulta necesario prevenir la carga, para lo que es imprescindible identificar los factores de riesgo que inciden en su aparición. Las variables que influyen en la carga del cuidador son múltiples y como ejemplo se puede nombrar la aparición de trastornos emocionales como depresión y ansiedad, la carga del cuidado se reconoce tanto en el cuidador principal como en el grupo familiar en la medida en que se identifica una alteración en la funcionalidad familiar e impacto en las esferas económicas, sociales y personales. (11)

En Colombia es necesario abordar el problema desde un punto de vista integral para revisar la carga del cuidado en la ECNT que considere de manera conjunta a los diferentes actores involucrados y afectados por la situación: personas que cursan con la enfermedad, cuidadores familiares, profesionales del área de la salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, entre otros. El alivio de la carga del cuidado de la ECNT a partir de medir el impacto y la efectividad de las intervenciones que se propongan, debe hacerse con base en indicadores que hayan sido mundialmente valorados pero que se ajusten al referente nacional y local, y que permitan construir y validar modelos de atención integral para responder a los retos del país.

Este proyecto tiene como objetivo identificar la carga de cuidado del cuidador familiar del paciente crónico de un programa de hospitalización en casa de la ciudad de Manizales para de esta manera brindar una opinión a la empresa sobre las posibles soluciones y aspectos a mejorar para disminuir la aparición de enfermedades en los cuidadores por la carga del cuidado.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

- ✓ Describir la carga de cuidado, del cuidador principal del paciente crónico de un programa de hospitalización en casa de la ciudad de Manizales en el primero y segundo periodo del 2015.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar el nivel de carga que presentan los principales cuidadores de pacientes crónicos.
- ✓ Determinar cuáles son los factores sociodemográficos y de cuidado que tienen mayor influencia en el nivel de carga de cuidado.

4. ANTECEDENTES

A nivel internacional podemos encontrar que en el país de Chile y Cuba se han realizado estudios relacionados con la carga del cuidado que experimenta el cuidador familiar y los resultados en su mayoría son similares, donde se llega a la conclusión de que la gran mayoría de cuidadores son mujeres en edad activa, que tienen como vínculo el ser madre, esposa o hija del paciente crónico y que no reciben ningún tipo de ayuda social en su labor como cuidador y de igual forma no se les da la educación necesaria para realizar las tareas requeridas. (23)

En un municipio del norte del estado de Paraná (Brasil), con 178 ancianos con incapacidad funcional y sus cuidadores, durante sept-oct 2013. Se realizó la siguiente investigación Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar.

Resultados

La mayoría de los cuidadores eran del sexo femenino, hijas, casadas, con promedio de edad de 56,7 años. La mayoría de los cuidadores relató sobrecarga moderada; los hombres presentaron mayores probabilidades de menor sobrecarga que las mujeres y cuanto más independiente el anciano, mayor es la probabilidad de menor sobrecarga del cuidador. (24)

Realizado en La Habana, durante el período 2003-2009. Título Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia.

Resultados: Los cuidadores eran mayormente hijas de edad mediana con afectaciones de salud, elevado consumo de fármacos y limitaciones económicas; no tenían experiencia previa y no contaban con conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo. (11)

Realizado en Chile Título Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa en 67 cuidadores familiares adscritos a Programas de Pacientes crónicos.

Resultados: Los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,6 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1 - 5 años cuidando, dedican 21 - 24 h diarias, sin actividad recreativa, sin ayuda de otras personas y reconocen el apoyo de Centros de Salud Comunitarios. Más de la mitad presentan sobrecarga intensa. (25)

A nivel nacional en la ciudad de Cartagena se realizó un estudio con un diseño descriptivo, cuantitativo de corte transversal, donde la participación de cuidadores familiares principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, de niños en situación de discapacidad física y cognoscitiva, enfermedad cerebrovascular y de personas que conviven con el virus del VIH-sida, Participaron un total de 294 personas cuidadoras, del total del grupo estudiado, el 87% correspondió al género femenino; el rango de edad del grupo general de cuidadores guardó proporciones similares en las edades mayor y menor de 35 años. En cuanto a la escolaridad de

los cuidadores, el 72% tenía bachillerato completo o incompleto y un 83% de ellos Pertenece al nivel socioeconómico bajo. Con respecto a la experiencia de cuidado, el 88% cuida desde el momento del diagnóstico, el 69% de ellos son únicos cuidadores y llevan más de 18 meses en esta tarea. (10)

En el Municipio de Tumaco entre los meses de agosto y noviembre de 2012 con un grupo de 55 cuidadores principales de personas con enfermedad crónica investigación Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana.

Resultados:

Se identificó una percepción de sobrecarga intensa en el 71% de los cuidadores, leve en el 24,5% y no sobrecarga en el 3,5%. (16)

Resultados El programa educativo con enfoque cultural tuvo efectos significativos, sobre las variables: funcionalidad familiar, carga del cuidador la autopercepción en salud y depresión no presentaron diferencias significativas. (26)

En la universidad Javeriana realizo un estudio cuantitativo de tipo transversal con alcance correlacional, con una muestra de 50 cuidadores familiares. Fueron aplicados: una encuesta sociodemográfica; escala de Zarit, y el índice de Barthel. Resultados: Los cuidadores familiares generalmente son mujeres (76%); mayores de 60 años (50%), casados (40%) y solteros 30%); con bajo nivel socioeconómico (94%) y educativo (66%). (27)

A nivel local aún no se conocen estudios en la ciudad de Manizales sobre la carga del cuidado de cuidadores principales de pacientes crónicos. Pero si se han realizado investigaciones relacionados con los adultos mayores, se encuentra una investigación en la Universidad Católica de Manizales en la facultad de ciencias para la salud, se llama viejos que cuidan viejos. Las pocas investigaciones que se han realizado en esta ciudad muestra la posibilidad de estudiar y analizar con más detalle este punto importante y que se ha tenido olvidado, con el fin de mejorar en la prevención y la promoción de la salud desde el campo de la enfermería, ya que todo avance es un beneficio no solo para el paciente, sino también para toda la rama de la salud y obviamente las instituciones.

5. MARCO TEORICO

Carga del cuidador: Definida como la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas. La carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado. (25)

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente, en los adultos mayores de 60 años se han convertido en la principal causa de morbilidad y pérdida de la funcionalidad.

El deterioro es considerado como una desviación significativa del decremento de la media del grupo, se considera como anormal y está asociado a las patologías biológicas. Cuando se manifiesta un deterioro permanente y progresivo en el ser humano se dice que se presentan las enfermedades crónico-degenerativas. Por lo tanto la investigación se enfoca en acoger a todas aquellas personas que cuentan con cuidadores familiares y que precisamente cuenten con una patología crónica de base, como segunda medida se quiere dar a conocer la importancia del familiar cuidador que es el principal objetivo para evaluar la carga que se presenta por el cuidado brindado. (28)

El cuidador es definido como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. (29). Cuidador principal aquel individuo que dedica la mayor parte tiempo, medido en número de horas al día al cuidado de dicho enfermo. Asume las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea.

- ✓ El cuidador principal es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- ✓ No es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.
- ✓ Antes de seleccionar como cuidador a cualquier persona, ésta debe haber realizado un mínimo de 6 semanas a 3 meses en tareas de cuidado.

Los cuidadores informales no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea, y tienen un elevado grado de compromiso hacia la misma que se caracteriza por brindar una atención sin límites de horario, dada la carga afectiva que tienen hacia la persona enferma. Este cuidado lo otorgan principalmente familiares, aunque algunas veces participan amigos y vecinos. (29) (30)

Aquellas personas familiares son encargadas de brindar ese cuidado y se puede evidenciar en la IPS que no son personas a las cuales se les haya dado una educación integral donde puedan adquirir las habilidades y conocimientos para con la enfermedad a tratar, sino que por su compromiso familiar se acostumbran a realizar una labor que se convierte necesaria en el cuidado del paciente, lo que ayuda en su mejoría.

El concepto de carga (tomado del inglés burden, que se ha traducido libremente

como “estar quemado”) originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberguer e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación (31)

Es vital conocer que siempre se cuenta con un “cuidador principal”, que por lo general es el cónyuge o el familiar femenino más cercano y son los que asumen la responsabilidad total del cuidado del enfermo. Estas personas dedican una gran parte de su tiempo al cuidado de la persona que es dependiente y realizan estos cuidados de manera constante y por un tiempo prolongado. El cuidador secundario apoya de diferentes maneras al primario, aunque no tiene la responsabilidad total del cuidado y esto no lo vemos muy seguido, ya que los cuidadores principales no reciben mucho apoyo social y ayuda para el cuidado del enfermo.

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global. Cuidar a una persona con discapacidad o enfermedad crónica “implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada, Los conocimientos, la información y el reconocimiento de experiencias previas se consideran factores que inciden de forma directa en la carga del cuidado que presenta el cuidador. (25)

En muchos casos, el ser un enfermo crónico implica ser un sujeto dependiente. Esta es la condición en la que el individuo es incapaz de satisfacer sus propias necesidades y cuidar de sí mismo, por lo que es necesario confiar su cuidado a otras personas. Dicho estado produce una dependencia progresiva e irreversible de tipo orgánico y social, pues el organismo empieza a perder sus habilidades, dificultándose el cumplimiento de los roles sociales y la capacidad de una interacción recíproca con los demás. La afrenta mayor para el enfermo es que nunca se vuelve a recuperar el estatus de persona sana. (32)

Según la ONU, el crecimiento de la proporción de personas mayores será especialmente rápido durante los siguientes 45 años, y tendrá importantes implicaciones. “El mundo en desarrollo se vuelve viejo antes de volverse rico”, según Alexandre Kalache, coordinador del programa de Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien afirma que para el año 2050, la población de personas de 60 años y más, crecerá de 200 millones a 1,2 billones en

los países en desarrollo, lo que representa un aumento del 600%. A medida que aumenta el número de personas mayores, los retos que el envejecimiento de la población plantea para el crecimiento económico, la viabilidad de los sistemas de pensiones, y la demanda de servicios de salud, han ganado visibilidad en la agenda pública de muchos países. El envejecimiento de la población es, sin duda, la principal característica demográfica de Cuba en la actualidad, y también prospectivamente. Ese es el efecto principal de la transición de la fecundidad y obviamente, la sociedad tendrá que adecuar sus acciones, desde el punto de vista de su funcionamiento económico, social y cultural. (11)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas tienen efectos devastadores para las personas, las familias y las comunidades, especialmente las poblaciones pobres, y constituyen un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo económico. Es más, las poblaciones vulnerables, como los pobres, tienen mayores probabilidades de contraer enfermedades crónicas, y las familias de bajos ingresos son más susceptibles de empobrecerse como consecuencia de ellas. Los costos sociales asociados con las enfermedades crónicas son abrumadores. (33)

La dependencia es la “situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. La entrada en la categoría de dependiente puede realizarse por varias vías (Durán & García, 2005): psicológica (autopercepción), social (percepción de los demás), médica (a través de un diagnóstico) y administrativa. Las diferentes administraciones públicas han establecido definiciones y criterios sobre la dependencia que conviene revisar someramente.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente, en los adultos mayores de 60 años se han convertido en la principal causa de morbilidad y pérdida de la funcionalidad. Según la OMS estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables. Afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada. (34) (35) (36)

La dependencia es resultado de la disminución de la capacidad funcional en el individuo que origina dificultades para realizar una o más de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria con la necesidad de contar con ayuda para su realización.

La dependencia está caracterizada por 3 grandes aspectos la multidimensionalidad, la multicausalidad y la multifuncionalidad. Se puede producir en los dominios físicos, mental y económicos pudiendo de esta manera ser evaluada a nivel

conductual, personal, situacional e interpersonal, por ende tiene implicación en múltiples dimensiones. (37)

El grado de dependencia se puede medir mediante el instrumento (BAREMO), según el grado de dependencia puede dar de la siguiente manera:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos. (35)

La carga es un concepto clave en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas mayores en la familia. Desde su aparición ha sido profusamente utilizada en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus efectos. Así, el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un importante factor, tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores.

Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con Demencia en la comunidad y elaboraron un procedimiento para su evaluación, la Entrevista sobre la Carga del Cuidador es, probablemente, el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar. (38)

Un estilo importante, claramente establecido en la literatura sobre el concepto de carga, se refiere a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva. Mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; la carga objetiva puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Además de la diferenciación entre carga objetiva y

subjetiva, la totalidad de los estudiosos del tema han considerado que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la misma (costos económicos del cuidado, carga física asociada con el cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales). (38)

La escala de valoración de sobrecarga el Zarit Burden Inventory, conocido en nuestro medio como cuestionario de Zarit (aunque tiene diversas denominaciones tanto en inglés como en español), es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga, sí es el más utilizado.

Se utiliza desde 1983, es un cuestionario autoadministrado que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala Likert (1-5). Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

- 1=Nunca
- 2=Rara vez
- 3=Algunas veces
- 4=Bastantes veces
- 5=Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son:

- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- > 55-56 Sobrecarga Intensa. (38)

6. METODOLOGÍA PROPUESTA

Tipo de investigación: Investigación cuantitativa descriptiva, de corte transversal no experimental.

Población: 140 cuidadores principales de pacientes crónicos De la empresa Vivessalud.

Muestra: Selección de cuidadores principales de pacientes crónicos de una IPS de la ciudad de Manizales bajo muestreo probabilístico. Se basó en una población finita, de acuerdo al muestreo aleatorio simple sin reemplazo, teniendo en cuenta un error de estimación del 5%, con una confiabilidad del 95%, y de acuerdo a esto se calculó una muestra representativa de 76 personas. No obstante, este valor se obtuvo tomando consideración una muestra piloto aleatoria de 18 personas.

Criterios de inclusión:

- ✓ Cuidadores principales de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- ✓ Cuidador principal que atiende a la persona que requiere el cuidado durante

las 24 horas del día incluido fines de semana.

Criterios de exclusión:

- ✓ Cuidadores principales de niños atendidos en el programa de crónicos de la IPS
- ✓ Cuidadores menores de 18 años
- ✓ Cuidadores que tengan alguna remuneración económica.

Recolección de la información:

Previo a la utilización de la escala de sobrecarga de Zarit, se aplicó el consentimiento informado a todos los cuidadores que se incluyeron en la investigación.

Escala sociodemográfica la cual se sacó de un estudio psicológico que evaluaba factores convenientes para la presente investigación, fue elegida la manera en que se iban a realizar las preguntas, sin embargo son la mayoría de las variables importantes del estudio base. (45)

Para esta investigación se utilizó el instrumento Escala de carga de Zarit, el cual es el más utilizado a nivel internacional, gracias a su validación en diversos idiomas incluyendo el español. (39). La escala fue construida en 1983 por Zarit y Zarit, es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga subjetiva que padecen los cuidadores de las personas dependientes. (40) Consta de un listado de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así.

En cuanto a la puntuación de la escala es necesario aclarar que existe una versión original en inglés que tiene copyright desde 1983 y se utiliza una escala de puntuación de 0(nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos y es necesario considerar que con una puntuación menor de 46 «no hay sobrecarga», con 47-55 hay «sobrecarga leve» y mayor a 56 implica una «sobrecarga intensa». Esta codificación se encuentra en todas las versiones de diferentes idiomas o al menos no se ha encontrado ninguna en la cual se modifique esta codificación original. Sin embargo en España la mayor parte de autores utilizan una puntuación de 1 a 5 con esta codificación la puntuación global oscila entre 22 y 110. (41)

En la presente investigación se utilizó la puntuación de 1 a 5, ya que se evidencia errores en la interpretación si los autores no informan que la puntuación es de 1 a 5, además los resultados de algunos estudios en España que utilizan la escala de 1 a 5 dan lugar a puntuaciones de sobrecarga de los cuidadores artificialmente altas cuando se comparan con la situación en el resto de los países.

La información se analizó de manera individual en cada cuidador, se intentó ser muy cuidadosos en cuanto a los criterios de inclusión y exclusión propuestas y de acuerdo a que la escala de Zarit presente gran confiabilidad del 0.71 en su estudio original y 0.71-0.85 en validaciones internacionales. (40)

7. RESULTADOS

En la búsqueda de la caracterización de los cuidadores de personas con enfermedad crónica no trasmisible frente a los factores sociodemográficos que tienen mayor influencia en el nivel de carga se encontró que el 85.5% de los cuidadores eran del género femenino y el 14.5% del género masculino. Los familiares de los pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria que ejercen la función de cuidadores eran personas entre 30 años y más de 60 años de edad, se realizó una agrupación de acuerdo a rangos de edad y se encontró que los mayores 60 años eran la población que más se encargaba del cuidado del familiar con un 34.2%, seguido por 31.6% de personas que se encuentran en un rango entre los 51 y 60 años y los 41 a 50 años con el 19.7%, por último se encontró que la menor proporción de cuidadores familiares corresponde a personas entre los 30 y 40 años con un 14.5%. (tabla 1)

Estos cuidadores son personas que presentan alto nivel educativo ya que el 22,4% poseen título universitario, seguido de personas con Bachiller en un 21.1%, Técnico 17.1%, secundaria 11.8%, tecnólogo 10.5%, primaria 9.2% y personas con postgrado 7.9%. El mayor porcentaje de personas son de estrato 3 con un 42.1%, seguido del estrato 4 con un porcentaje de 28.9%; de las cuales la mayoría viven en casa propia 75%, personas que habitan en casa arrendada 18.4% y cuyas condiciones de vivienda son muy buenas para el 53.9% de ellas. El 73.7% de los familiares cuidadores cuenta con centros de salud cercanos a la vivienda de la persona que cuidan, y el 92.1% cuentan con centros recreativos cerca. (Tabla 1)

Referente al estado civil, el 36.8% de los cuidadores eran casados, 34.2% solteros, 11.8% en unión libre y con menor porcentaje personas separadas y viudas con un 6.6%. La mayoría de los cuidadores son padres de familia en un 68.4%. La religión que profesan en su mayoría fue católica ya que el 93.4% refirió practicar esta. Con estos datos se hizo un análisis de saturación por componentes donde se podría decir que el nivel de sobrecarga podría estar relacionado con la religión que profesa el cuidador y el estado civil del mismo. (tabla 1)

Características sociodemográficas

(Tabla 1)

Características	Frecuencia	Porcentaje
GENERO		
Mujer	65	85,5%
Hombre	11	14,5%
EDAD		14,5%
30-40 años	11	19,7%
41-50 años	15	31,6%
51-60 años	24	34,2%
Mayor de 60 años	26	
ESTADO CIVIL		
Soltero	26	34,2%
Casado	28	36,8%
Unión Libre	9	11,8%
Divorciado	3	3,9%
Separado	5	6,6%
Viudo	5	6,6%
ESCOLARIDAD		
Primaria	7	9,2%
Secundaria	9	11,8%
Bachiller	16	21,1%
Técnico	13	17,1%
Tecnólogo	8	10,5%
Universitario	17	22,4%
Postgrado	6	7,9%
HIJOS		
SI	52	68,4%
NO	24	31,6%
ESTRATO		
Dos	3	3,9%
Tres	32	42,1%
Cuatro	22	28,9%
Cinco	8	10,5%
Seis	11	14,5%
RELIGIÓN QUE PROFESA		
Católica	71	93,4%
Otro	5	6,6%

Al momento de evaluar la entrega que tiene ese cuidador, se encontró que el 57.9% de las personas se dedican como mínimo 15 horas diarias, entre 10 y 15 horas diarias en un 26.3% los cuidadores se encuentran con sus familiares y el 10,5% realiza sus actividades de cuidado entre 5 y 10 horas diariamente (Tabla 2). De estas personas el 76.3% reciben apoyo de otras personas para realizar la labor de cuidado, mientras que el 23.7% no reciben apoyo de ningún tipo (Tabla 3). Esta labor ha sido realizada en años para una persona dedicada al cuidado de 0-3 años da un porcentaje del 13% igual que para 6-9 años donde se evidencio que no hay sobrecarga. En los ítems de frecuencia entre 3 a 6 años arroja valores de comportamiento similar para un 8% en no hay sobrecarga, 8% en sobrecarga leve y 8% para sobrecarga intensa. El 2% de la población encuestada no presenta sobrecarga y el 2% para sobrecarga leve en los años 9-12. De los cuidadores que menor porcentaje se encuentran es 2% no hay sobrecarga, 3% sobrecarga leve y sobrecarga intensa un 1% para dedicación mayor a 12 años. (Tabla 4)

(Tabla 2)

Horas de dedicación diarias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 0-5 horas	4	5,3	5,3	5,3
	Entre 5-10 horas	8	10,5	10,5	15,8
	Entre 10-15 horas	20	26,3	26,3	42,1
	Mayor a 15 horas	44	57,9	57,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

(Tabla 3)

Recibe apoyo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	58	76,3	76,3	76,3
	No	18	23,7	23,7	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

(Tabla 4)
Tiempo de dedicación

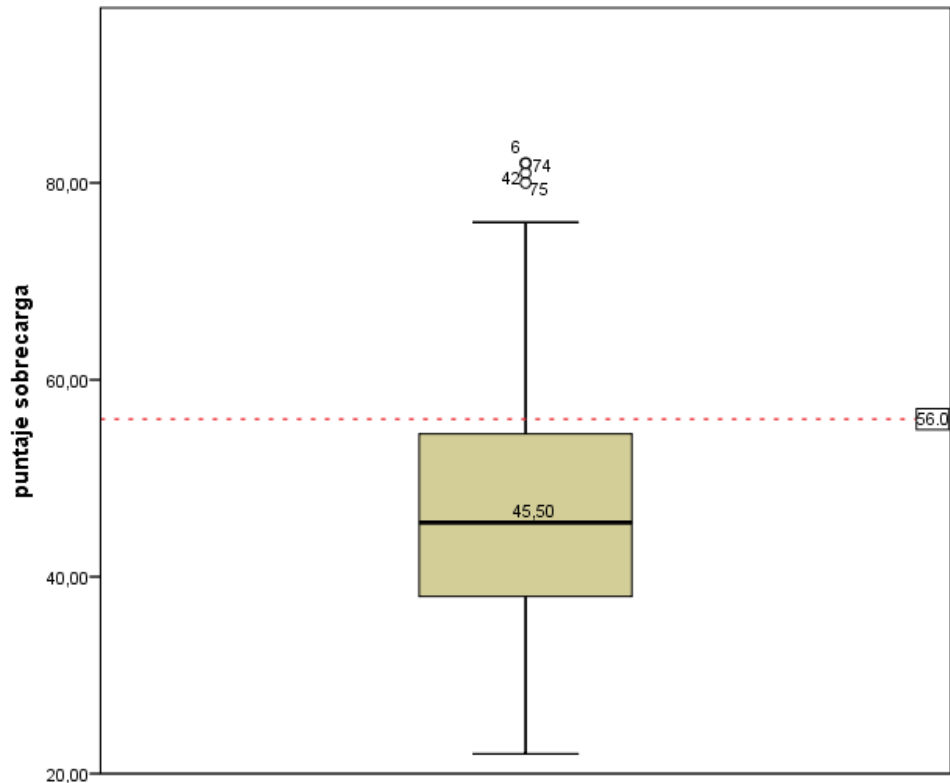
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 0 a 3 años	19	25,0	25,0	25,0
	Entre 3 a 6 años	24	31,6	31,6	56,6
	Entre 6 a 9 años	23	30,3	30,3	86,8
	Entre 9 a 12 años	4	5,3	5,3	92,1
	Mayor a 12 años	6	7,9	7,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

Para identificar el nivel de carga que presentaban los cuidadores de pacientes crónicos se aplicó la encuesta de Carga del cuidado de Zarit, obteniendo unas puntuaciones mínima de 93 puntos, máxima de 280 puntos, con una mediana de 162,5. Para identificar tal carga se realizó un análisis de componentes principales de datos categóricos al escala de sobrecarga Zarit, encontrando un Alfa de Cronbach del 0.88%, de acuerdo a lo anterior se realizó el análisis de los sobrecarga, el 29.5% presentaron un nivel de sobrecarga leve y solo el 21.5% de los cuidadores poseían sobrecarga intensa. (Tabla 5)

(Tabla 5)
Alfa de cronbach

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza contabilizada para	
		Total (autovalor)	% de varianza
1	,749	3,319	22,126
2	,612	2,331	15,542
Total	,882 ^a	5,650	37,667

Cajas y bigotes escala Zarit
 Grafica 1



(Tabla 6)

Escala Zarit

ITEMS QUE REPORTAN MAYOR PORCENTAJE DE RESPUESTA

NUNCA	“Siente vergüenza por la conducta de su familiar” “Sienten indecisión sobre qué hacer con su familiar.”
RARA VEZ	“Según el tiempo que dedica al cuidado de su familiar no tiene suficiente tiempo” “Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita” “Se siente agobiado por querer compatibilizar el cuidado con otras responsabilidades (trabajo, familia),” “Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a las responsabilidades familiares”.

ALGUNAS VECES	<p>“Tiene miedo por el futuro de su familiar”</p> <p>“Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita”</p> <p>“ Piensa que debido al tiempo que dedica al cuidado de su familiar no tiene tiempo para sí mismo”</p> <p>“Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de su familiar, además de sus otros gastos”.</p>
BASTANTES VECES	<p>“Globalmente que grado de carga experimenta por el hecho de tener un familiar con discapacidad”</p> <p>“Piensa que su familiar depende de usted”</p>
CASI SIEMPRE	<p>“Piensa que su familiar depende de usted”,</p> <p>“Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede ayudar”</p>

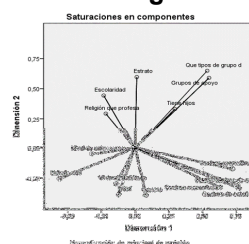
Por otro lado se realizó una saturación de componentes entre las variables sociodemográficas descritas y el nivel de sobrecarga encontrando que existe una relación casi cercana ya que tiene al menos un nivel de correlación entre el nivel de sobrecarga con un $-.318$ y la escolaridad con un $-.232$. (tabla 7)

(Tabla 7)
**Saturaciones en
 componentes
 variables
 sociodemográficas**

	Dimensión	
	1	2
Genero	,080	-,394
Edad	-,123	-,388
Estado civil	-,559	-,256
Escolaridad	-,232	,444
Estrato	,013	,597
Vivienda habitada	-,141	-,299
Religión que profesa	-,217	,293
Centros de salud	,770	-,335
Centros recreativos	,630	-,329
Grupos de apoyo	,549	,590

Cuales centros de salud	,760	-,311
Centros recreativos	,721	-,174
Nivel de sobrecarga	-,318	-,051
Tiene hijos	,296	,332
Que tipos de grupo de apoyo	,536	,649

GRÁFICA 2
Saturación de
componentes variables
sociodemográficas



Por otra parte se realizó un análisis para determinar la relación entre las variables relacionadas con cuidado como número de horas de dedicación, años dedicados a través de la técnica de Tau de Kendall en la cual se acepta la hipótesis nula para la determinar que no existe relación entre el número de años de dedicación, tiempo de dedicación y el nivel de sobrecarga (Tabla 8) (tabla 10), por otra parte se acepta la hipótesis alterna para establecer que existe una asociación de carácter lineal entre el número de horas de diarias y el nivel de sobrecarga con un valor de P de 0,033 (Tabla 9).

Igualmente se realizó un análisis de correspondencia entre las horas de dedicación diaria y el nivel de sobrecarga encontrando que las personas que dedican entre 5 a 10 horas presentaban una alta correspondencia con niveles de sobrecarga leve, así como los cuidadores que presentaban un nivel de sobrecarga intenso correspondían a aquellos que se dedicaban más de 15 horas diarias al cuidado de la persona con enfermedad crónica. (Tabla 11)

Se realiza el análisis de los resultados de cajas y bigotes de las variables en escala, inicialmente de horas de dedicación, frente al nivel de sobrecarga, lo que nos muestra que si existe asociación aunque sea mínima entre estas dos variables y si una de estas se modifica la otra también. Entre las variables de tienen hijos y tiempo de dedicación no muestra asociación directa con el nivel de sobrecarga. (Tabla 7)

(Tabla 8)

Medidas simétricas años de dedicación

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	-,092	,104	-,884	,376
	Tau-c de Kendall	-,096	,108	-,884	,376
	Gamma	-,179	,202	-,884	,376
N de casos válidos		76			

(Tabla 9)

**Horas de dedicación diarias * Nivel de sobrecarga
 Medidas simétricas**

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,203	,094	2,137	,033
	Tau-c de Kendall	,183	,086	2,137	,033
	Gamma	,338	,157	2,137	,033
N de casos válidos		76			

(Tabla 10)

Tiempo de dedicación * Nivel de sobrecarga

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,044	,097	,455	,649
	Tau-c de Kendall	,045	,098	,455	,649
	Gamma	,064	,140	,455	,649
N de casos válidos		76			

(Tabla 11)

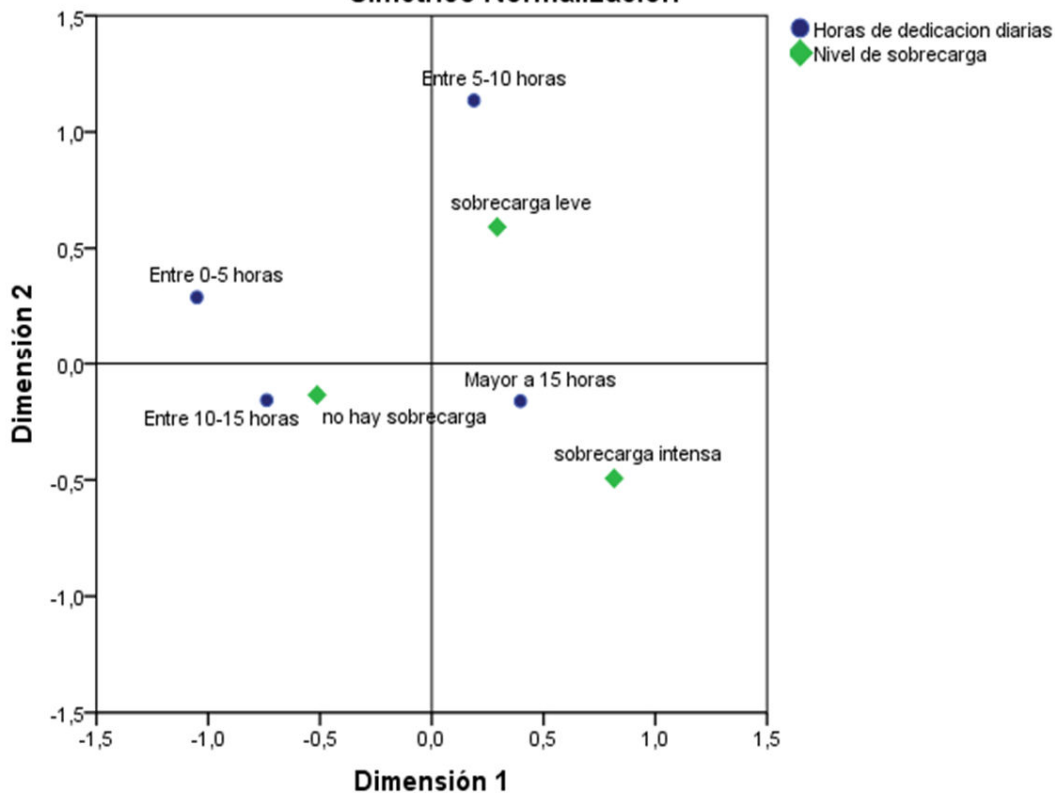
Análisis de correspondencia entre las horas de dedicación diaria y el nivel de sobrecarga

Puntos de fila generales Horas de dedicación diarias	Contribución			
	Del punto en la inercia de dimensión	De la dimensión en la inercia del punto		
		2	1	2
Entre 0-5 horas	,027	,960	,040	1,000
Entre 5-10 horas	,839	,048	,952	1,000
Entre 10-15 horas	,040	,976	,024	1,000
Mayor a 15 horas	,093	,917	,083	1,000
Total activo	1,000			

GRAFICA 3

Puntos de fila y columna

Simétrico Normalización



8. DISCUSIÓN

El evaluar las determinantes sociodemográficas del estudio se encuentra que el grupo de cuidadores principales, en su mayoría eran del género femenino con un 85% similar a lo reportado en diferentes regiones del país y en el mundo entre ellas choco, “carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana” donde los cuidadores principales son mujeres con resultados entre 76 % (9) y en Chile “Evaluación de la sobrecarga en cuidadores informales” con un 88.5 % (42). Con respecto a la edad llama la atención que el 34.2% de los cuidadores son personas mayores de 60 años, encontrando similitud con lo reportado en otras investigaciones donde los cuidadores generalmente son entre 30 años y 60 años de edad, con esto encontramos resultados similares a los reportados en investigaciones internacionales recientes como “SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS” en la cual se encuentra un porcentaje alto en cuidadores con edad entre 31 y 60 años con 63% del total de la investigación. (43)

En cuanto al nivel educativo y socioeconómico se halló que un 22.4% de los cuidadores tenían estudios universitarios, y la mayor parte de la población pertenece a la clase media en estratos 3 y 4 con el 71%, contrario a lo encontrado en la literatura donde el nivel de analfabetismo es alto en personas con capacidad económica baja factores que posiblemente influyen de determinada manera para aumentar el nivel de sobrecarga (10). Estudios recientes relacionados con cuidadores de pacientes con esclerosis nos muestra una relación más similar con lo encontrado en este en el cual se observa el nivel de escolaridad de los cuidadores con duodécimo grado o técnico medio concluido y un 25.7% poseían nivel superior o universitario(44)

Con respecto a la percepción de la carga del cuidado de los cuidadores principales se evidencia sobrecarga intensa en el 21.5% y sobrecarga leve en el 29.5%, cabe aclarar que al sumar estos dos porcentajes sin ser el mismo nivel de sobrecarga se observa que existe aproximadamente un 51% de sobrecarga en los cuidadores principales de la población estudiada, comparado con un estudio que se llevó a cabo en el pacífico colombiano, encontramos que el nivel de sobrecarga es mucho menor ya que este estudio reportó el 74% de personas con sobrecarga intensa (9). Por otro lado un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga se asemeja a lo encontrado en el área de no sobrecarga donde reportan un 40% de población que no presenta sobrecarga respecto a lo encontrado en el estudio con un 50% (13)

De acuerdo a este estudio se encontró que existe una relación directa entre el número de horas dedicadas a la labor del cuidado y el nivel de sobrecarga, se halló que el 57.9% de las personas se dedican como mínimo 15 horas diarias, similar al

estudio realizado en Chile donde el 46% de los cuidadores refiere llevar más 5 años desempeñando el rol del cuidador y dedican de 21 a 24 horas al día, en el presente estudio entre 10 y 15 horas diarias un 26.3% los cuidadores y el 10,5% realiza sus actividades de cuidado entre 5 y 10 horas diariamente, en comparación con el estudio “Sobrecarga del cuidador primario” donde la sobrecarga y las horas que se dedican al cuidado se encontró que hay cuidadores que dedican las 24 horas del día a ésta tarea, sin embargo no todos presentan sobrecarga, por lo tanto no se pudo afirmar que haya una relación directa entre sobrecarga y las horas de cuidado el 42% de los cuidadores que no presentan sobrecarga; el 71% dedica más de 5 horas al cuidado y el 23% ha cuidado más de 5 años a su familiar (20), y para nuestro estudio da un porcentaje del 13% para 6-9 años donde se evidencio que no hay sobrecarga. Estudios similares nos muestran como 88% de personas cuidadas cuentan con dependencia que va de severa a moderada, lo que identificamos en el presente estudio es que 35 personas responden que casi siempre piensan que el familiar depende de usted, lo que nos indica que el 46.6% tienen un nivel de dependencia.(43)

De los cuidadores el 76.3% reciben apoyo de otras personas para realizar la labor de cuidado, mientras que el 23.7% no reciben apoyo de ningún tipo, al igual que los resultados encontrados en el estudio realizado en Chile “nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa”, en el cual que el 22 % de los cuidadores refirió no contar con personas que lo apoyen en el rol de cuidar, (25) para el estudio realizado en el pacifico 51% de los cuidadores no contaban con apoyo de algún tipo y el 49% refirió que contaba con apoyo de tipo social. (9)

Cabe mencionar que muchos de los estudios realizados de investigación de sobrecarga del cuidado han sido por diferentes profesionales de la salud, pocos han sido de enfermería y ninguno en el departamento de Caldas lo cual refleja la importancia de que los profesionales en Enfermería centren su atención al cuidado no sólo de la persona con deterioro cognitivo sino a los familiares, específicamente a quienes desarrollen el rol de cuidadores principales, por tener los conocimientos, las habilidades y la capacidad de intervenir en éste binomio.

9. CONCLUSIONES

Con el desarrollo del proceso investigativo se encontró que la población de cuidadores principales de pacientes con enfermedad crónica de un programa de atención domiciliaria en Manizales presenta un grado de sobrecarga en un alto porcentaje, este está directamente relacionado al número de horas de dedicación al cuidado por lo que el profesional de enfermería debe intervenir de manera oportuna este grupo poblacional con el objetivo de disminuir la incidencia de estrés y favorecer el bienestar físico y emocional.

Los cuidadores presentan niveles de sobrecarga intensa cuando dedican más horas al cuidado durante el día, este nivel de sobrecarga del cuidador, y las consecuencias que les produce la tarea de cuidar proporciona una disminución tanto en la calidad de vida como en la labor de cuidar.

A través de este estudio se aporta una mirada descriptiva de la población de cuidadores del grupo de usuarios crónicos de institución prestadora de servicios de salud a nivel domiciliario, con el fin de exponer problemas potenciales y reales de poblaciones que intervienen directamente con los usuarios atendidos.

Los resultados del estudio permiten comprender la difícil situación de cuidado de las personas con enfermedad crónica, en donde a partir de la caracterización de este grupo se establece que el nivel de carga es alto. Se requiere una mirada integral para examinar la carga del cuidado en la ECNT que incluya a los actores sociales afectados: pacientes, cuidadores familiares, familias, profesionales e instituciones de salud. También se hace un llamado urgente al Sistema de Salud Colombiano para revisar mecanismos de apoyo tanto como para los pacientes como para sus cuidadores familiares.

Como futuros profesionales este estudio aporta que se deben realizar acciones dirigidas a la promoción del envejecimiento activo y saludable (manejo integral con la aplicación de escalas donde se mida la capacidad funcional y autonomía del adulto mayor) e implementar estrategias de organización del cuidado en el domicilio que incluyan la salud del cuidador y puedan contribuir para minimizar los efectos de la sobrecarga y mejorar la calidad de vida.

10.RECOMENDACIONES

Recomendar a la IPS, en sus posibilidades abrir espacios tanto de diálogo como capacitación para los cuidadores principales, primero donde estos puedan manifestar sus inquietudes y las necesidades desde las mínimas hasta las más urgentes, de esa manera se iniciarán con los aspectos de cuidados básicos del paciente, y de acuerdo a las necesidades expuestas por ellos, así se buscará tener un paciente mejor cuidado, con una salud más estable y así prevenir muchas complicaciones, además le quitara cargas a este cuidador, esto también ayudara a identificar los cuidadores que tengan incapacidad tanto física como mental y esos casos se individualizan y se reportan directamente a la EPS donde un equipo interdisciplinario como trabajo social y psicología verifiquen dichas condiciones y tomar decisiones que podrían determinar la necesidad de un cuidador profesional o capacitado mandado por la EPS como lo ordena la ley y como está estipulado en el sistema general de salud,

Se debería fomentar por parte de las autoridades municipales y gubernamentales proyectos de ley en el cual se estimule la labor del cuidador con incentivos económicos, pero que estos cumplan con los requisitos y que se dediquen directamente al cuidado del paciente ya que la mayoría de los cuidadores son personas que dejaron atrás su vida útil y productiva en cuanto a lo económico se refiere, de esta manera no solamente tendrían la carga sino también la disminución dramática del sustento económico.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
Actividad	Mes										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Presentación de la propuesta											
Elaboración de la muestra											
Aplicación escala de carga de cuidado de Zarit y consentimiento informado											
Elaboración bases de datos y análisis de la información											
Elaboración de informe final											
Elaboración artículo											
Presentación informe final											

12. BIBLIOGRAFIA

1. Vega Andres, Envejecimiento demográfico Colombia 2012, Ministerio de salud y protección social de Colombia, Septiembre 20 2012. Disponible en: <http://es.slideshare.net/andresvega71/envejecimiento-demografico-colombia-mayo-2012>
2. Vega Andres, Ministerio de salud y protección social en Colombia. La transición demográfica: contexto del envejecimiento, cambios demográficos y socioeconómicos segunda mitad del siglo XX en Colombia. Ministerio de salud y protección social de Colombia, Septiembre 20 2012. Disponible en: <http://es.slideshare.net/andresvega71/envejecimiento-demografico-colombia-mayo-2012>
3. Vega Andres, Ministerio de salud y protección social en Colombia. La transición demográfica: contexto del envejecimiento, cambios demográficos y socioeconómicos segunda mitad del siglo XX en Colombia. Septiembre 20 2012. Disponible en: <http://es.slideshare.net/andresvega71/envejecimiento-demografico-colombia-mayo-2012>
4. Vega Andres, Ministerio de salud y la protección social república de Colombia, evolución de la población de Colombia, caldas 1985-202. Septiembre 20 2012, Volúmenes y pesos relativos grupos de edad. <http://es.slideshare.net/andresvega71/envejecimiento-demografico-colombia-mayo-2012>
5. Rosina Edileuza de Fátima - Okino Sawada Nardi Namie - Ferreira Santos Jair Licio, Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar, Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 21(5): [08 pantallas] sept.-oct. 2013. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf

6. Enfermedades crónicas no transmisibles Organización Mundial de la Salud, Enero 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
Dr. Ala Alwan, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010; Servicio de Producción de Documentos de la OMS, Ginebra (Suiza).
7. Enfermedades crónicas no transmisibles OMS, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
8. OCAMPO, J., HERRERA, J., TORRES, P., RODRÍGUEZ, J., LOBOA, L., GARCÍA, C. Caregiver burden in dependent elderly. Colombia Médica, North America, 38, Nov. 2009. Available at: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/473/1031> Date accessed: 23 Mar. 2015.
9. Carrillo Gloria Mabel, Chaparro Díaz Lorena, Sánchez Herrera Beatriz. carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. Cienc. enferm. [Revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2015 Mar 19]; 20(2): 83-91. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200009>
10. Montalvo Prieto Amparo, Flórez Torres Inna E. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia), Salud Uninorte, Barranquilla (Col.) 2008; 24 (2): 181-190. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v24n2/v24n2a04>
11. Dra. C. Espín Andrade Ana Margarita. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 38(3):393-402. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_3_12/spu06312.htm
12. Da Silva, Braga Marques, Da Silva Bruno, Evaluación de la presencia del síndrome de bournout en cuidadores de ancianos, Enfermería Global, N° 16 Junio 2009. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/clinica1.pdf>
13. Pérez Jiménez Dianellys, Rodríguez Salvá Armando, Mercedes Herrera Travieso Delia, García Roche René, Echemendía Tocabens Belkis, Chang de la Rosa Martha; Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de

- afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2013; 51 (2):174-183. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000200006
14. Atención a la familia/ cuidador principal, dirección general de ordenación y asistencia sanitaria, Valencia, 2011. <http://www.scielosp.org/pdf/gsv25n3/original4.pdf>
15. Dueñas Eliana, Martínez María Anggelina, Morales Benjamín, Muñoz Claudia, Viáfara Ana Sofía, Herrera Julián A. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colomb. Med. [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2015 Mar 23]; 37(2 Suppl 1): 31-38. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000500006&lng=en.
16. Carrillo Gloria Mabel, Chaparro Díaz Lorena, Sánchez Herrera Beatriz. carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2015 Mar 19]; 20(2): 83-91. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200009>.
17. Zambrano Cruz Renato, Ceballos Cardona Patricia. Síndrome de carga del cuidador. rev.colomb.psiquiatr. [serial on the Internet]. 2007 Oct [cited 2015 Mar 21]; 36 (Suppl 1): 26-39. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000500005&lng=en.
18. Pérez Jiménez Dianellys, Rodríguez Salvá Armando, Mercedes Herrera Travieso Delia, García Roche René, Echemendía Tocabens Belkis, Chang de la Rosa Martha; Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2013; 51 (2):174-183. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000200006

19. Ruiz Ríos Alma Elizabeth, Nava Galán Ma. Guadalupe Cuidadores: responsabilidades-obligaciones, *Enf Neurol (Mex)*, 2012 Vol. 11, No. 3: 163-169. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
20. Sánchez Herrera Beatriz Carrillo-González Gloria Mabel Barrera-Ortiz Lucy Chaparro-Díaz Lorena, Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible, *Aquichan*. Vol. 13, No. 2, 247-260. <http://www.redalyc.org/pdf/741/74128688001.pdf>
21. Carrillo Gloria Mabel, Chaparro Díaz Lorena, Sánchez Herrera Beatriz. carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2015 Mar 19]; 20(2): 83-91. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200009>
22. Dueñas Eliana, Martínez María Anggeline, Morales Benjamín, Muñoz Claudia, Viáfara Ana Sofía, Herrera Julián A. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb. Med.* [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2015 Mar 23]; 37(2 Suppl 1): 31-38. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000500006&lng=en.
23. Espinoza Miranda Karina, Jofre Aravena Viviane. sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2012 Ago [citado 2015 Feb 06]; 18(2): 23-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>.
24. Edileuza de Fátima Rosina Nardi, Namie Okino Sawad, Jair Licio Ferreira Santos, asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar, *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artículo Original 21 (5):[08 pantallas] sept.-oct. 2013.
25. Flores G Elizabeth. Rivas R Edith Fredy Seguel P. nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa, *CIENCIA Y ENFERMERIA XVIII* (1): 29-41, 2012.


http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004

26. Velásquez Vilma, López Lucero, López Heddy, Cataño Nhora, Muñoz Esperanza, Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá Junio 2011.
www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/15800/38004
27. Vilma Velásquez Lucero López, Yenny Barreto. Cuidadores familiares campesinos: carga de cuidado, tiempo de cuidado y grado de funcionalidad. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2014; 16(2):65-80.
doi:10.11144/Javeriana.IE16-2.cfcc
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145232887005>
28. Oblitas Luis A. Psicología de la salud y calidad de vida, Cengage Learning; México: Thomson; 2006. Edición: 3ª 2010 Pág 643.
29. Gabriela Aldana-González, Liliana García-Gómez. La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica; universidad de la sabana, aquichan. 24 de mayo de 2011
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1898/2474>.
30. De los Reyes M. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Conferencia presentada en la IV Reunión de Antropología de Mercosur. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Brasil; 2001.
[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc02_2011_2.nsf/0/a8c024448cbeae0405257ce100633a34/\\$FILE/PL03530230514.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc02_2011_2.nsf/0/a8c024448cbeae0405257ce100633a34/$FILE/PL03530230514.pdf)
31. Zambrano Cruz Renato, Ceballos Cardona Patricia, Síndrome de carga del cuidador, universidad de Antioquia, clínica Medellín Revista. Colombiana. Psiquiatría., vol. XXXVI, Suplemento No. 1 / 2007.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000500005
32. Robles Silva Leticia. El cuidado en el hogar de los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):618-625, mar-abr 2004 <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/32.pdf>


33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cara a cara con la enfermedad crónica. 2005. Disponible en: 13/Abril/2008, GMT+1. http://www.who.int/features/2005/chronic_diseases/es/index.html.
34. Enfermedades crónicas no transmisibles Organización Mundial de la Salud, Enero 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
35. Dr. Ala Alwan, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010; Servicio de Producción de Documentos de la OMS, Ginebra (Suiza). http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
36. Álvarez Gregori Joaquín, Macías Núñez Juan Francisco, Dependencia en geriatría; ediciones universidad Salamanca, 1° edición Abril 2009. https://books.google.com.co/books?id=FRCcAwAAQBAJ&pg=PA48&lpg=PA48&dq=Dependencia+en+geriatr%C3%ADa%3B+ediciones+universidad+Salamanca,+1%C2%B0+edici%C3%B3n+Abril+2009.&source=bl&ots=WXv1JeWEY0&sig=KUtWw64ov1IbVGIV2wJN0g42GKc&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Dependencia%20en%20geriatr%C3%ADa%3B%20ediciones%20universidad%20Salamanca%2C%201%C2%B0%20edici%C3%B3n%20Abril%2009.&f=false
37. Baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD) de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-3174
38. Escala de sobrecarga del cuidador de zarit, Universidad de Maimonides, Licenciatura en Gerontología, Junio 6, 2005. <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001481.html>
39. Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz S Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Mayo [citado 2015 Abr 04]; 137(5): 657-665. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>.

40. MITTELMAN MS, FERRIS SH, SHULMAN E, STEINBER G, LEVINB. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. JAMA 1996; 276: 1725-31.
41. http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valor_acion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf
42. Jofréar Aravena Viviane, Oliviasan Huezaal Varado, EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DE CUIDADORAS/ES INFORMALES EVALUATION OF BURDEN IN INFORMAL CAREGIVERS; CIENCIA Y ENFERMERIA XVI (2): 111-120, 2010. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300012&script=sci_arttext
43. Bello Pineda Janeth Gabriela, SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS; INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No 66 Xalapa; Veracruz Febrero 2014. <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-gabriela.pdf>
44. Macías Delgado Yanet, Pedraza Núñez Harayci, Jiménez Morales Rodney, Pérez-Rodríguez Mario, Valle Solano Rosa de la Caridad, Fundara-Díaz Ranfis, Sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes con esclerosis múltiple: Su relación con la depresión y ansiedad; Rev Mex Neuroci Marzo-Abril, 2014; 15(2): 81-86. <http://revmexneuroci.com/articulo/sobrecarga-en-los-cuidadores-primarios-de-pacientes-con-esclerosis-multiple-su-relacion-con-la-depresion-ansiedad/>
45. Dávila de León M^a Celeste, Chacón fuertes Fernando, variables sociodemográficas y permanencia de diferentes tipos de voluntariado, diciembre, n^o 89, 2004 <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1185>
46. Achury Saldaña Diana Darcela, Sepúlveda Carrillo Gloria Judith, Rodríguez Colmenares Sandra Mónica, Cuidado al paciente con enfermedad crónica, Pontificia Universidad Javeriana editorial Javeriana; contexto histórico de las enfermedades crónicas, capítulo 1 pag 21 primera edición 2010. <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/136.pdf>


Anexo
HOJAS DE VIDA INVESTIGADORES

 <p>Universidad Católica de Manizales</p> <p>Universidad Católica de Manizales Vicerrectoría Académica Centro Institucional de Investigación, Proyección y Desarrollo</p>
Hoja de Vida (Resumen)
Identificación del Investigador principal o coinvestigador
Nombres: Karen Apellidos: de la Pava Muñoz
Fecha de Nacimiento: 24 - Mayo 1988 Nacionalidad: Colombiano
Documento de Identidad: 1058817335
Correo Electrónico: Karendl41@hotmail.com Dirección residencia: carrera 20 # 52 A-54
Teléfono: 8922258 Celular: 3137731900
Cargo o Posición Actual Estudiante de enfermería VII semestre universidad Católica de Manizales
Títulos Académicos Obtenidos (área, disciplina, universidad, año)
Cargos desempeñados:
Publicaciones recientes: (las 5 mas importantes en los últimos 5 años)
Patentes, Prototipos u otro tipo de productos tecnológicos o de investigación obtenidos en los últimos 5 años.

Anexo
HOJAS DE VIDA INVESTIGADORES

 Universidad Católica de Manizales Vicerrectoría Académica Centro Institucional de Investigación, Proyección y Desarrollo	
Hoja de Vida (Resumen)	
Identificación del Investigador principal o coinvestigador	
Nombres: Stefania	Apellidos: Gonzalez Franco
Fecha de Nacimiento: 22 de Abril de 1992 Nacionalidad: Colombiana	
Documento de Identidad: 1053818132	
Correo Electrónico: stefa422@hotmail.com	Dirección residencia: Calle 31B N° 4-18
Teléfono: 8735477	Celular: 3122186930
Cargo o Posición Actual Estudiante de enfermería VII semestre universidad católica de Manizales	
Títulos Académicos Obtenidos (área, disciplina, universidad, año) Ingles nivel XII- Universidad Autónoma de Manizales	
Cargos desempeñados:	
Publicaciones recientes: (las 5 mas importantes en los últimos 5 años)	
Patentes, Prototipos u otro tipo de productos tecnológicos o de investigación obtenidos en los últimos 5 años.	

Anexo
HOJAS DE VIDA INVESTIGADORES

 <p>Universidad Católica de Manizales</p> <p>Universidad Católica de Manizales Vicerrectoría Académica Centro Institucional de Investigación, Proyección y Desarrollo</p>
Hoja de Vida (Resumen)
Identificación del Investigador principal o coinvestigador
Nombres: Jorge Eliecer Apellidos: Rodríguez Marín
Fecha de Nacimiento: 23 diciembre 1982 Nacionalidad: colombiano
Documento de Identidad: 16073605
Correo Electrónico: jerorodriguez@ucm.edu.com Dirección residencia: carrera 21 74-109
Teléfono: Celular: 3128716034
Cargo o Posición Actual
<ul style="list-style-type: none"> • Docente Tutor Asignatura Cuidado AL Adulto. Programa Enfermería. UCM
Títulos Académicos Obtenidos (área, disciplina, universidad, año)
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermero Universidad de Caldas. 2004. • Especialista en Cuidado Intensivo del Adulto. Universidad de Caldas.
Otros estudios:
<ul style="list-style-type: none"> • Diplomado en Docencia e Investigación. UCM. 2011. • Diplomado en Manejo de TICs y ambientes virtuales. • Ingles Nivel IV
Cargos desempeñados:
<ul style="list-style-type: none"> • Universidad Católica de Manizales. Docente Programa de Enfermería. • Clínica San Marcel. Enfermero Unidad de Cuidado Intensivo 2012- a la actualidad
Publicaciones recientes: (las 5 mas importantes en los últimos 5 años)
Patentes, Prototipos u otro tipo de productos tecnológicos o de investigación obtenidos en los últimos 5 años.