



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Facultad de Ciencias Médicas
Ministerio de salud
Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría

**Tesis para optar al título de
Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación**

*“ Respuesta subjetiva en la aplicación de la escala Zarit en los cuidadores
de los pacientes ingresados en las salas de rehabilitación del Hospital
Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre 2019”*

Autor:

Dra. Diana Estefanía Alarcón Castro
Médico Residente III año

Tutor:

Dr. Denis Eduardo Álvarez Mejía
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Managua, 25 de febrero de 2020

Dedicatoria

A Dios que me ha acompañado en cada momento de mi vida y me ha enseñado que todo es a su tiempo.

A mi bella familia que han estado conmigo incondicionalmente

A mi única chispita que me acompañó hasta donde sus últimos años de vejez lograron aguantar y formó parte importante en mi familia.

Agradecimientos

Quiero agradecer primero a Dios, porque me dio el don de la perseverancia para alcanzar cada meta en el camino de mi vida.

A mis padres Rodolfo Alarcón y Mafalda Castro, porque ellos han sido la razón en mi vida, porque me han enseñado a seguir adelante y a luchar con paciencia y sabiduría.

A mis catedráticos por qué me han llevado por el camino del saber, en especial al Dr. Denis Álvarez por ese apoyo incondicional durante estos años y con esta investigación.

A los pacientes y acompañantes por dedicarme ese valioso tiempo para la elaboración de este trabajo.

Resumen

Con el objetivo de Evaluar la respuesta clínica en la aplicación de la escala Zarit en los cuidadores de los pacientes ingresados en las salas de rehabilitación del Hospital Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre 2019, se realizó observacional, descriptivo, Cohorte, Transversal, prospectivo, enfoque mixto, comparativo entre 2 momentos. Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas y antecedentes clínicos, cuantificación de escalas en 2 momentos. Los análisis estadísticos efectuados fueron descriptivos. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: se encontró el predominio estadístico en la segunda década de vida, al igual que en las amas de casas, el mayor valor de frecuencia se observó en las personas de escolaridad secundaria con un predominio del sexo femenino y la soltería se presentó en la mayor parte de los encuestados. Las principales patologías diagnósticas asociadas a los pacientes cuidados se presentaron en las hemiplejias asociadas a eventos cerebrales vasculares, a cuadriplejias por procesos degenerativos de columna en tratamiento y paraplejias posteriores a luxofracturas. La mayoría de los cuidadores presentaron un cuestionario inicial sin sobrecarga seguido de sobrecarga intensa, la cual en la segunda valoración mantuvo el predominio en el pensamiento de no poseer sobrecarga. Al considerar la respuesta clínica y pronóstica de las personas estudiadas se evidencia una mejoría positiva en la percepción del cuidador hacia el paciente.

Opinión del Tutor

Hago constar que el presente estudio de la Dra. Diana Estefanía Alarcón Castro para optar al título de especialista en Fisiatría bajo mi dirección, el cual tiene por tema: Respuesta clínica en la aplicación de la escala Zarit en los cuidadores de los pacientes ingresados en las salas de rehabilitación del Hospital Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre 2019, ha sido de mucha importancia al querer estudiar una de las poblaciones que probablemente no nos llamaría la atención, pero que sabemos no es menos importante, el del acompañante, al darnos cuenta de su papel dentro de la recuperación y el avance clínico del paciente ingresado con una limitación funcional, y como dicha patología afecta a todo el entorno de este, incluyendo a las personas en estudio.

Este trabajo reúne los datos necesarios para darnos cuenta de que la función de los cuidadores permite un logro real por el apego, apoyo y adherencia a las necesidades que nuestros pacientes requieren día a día en sus terapias de rehabilitación durante su estancia hospitalaria.

Dr. Denis Álvarez Mejía

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Dra. Diana Estefanía Alarcón Castro

Índice

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen

Opinión de Tutor

I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
Estudios Internacionales	2
Estudios Nacionales.....	3
III. Justificación	4
Originalidad	4
Conveniencia institucional	4
Relevancia Social	4
Valor Teórico	4
Relevancia Metodológica	4
IV. Planteamiento del Problema	5
Caracterización.....	5
Delimitación	5
Formulación	5
Sistematización	5
V. Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos específicos.....	6
VI. Marco Teórico	7
Las características propias del cuidador	9
Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador:.....	13
Tareas de los cuidadores.....	15
Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.....	16
Relación anterior entre el cuidador y la persona cuidada	18
VII. Diseño Metodológico	20
Tipo de estudio.....	20
Área de Estudio	20
Universo	20
Muestra	20

Tipo de muestreo	20
Criterios de Inclusión y Exclusión	21
Unidad de Análisis	21
Obtención de la información.....	21
Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información	21
Matriz de Operacionalización de Variables.....	22
Plan de Tabulación y Análisis Estadístico	27
Consideraciones éticas.....	27
VIII. Resultados	28
IX. Discusión y Análisis.....	34
X. Conclusiones	36
XI. Recomendaciones	37
XII. Referencias Bibliográficas	38
XIII. Anexo.....	39

I. Introducción

La carga constituye un concepto clave en el análisis del estado emocional de los cuidadores. Desde su introducción en el campo el concepto de carga ha ido evolucionando desde una concepción unidimensional a una diferenciación entre carga objetiva y subjetiva e incluso a un concepto multidimensional. Esto es debido a las repercusiones negativas que conlleva la carga tanto en el cuidador como en la persona receptora de cuidados, así como en la relación que el primero establece con la segunda. (Rivas, 2014, pág. 9)

Los cuidados a personas discapacitadas en su domicilio implican en gran medida a la familia, en la que destaca la figura del cuidador principal. Este cuidador se ve expuesto a una elevada carga física y psíquica ante la que es fácil que presente un patrón disfuncional conocido como “cansancio en el desempeño del rol de cuidador” se diagnostica cuando en el cuidador principal se encuentra dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia; presenta asimismo unas características definitorias y unos factores relacionados. (Vásquez, 2015, pág. 65).

El poder determinar las necesidades de los cuidados que van a requerir los pacientes son un factor importante en el pronóstico de dicho paciente indiferente de la causa de su discapacidad, donde destaca la figura del cuidador a cargo, quien se ve expuesto a una elevada carga física y psíquica, la cual es fácil presentar un patrón disfuncional, el cual a su vez repercutirá no solo en el cuidador sino también en la persona que recibe cuidados

II. Antecedentes

Estudios Internacionales

Irene J. Higginson, et al, Inglaterra (2011), en un estudio retrospectivo con 451 pacientes terminales, se evidenció una sobre vida y mejora, con una comparación de un cuestionario acordado comparado con el completo, con una significancia diagnóstica y pronóstica similar en ambos cuestionarios. (Higginson, 2010, págs. 536-538).

Johana Vélez Lopera, et al; Colombia (2011), con su estudio de validación, con 312 personas, Cuidadores principales de pacientes ancianos dependientes, mayores de 65 años, las escalas abreviadas obtuvieron una sensibilidad entre 36, 84 y 81%, una especificidad entre 95, 99 y 100%, un valor predictivo positivo entre 71 y 100% y valores predictivos negativos entre el 91 y el 97%. (Johana María Vélez Lopera, 2011, pág. 412)

Javier Ballesteros, et al, España (2012), con un estudio prospectivo de 241 encuestados, con una proporción exitosa con el uso del cuestionario Zarit, con una respuesta optima del 85%, considerándose una de las pruebas psicométricas más completas para pronóstico y diagnóstico. (Javier Ballesteros, 2012, pág. 1144)

John F. Deeken, Estados Unidos (2013), mediante una revisión sistémica de 28 escalas para valorar el nivel de carga, las necesidades y la calidad de vida de los cuidadores informales, con una revisión de 334 artículos de 1870 en total, donde el cuestionario de Zarit presento mayor respuesta pronóstica en los cuidadores según su resultado. (John F. Deeken, 2013, pág. 936)

Manuel Martín-Carrasco, et al España (2013), 31 instrumentos de evaluación, que han sido agrupados en función de 3 enfoques: sobrecarga objetiva/subjetiva, sobrecarga desde un enfoque multidimensional y sobrecarga como estrés asociado al deterioro del paciente, donde la importancia del distrés en el cuidador como un factor predictor de la institucionalización del paciente. (Manuel Martín-Carrasco, 2013, pág. 280).

Ana María Gort, et al, España (2013), en su estudio descriptivo con 44 cuidadores del área paliativa, de manera comparativa al ingreso y a los 10 días de estancia hubo una elevada concordancia de la entrevista con la Escala Zarit, y se observó una mejoría significativa de la claudicación familiar a los 10 días de ingreso, determinando es útil para la identificación y seguimiento de la claudicación del cuidador en unidades paliativas. (Ana M. Gort, 2013).

Rivas, María, et Al, España (2014), en su estudio de revisión sistemática de los instrumentos de evaluación de la carga, con 38 cuestionarios previa exclusión según parámetros, encontraron como el cuestionario Zarit como uno de los más utilizados con mejor presentación dinámica de los resultados esperados. (Rivas, 2014, págs. 17-18)

Vásquez Sánchez, M, et al; España (2015), Estudio analítico transversal sobre los cuidadores de personas discapacitadas de una zona básica de salud con una muestra aleatoria simple de 49 sujetos La concordancia entre la valoración es de 0,54. El cuestionario de Zarit presenta un punto de interés: 43/44. Con asociación entre el diagnóstico y 4 características definitorias y 5 factores relacionados. Las cuidadoras con más de 43 puntos en la escala de Zarit estarían cansadas con una alta probabilidad. (Vásquez, 2015, págs. 67-68).

Estudios Nacionales

Jiménez, Julio, Solórzano Lucia; León (2005), se evaluó a 20 cuidadores valorando opinión, sentimiento trato y sobrecarga del cuidador, el 56% de los valorados poseía una carga intensa, manteniendo el porcentaje en los acápites pertinentes. (Jimenez Julio, 2005)

No se encontraron antecedentes menores de 10 años a nivel nacional ni institucional.

III. Justificación

Originalidad. el impacto físico y psíquico que puede generar en el cuidador, sin importar la condición discapacitante puede conllevar en gran medida a pronosticar el impacto clínico tanto en el paciente como el cuidador, el generar información de la población de nuestro país permite el desarrollo de nuevos protocolos y estadísticas, he ahí el porqué de este estudio.

Conveniencia institucional: Es importante destacar la pertinencia de esta problemática a nivel institucional ya que tanto la Organización Mundial de la Salud como el Ministerio de Salud de Nicaragua promueven la actualización de datos con el fin de protocolizar y mejorar el impacto de la salud de los pacientes

Relevancia Social: Permitirá recopilar información autóctona de las comunidades estudiadas, permitiendo a su vez generar datos estadísticos y de frecuencia, logrando incidir precozmente posibles protocolos de acción para la mejoría y prevención de complicaciones en los cuidadores

Valor Teórico: El aporte científico de este estudio permitirá obtener estadísticas propias, así como servir de base para determinar y crear protocolos propios con el objetivo de estandarizar acciones preventivas para el cuidador, indiferente de la causa etiológica del paciente.

Relevancia Metodológica: la realización de este estudio permitirá determinar estadísticas, frecuencias e impactos gracias a escalas estudiadas internacionalmente para compararlas con la población nacional.

IV. Planteamiento del Problema

Caracterización

En Nicaragua, el ingreso de pacientes con discapacidades adquiridas de manera aguda, de distintas etiologías como, traumáticas, vasculares, neurológicas entre otras, indican la necesidad de un cuidador, quien conllevará un valor determinante en el pronóstico de su paciente.

Delimitación

En el Hospital Aldo Chavarría, constituye un motivo de ingreso las diferentes discapacidades presentadas por los pacientes los cuales en su mayoría ameritan cuidadores, quienes deben soportar un impacto mental, físico y emocional que va estar relacionado con el mejoramiento del paciente.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la respuesta subjetiva en la aplicación de la escala Zarit en los cuidadores de los pacientes ingresados en las salas de rehabilitación del Hospital Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre 2019?

Sistematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
2. ¿Cuáles son los diagnósticos de los pacientes cuidados por la población de estudio?
3. ¿Cuáles son las frecuencias de la población objeto de estudio con el cuestionario Zarit al ingreso y 10 días posterior según sus acápites?
4. ¿Cuál es la respuesta subjetiva y pronóstica de las personas estudiadas en el periodo de ingreso hospitalario

V. Objetivos

Objetivo General:

Evaluar la respuesta subjetiva en la aplicación de la escala Zarit en los cuidadores de los pacientes ingresados en las salas de rehabilitación del Hospital Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre 2019

Objetivos específicos:

1. Mencionar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Enumerar los diagnósticos de los pacientes cuidados por la población de estudio.
3. Describir las frecuencias de la población objeto de estudio con el cuestionario Zarit al ingreso y 10 días posterior según sus acápites
4. Valorar la respuesta subjetiva y pronostica de las personas estudiadas en el periodo de ingreso hospitalario

VI. Marco Teórico

Al conceptualizar el cuidar se pueden generar diversas implicancias al igual que variadas actividades de prestación de ayuda. Aunque las áreas en las que se prestan cuidados y las tareas que implica dicha ayuda dependen de cada situación particular, muchas de las tareas habituales que implica la prestación de ayuda a una persona lesionada a nivel medular (que es dependiente) son comunes a la mayoría de las situaciones de cuidado. (John F. Deeken, 2013, pág. 924)

Por su parte el conceptualizar “el cuidador” se puede describir los cuidadores familiares de personas lesionadas aquellos individuos que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone. Aun así, no es fácil para ninguna persona enfrentarse al hecho de que alguien cercano depende de ella para continuar adaptándose a su vida cotidiana. Incluso las personas que mejor afrontan la situación del cuidado de un individuo con lesión medular tienen que hacerse a la idea de que el ser querido necesita de su cuidado y supervisión casi constante para sobrevivir y están llamados a dedicar gran cantidad de tiempo y esfuerzo a esta nueva actividad. (Ana M. Gort, 2013, pág. 124)

La mayoría son: mujeres, esposas, hijas y nueras. Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa. A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas lesionadas como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación. (Higginson, 2010, pág. 538)

En la inmensa mayoría de los casos, una persona no se convierte en cuidadora de un día para otro. Esto es así porque la mayor parte de las causas de dependencia de las personas lesionadas son trastornos o enfermedades que implican un cierto deterioro, asociado a un también progresivo aumento de su necesidad de ayuda en las actividades de la vida cotidiana, esto es, de la dependencia.

El proceso de adquisición del papel o rol de cuidador, que será más o menos largo en función de múltiples factores, es de suma importancia ya que influye sustancialmente en la forma en que posteriormente se prestan los cuidados y en cómo se sienten los cuidadores. (Javier Ballesteros, 2012, pág. 1143).

Frecuentemente, en el inicio del cuidado, la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado y tampoco de que probablemente se encuentra en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. Poco a poco, sin apenas darse cuenta de ello, la persona va integrando su nuevo papel de cuidador/a en su vida diaria. (Ana M. Gort, 2013, pág. 123)

Una de las situaciones más comunes y difíciles comienza cuando la persona o personas lesionadas, que viven en su propio domicilio con niveles relativamente altos de independencia y autonomía funcional, se preocupan, al igual que sus familiares, por el hecho de vivir solos en sus condiciones físicas, así como por algunos sucesos puntuales (por ejemplo, una caída). Así, se plantea en el ámbito familiar si es conveniente que sigan viviendo solos o se trasladen cerca de los hijos o a la propia casa de éstos. (Ana M. Gort, 2013, pág. 124).

Las características propias del cuidador.

- La mayoría de los cuidadores son mujeres.
- De entre las mujeres cuidadoras: son hijas, son esposas y un son nueras de la persona cuidada.
- En su mayoría están casados.
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada.
- En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador.
- La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor.
- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas.
- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja.
- Percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente.
- Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos. (Jimenez Julio, 2005, pág. 42)}

Concepto de cuidar: Cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchas los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. El por qué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar con lesión medular, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se marquen los cuidadores, etc., son algunos de esos aspectos (Johana María Vélez Lopera, 2011, pág. 413)

Características comunes a las situaciones de cuidado de personas dependientes.

- Proporcionar esta ayuda es una buena forma de que las personas lesionadas sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están resueltas.
- Implica una dedicación importante de tiempo y energía.
- Conlleva tareas que pueden no ser cómodas y agradables.

- Suele darse más de lo que se recibe.
- Es una actividad que, normalmente, no se ha previsto y para la que no se ha sido previamente preparado. (Rivas, 2014, pág. 15).

Las fases de adaptación a la situación de cuidado: A pesar de que las circunstancias que rodean a cada situación de cuidado son distintas y que el proceso de "ajuste" a la nueva situación varía de un cuidador a otro, se pueden distinguir una serie de fases de adaptación al cuidado que son experimentadas por la mayoría de los cuidadores. No obstante, dada la gran variedad que existe entre las personas, es probable que estas fases no se produzcan en todos los casos. (Rivas, 2014, pág. 11)

Fase 1: negación o falta de conciencia del problema: En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la lesión medular de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Así, es común encontrarse con que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad (o varias) que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo. (Rivas, 2014, pág. 11)

Este estadio es, normalmente, temporal. Conforme el tiempo pasa y las dificultades de la persona enferma para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que el paciente está "simplemente deteriorado" o que se trata de una "enfermedad temporal". (Rivas, 2014, pág. 11)

Fase 2: búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles: A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la lesión de su familiar no sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar profundamente su propia vida y la de las personas que le rodean. (Rivas, 2014, pág. 12)

En esta fase, los cuidadores suelen comenzar a buscar información para aprender lo máximo posible acerca de la enfermedad que sufre su familiar y sobre sus posibles causas. Buscar información es, pues, una estrategia básica de afrontamiento. En este momento son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de "malestar" por la injusticia que supone el que les haya "tocado" a ellos vivir esa situación. El enfado, o, en su versión más intensa, la ira, son respuestas humanas completamente normales en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias. Existen en la vida, desgraciadamente, algunos hechos negativos que son inevitables y que no se pueden cambiar, y son situaciones de este tipo las que típicamente afrontan los cuidadores de personas lesionadas. (Rivas, 2014, pág. 12)

A medida que aumenta la intensidad de la dependencia funcional del familiar enfermo, se incrementa la pérdida de control por parte de los cuidadores, con el consiguiente incremento en frecuencia e intensidad de sus sentimientos de ira, enfado y frustración. Estos sentimientos son, en estos casos, especialmente difíciles de manejar, debido a que los cuidadores no saben identificar bien cuál es el objeto de su malestar. Las consecuencias más frecuentes de esta "cólera sin objeto" son los sentimientos de culpa. (Rivas, 2014, pág. 12)

Sobrellevar los sentimientos de ira y de culpa sin tener medios adecuados para expresarlos puede ser muy destructivo para la persona. Es aconsejable que la persona que cuida "tome conciencia" de estos sentimientos y pueda hablar de ellos de manera clara y sincera con alguna persona de su confianza.

Fase 3: reorganización: Conforme pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar. Una relación esencial para la persona- una esposa, un padre o una madre- "se ha perdido". La vida ha perdido el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida. (Rivas, 2014, pág. 13)

Sin embargo, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse,

la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado. Este período de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida. (Rivas, 2014, pág. 13)

Fase 4: resolución: Con ese aumento del control sobre su situación y el reconocimiento de que como cuidador/a será capaz de manejar y sobrellevar los cambios y desafíos que supone y supondrá la situación de cuidado, surge un nuevo período de adaptación que, desgraciadamente, no es alcanzado por todos los cuidadores. En este estadio del cuidado, los cuidadores son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente la tristeza y la pena. (Rivas, 2014, pág. 14)

A pesar de que en esta fase las responsabilidades continúan aumentando en número e intensidad y la situación del familiar continúa su progresión, si la persona que cuida logra una buena adaptación, podrá estar más sereno que en los primeros momentos de la lesión. Éste puede ser un buen momento para reflexionar a fondo acerca de recuerdos de la relación que mantuvo en el pasado con su familiar y comenzar a reconstruir una imagen de cómo era éste antes de que la lesión medular mostrase sus primeros signos, imagen que hará más confortable y significativa la labor de la persona que cuida (Rivas, 2014, pág. 14).

Parentesco con la persona a la que se cuida: La experiencia de cuidado varía mucho en función del parentesco que una al cuidador con la persona cuidada.

a) El esposo o la esposa como cuidador: Cuando uno de los miembros de una pareja sufre un deterioro de la salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud.

b) Las hijas y los hijos como cuidadores: Cuando la persona que cuida es la hija o el hijo, existe un vínculo natural familiar con la persona lesionada que favorece la disposición del

cuidado. En la mayoría de las ocasiones, representa un fuerte impacto emocional para los hijos darse cuenta de que el padre, la madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando venían haciéndolo hasta fechas recientes. Este impacto también se ve afectado por el fenómeno de la inversión de roles, en cuanto que el papel de cuidador que se asigna al hecho de ser padre o madre deja paso al papel de persona que necesita ser cuidada y, viceversa, el papel del hijo como alguien que es cuidado es sustituido por un papel de cuidador. Además de esto, a los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres ya que normalmente implica además algo imprevisto que puede impedirles realizar algunas de las actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato. (Jimenez Julio, 2005, pág. 41)

Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador: Durante el cuidado, pueden aparecer determinadas situaciones que pueden suponer una mayor dificultad para la convivencia familiar e, incluso, ocasionalmente, un peligro potencial tanto para la persona que recibe los cuidados como para la que cuida. Muchas personas dedican una parte importante de su tiempo a cuidar de un familiar con lesión medular que depende de esta ayuda para desenvolverse en su vida diaria. Esta dedicación suele implicar una cierta renuncia a otras formas de vida con diversas consecuencias para estas personas (Higginson, 2010)

Cambios en las relaciones familiares: Uno de los cambios que los cuidadores manifiestan de forma más clara respecto a su situación se refiere a las relaciones familiares. En efecto, pueden aparecer conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos u otros hacia la persona lesionada o por la forma en que se proporcionan los cuidados. A veces el malestar con otros miembros de la familia es debido a los sentimientos del cuidador principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza. (John F. Deeken, 2013)

Otro cambio típico es la inversión de "papeles", ya que, por ejemplo, la hija se convierte en cuidadora de su madre variando así la dirección en la que se produce el cuidado habitual de padres e hijos. Este cambio de papeles requiere una nueva mentalidad respecto al tipo de relación que existía anteriormente entre padres e hijo y exige al cuidador, en

definitiva, un esfuerzo de adaptación. Especialmente intenso es el cambio en la relación entre quien cuida y la persona cuidada. (Jimenez Julio, 2005)

Es frecuente que la persona con lesión medular se vaya a vivir con el cuidador principal y su familia. Este cambio puede ser también una fuente de conflictos puesto que el resto de la familia también se ve afectada por la nueva situación, no siempre deseada. El cuidado de la persona (lesión medular) dependiente implica muchas tareas, tiempo y dedicación. Un tiempo y una dedicación que en ocasiones la pareja o los hijos echan de menos para ellos (Jimenez Julio, 2005)

Cambios en el trabajo y en la situación económica: Para muchos cuidadores es conflictivo mantener un trabajo a la vez que se realizan la tarea de cuidado. En algunas ocasiones tienen la sensación de abandonar a la persona con lesión medular para ir al trabajo y en otras la de estar incumpliendo con el trabajo. También son frecuentes las dificultades económicas, ya sea porque disminuyen los ingresos (disminución de la dedicación laboral) o porque aumentan los gastos derivados del cuidado del lesionado (Johana María Vélez Lopera, 2011).

Cambios en el tiempo libre: Cuidar a una persona lesionada exige mucho tiempo y dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio, a los amigos, hay que dedicarlo ahora a afrontar esta tarea. Es frecuente que el familiar cuidador perciba que no tiene tiempo para su ocio. Incluso es posible que no se dedique ese tiempo a sí mismo por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si dedica tiempo a sí mismo está abandonando su responsabilidad. La reducción de actividades en general y, sobre todo, de las actividades sociales es muy frecuente y está muy relacionada con sentimientos de tristeza y de aislamiento. (Johana María Vélez Lopera, 2011)

Cambios en la salud: Algo muy frecuente en los cuidadores es el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar. De hecho, no es una 'sensación', sino que cuando se comparan a personas que cuidan, con personas sin esa responsabilidad, los cuidadores tienen una peor salud. En otros estudios se encuentra también

que las personas que cuidan visitan más al médico y tardan más en recuperarse de las enfermedades. (Johana María Vélez Lopera, 2011).

Carga del cuidador: Se considera sobrecarga el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de personas dependientes, que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional. La carga es un concepto clave en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas con lesión medular sobre la familia. Desde su aparición ha sido profusamente utilizado en la investigación 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. (Manuel Martín-Carrasco, 2013)

Cuando los cuidados son continuos durante un período de tiempo prolongado, puede llegar a producirse una sobrecarga, que, de una forma muy progresiva y sutil, llega a provocar deterioro en la salud del cuidador: es el denominado *Síndrome Del Cuidador* Esta pérdida de salud afecta a diferentes áreas y presenta una sintomatología múltiple. Los síntomas más característicos suelen ser: En el área física: cansancio, cefaleas, dolores articulares, etc. En el área psíquica: depresión, trastornos del sueño, ansiedad, irritabilidad, etc. En el área social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad, aislamiento, etc. Y en el área laboral: absentismo, desinterés por el trabajo, etc. Todas estas alteraciones repercuten en la vida de la persona de tal forma que pueden llevarla a una situación en la que tendrá que dejar de ejercer su papel de cuidador. (Johana María Vélez Lopera, 2011)

Tipos de Sobrecarga.

Los tipos de sobrecarga referidas son:

- *Objetiva:* entiende a la sobrecarga que es observable y medible.
- *Subjetiva:* entiende a la sobrecarga percibida de sujeto ante el suceso de cuidar.

Tareas de los cuidadores

- Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.).
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarle al médico).

- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer muchas "pequeñas cosas" (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc.). (Manuel Martín-Carrasco, 2013, pág. 280)

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit fue diseñada por este autor para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga (reflejo del impacto subjetivo de la relación de cuidados sobre las vidas de los cuidadores) sentida por los mismos. Según la teoría general del estrés, el cuidador debe enfrentarse con factores estresantes y su respuesta a los mismos se ve distorsionada por el impacto emocional y la posible utilización de soporte familiar y estrategias de manejo. Este es el enfoque de la Escala de Zarit. Se trata de un instrumento auto aplicado de 22 ítems, que exploran los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Cada cuestión se evalúa mediante una escala tipo Likert con 5 posibles respuestas que van desde nunca a casi siempre y que puntúan entre 1 y 5. La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango, por lo tanto, oscila entre 22 y 110. (Johana María Vélez Lopera, 2011)

La definición y medición de sobrecarga ha recibido considerable atención en la literatura en relación con la demencia de Alzheimer, mas no con los lesionados medulares. Existen métodos precisos para determinar sobrecargar en cuidadores de demencia, aunque la predicción de la misma es la más difícil de establecer. Hay considerables diferencias inter-individuales en la percepción de sobrecarga y la experiencia como tal está mediada por

múltiples factores como el apoyo social, los recursos financieros, la capacidad personal para enfrentarse a la adversidad o la presencia de autoestima en quien ejerce el papel de cuidador.

Su correcto diagnóstico es importante porque puede comportarse como un predictor de institucionalización del paciente. Una detección precoz de la sobrecarga en los cuidadores es fundamental porque nos va a permitir establecer intervenciones terapéuticas sobre el paciente y el cuidador, realizar diversas terapias familiares, establecer grupos de apoyo mediante sociedades de enfermos y fomentar la educación del paciente y el cuidador. (Johana María Vélez Lopera, 2011)

Motivos por los que se cuida a una persona lesionada: La mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales, que deben ser respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. Los cuidadores también señalan otros motivos para prestar cuidados:

- Por **motivación altruista**, es decir, para mantener el bienestar de la persona cuidada, porque se entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones.
- Por **reciprocidad**, ya que antes la persona ahora cuidada les cuidó a ellos.
- Por la **gratitud y estima** que les muestra la persona cuidada.
- Por **sentimientos de culpa** del pasado: algunos cuidadores se toman el cuidado como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado.
- Para **evitar la censura** de la familia, amigos, conocidos, etc. en el caso de que no se cuidara al familiar en casa. (Jimenez Julio, 2005)
- Para obtener la **aprobación social** de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general por prestar cuidados.

Parece lógico suponer que el mayor "peso" de una u otra razón influirá en la calidad, cantidad y tipo de ayuda que se proporcionará, así como en el grado de satisfacción con la experiencia de cuidado obtenido por el cuidador.

Relación anterior entre el cuidador y la persona cuidada

La experiencia de cuidado está muy influenciada por el tipo de relación que mantenían el cuidador y la persona cuidada antes de que esta última necesitara ayuda para continuar respondiendo a las demandas de la vida cotidiana. El parentesco existente entre el cuidador y la persona cuidada es un importante factor que influye en gran medida en la experiencia de cuidado.

Los cuidadores que antes de la dependencia mantenían una relación más cercana e íntima con la persona cuidada, la conocían mejor y mantenían con ella una buena relación basada en el afecto son los que suelen presentar con más frecuencia una motivación altruista en sus cuidados a su familiar. Es frecuente encontrar en este grupo a los familiares más cercanos de la persona cuidada. Estas personas cuidan a sus familiares porque "sienten" sus necesidades, anhelos e intereses y quieren ayudarles a aumentar su bienestar y sentirse mejor.

Los cuidadores que han mantenido con la persona cuidada una mala relación antes de que ésta necesitara de sus cuidados, o aquellos cuya relación ha sido menos cercana y de menor familiaridad con ella, muestran con menos frecuencia motivaciones de tipo altruista, siendo las motivaciones predominantes el sentido de obligación familiar, la evitación de la censura y la aprobación social. (Jimenez Julio, 2005)

La aplicación de este instrumento puede ser de múltiples formas. Por ejemplo, se podría realizar una aplicación colectiva en caso de que se esté realizando un estudio a una muestra de población. También puede ser auto administrado, en caso de que estemos cuidando a un paciente y queramos saber hasta qué punto nos encontramos afectados. En el

ámbito de la psicología clínica, el terapeuta podría aplicar esta escala con la finalidad de conocer con exactitud el nivel de afección de su paciente, y a la vez mostrarle de una manera mensurable que es necesario buscar mejores alternativas respecto a sus labores como cuidador.

Una vez obtenidas las puntuaciones totales de la escala, en los 22 Ítems reactivos, se procede a sumarlas. Como se mencionó anteriormente, el rango va entre 22 y 110. Los puntos de corte que determinan el nivel de afección del cuidador, según la adaptación española, son los siguientes:

- ✓ Sin sobrecarga: 22- 46.
- ✓ Sobrecarga: 47-55.
- ✓ Sobrecarga intensa: 56-110

VII. Diseño Metodológico

Tipo de estudio

De acuerdo con el método de investigación el presente estudio fue observacional, descriptivo, Cohorte, Transversal, prospectivo, enfoque mixto, comparativo entre 2 momentos.

Área de Estudio

El área de estudio de la presente investigación estuvo centrada en los cuidadores de los pacientes ingresados en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre del 2019.

Universo

La población de estudio correspondió a todos los cuidadores de los pacientes ingresados en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre del 2019 que cumplían los criterios de inclusión concordante con 43 cuidadores.

Muestra

Fue la totalidad de los cuidadores de los pacientes ingresados en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría que cumplieron con los criterios de inclusión equivalentes a 43 personas.

Tipo de muestreo

El tipo de muestra del estudio fue no aleatorio por conveniencia debido a que se tomó a la totalidad de los cuidadores.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

- ✚ Cuidador de algún paciente ingresado en el Hospital Aldo Chavarría
- ✚ Mayor de 10 días de hospitalización
- ✚ Que participó del estudio

Criterios de exclusión

- ✚ Menor de 10 de días de hospitalización con su paciente

Unidad de Análisis

Fue primario, con la obtención información directa de los cuidadores de los pacientes ingresados en el Hospital Aldo Chavarría de Rehabilitación en el periodo comprendido.

Obtención de la información

La información se obtuvo directamente de los cuidadores de pacientes, en ese momento ingresados con sala de rehabilitación del Hospital Aldo Chavarría de agosto a diciembre del 2019.

Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información

La presente investigación utilizó al *Paradigma Socio-Crítico*, de acuerdo con esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas de la época y de la experiencia. (Pérez Porto, 2014). Se realizó previa coordinación con autoridades, la selección de los expedientes de las pacientes, previa filtración según criterios en casos. Se llenó el instrumento de recolección. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, págs. 532-540).

Matriz de Operacionalización de Variables: Objetivo General: Evaluar la respuesta clínica en la aplicación de la escala Zarit en los cuidadores de los pacientes ingresados en las salas de rehabilitación del Hospital Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre 2019

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas	
<p><u>Objetivo Especifico 1</u> Mencionar las características sociodemográficas de la población en estudio</p>	<p>Características Socio-Demográficas De las pacientes</p>	<p>1.1 Edad 1.2 Procedencia 1.3 Sexo</p>	<p>1.1. Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha 1.2. Ubicación de residencia actual 1.3. Condición legal</p>	<p>Cuantitativa Cualitativa Cualitativa</p>	<p>≤ 19 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a 69 años ≥ 70 años Urbana Rural Femenino Masculino</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas	
<p><u>Objetivo Especifico 1</u> Mencionar las características sociodemográficas de la población en estudio</p>	<p>Características Socio-Demográficas De las pacientes</p>	<p>1.4 Estado Civil 1.5 Escolaridad 1.6 Ocupación</p>	<p>1.4. Condición legal 1.5. Nivel académico 1.6. Cargo laboral que posee</p>	<p>Cuantitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa</p>	<p>Casada Unión de Hecho Soltera/o Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Ama de casa Licenciada Estudiante Comerciante Otros</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo Especifico 2</u> Enumerar los diagnósticos de los pacientes cuidados por la población de estudio</p>	<p>Las principales causas diagnósticas de los pacientes cuidados</p>	<p>Diagnósticos de ingreso de los pacientes cuidados</p>	<p>Patología diagnóstica</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>DM HTA EPILEPSIA ACV TRAUMA CRANEAL /MEDULAR ARTRO- DEGENERATIVAS</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo Especifico 3</u> Describir las frecuencias de la población objeto de estudio con el cuestionario Zarit al ingreso y 10 días posterior según sus acápite</p>	<p>Aplicación de cuestionario</p>	<p>Realización de preguntas en 2 momentos</p>	<p>Aplicación al inicio y 10 días posterior a su cuidado en el hospital</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Sin sobrecarga 22- 46 puntos Sobrecarga: 47-55 puntos. Sobrecarga intensa: 56-110 puntos</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo Especifico 4</u> Valorar la respuesta subjetiva y pronostica de las personas estudiadas en el periodo de ingreso hospitalario</p>	<p>Interpretación clínica</p>	<p>22-46 47-55 56-110</p>	<p>Respuesta al cuestionario</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Aumento Disminución Igual Puntaje</p>

Plan de Tabulación y Análisis Estadístico

Plan de Tabulación

Se realizaron los *tablas y gráficos de frecuencia*, con valor mínimo y máximo, absoluto y porcentual, de manera comparativa en ambos momentos que se realizó, las gráficas se realizaron de barras.

Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base datos correspondiente, utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows. Posterior a la realización del control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes. De acuerdo con la naturaleza de cada una de las variables cuantitativas y cualitativas guiada por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: El análisis de frecuencia, estadísticas descriptivas según cada caso.

Consideraciones éticas

- ✓ Se solicitó permiso al subdirector docente del hospital, explicándole verbalmente en qué consiste la investigación para las entrevistas, y se aplicó el cuestionario en 2 momentos a los cuidadores de pacientes
- ✓ No se mencionaron los nombres de los cuidadores a estudio.
- ✓ No se registraron los nombres de los profesionales de salud que intervinieron en algún momento en la atención de los pacientes en estudio.

VIII. Resultados

Al recalcar los resultados en mi estudio encontré los siguientes resultados

Al evaluar las edades en los familiares de pacientes estudiados se encontró mayor frecuencia estadística en las edades de 20 a 29 años con un 41.9% (18 personas), se continúa las edades de 30 a 39 años con un 20.9% (9 personas) seguido de las edades de 40 a 49 años equivalente a 16.3% (7 personas), luego los menores de 19 años con un 14% (6 personas), en menor cuantía los de 50 a 59 años (2 personas) y en menor frecuencia una única persona mayor de 70 años con concordante a un 2.3% (Ver gráfico 1).

Cuando se valora las ocupaciones la mayor frecuencia estadística se encontró en amas de casa con un 30.2% (13 personas), seguido por estudiantes con 23.3% (10 personas), seguido de comerciantes con un 11.6% (5 personas), en menor frecuencia licenciados con 4.7% (2 personas), se obtuvo un 30.2% en otras ocupaciones) (Ver gráfico 2).

Cuanto se valoran las características sociodemográficas a nivel de la escolaridad se encuentra mayor frecuencia estadística en las personas con estudios secundarios con un 51.2% (22 personas), seguido de estudios universitarios con un 27.9% (12 personas), luego de estudios primarios con un 14% (6 personas) y en menor cuantía personas sin estudios académicos con un 7% (3 personas) (Ver tabla 1).

Al considerar la característica sociodemográfica de sexo de las personas estudiadas se encontró un predominio en el sexo femenino con un 58.1% equivalente a 25 personas y en menor frecuencia el sexo masculino con 41.9% concordante con 18 personas (Ver tabla 1).

Al evaluar de procedencia geográfica de las personas estudiadas se evidenció un predominio estadístico en el origen urbano con un 67.4% concordante con 29 personas y en menor frecuencia del sector rural con un 32.6% equivalente a 14 personas. (Ver tabla 1).

Al consolidar la variable de estado civil se evidenció una mayor frecuencia estadística en soltera/o con un 44.2% lo cual equivale a 19 personas, seguido de casados con 34.9% concordante con 15 personas y en menor frecuencia estadística la unión de hecho estable con un 20.9% que traduce a 9 personas (Ver tabla 1).

Al valorar los diagnósticos de los familiares de las personas objeto de estudio se evidenció mayor frecuencia estadística en las Hemiplejia Secundaria a ACV con un 30.2% equivalente a 13 personas, seguido de Cuadriparesia por espondiloartrosis operado con un 27.9% concordante con 12 personas, continua la Paraplejia por Luxofractura con un 23.3% equivalente a 10 personas, luego los diagnósticos de Encefalopatía Hipoxémica, Guillain Barre, Tumor Intramedular y Otros presentaron el mismo valor estadístico con un 4.7% que equivale a 2 personas respectivamente. (Ver gráfico 3).

Al evaluar las preguntas del primer encuentro de si su paciente pide más ayuda se encontró mayor frecuencia estadística en la opción C con un 37.2% y menor cuantía la opción D con 9.4% (4 personas). En la pregunta si poseía tiempo para Usted se encontró la mayor frecuencia estadística en la opción C con un 44.2% (19 personas) y en menor frecuencia la opción D con 4.7% (2 personas). En la pregunta si esta estresado por cuidar la mayoría seleccionó la opción A con 34.9% (15 personas) y en menor frecuencia la Opción D con un 7% (3 personas). En la pregunta si se siente avergonzado por su paciente la mayoría seleccionaron la opción A con un 86% (37 personas) y en menor frecuencia la opción C con un 2.3% (1 persona). Al evaluar si se siente irritado cerca de su paciente se evidencio una predilección estadística por la opción A con un 79.1% (34 personas) y en menor frecuencia la opción E con un 2.3% (1 persona) (Ver tabla 2).

Al valorar las preguntas del primer encuentro si se ha afectado la relación con sus amigos la mayoría de las personas seleccionaron la opción A con un 60.5% (26 personas) y en menor frecuencia la opción E con un 9.3% (4 personas). Al valorar si siente temor por el futuro de su paciente la mayoría eligieron la opción C con un 46.5% (20 personas) y en menor cuantía la opción la opción D con un 4.7% (2 personas). Considerar si su paciente depende de usted la mayoría eligieron la opción C con un 37.2% (16 personas) y en menor frecuencia

la opción B con un 2.3% (1 persona). Al considerar si se siente agotado junto a su paciente el 37.2% respondió la opción C (16 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 4.7% (2 personas). Al preguntar si su salud se ha afectado por su paciente la mayoría eligió la opción A con un 67.4% (29 personas) y la minoría respondió la opción E con un 4.7% (2 personas) (Ver tabla 3).

Cuando se pregunta en el primer encuentro si se siente que no tiene vida privada la mayoría de las personas contestaron la opción A con un 60.5% (26 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 2.3% (1 persona). A evaluar si cree que sus relaciones sociales se han afectado la mayoría de las personas contestaron la opción A con un 69.8% (30 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 2.3% (1 persona). Al preguntar si se siente incómodo por invitar amigos a casa la mayoría contestaron opción A con un 72.1% (31 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 2.3% (1 persona). Al valorar si cree usted no dispone de dinero la mayoría estadística se encontró en la opción C con un 34.9% (15 personas) y en menor frecuencia la opción D con 4.7% (2 personas). (Ver tabla 4).

En el primer encuentro al evaluar si se siente que no va a hacer capaz de cuidar a su paciente la mayoría de las personas contestaron opción A con un 58.1% (25 personas) y en menor cuantía la opción B con un 4.7% (2 personas). Al valorar si ha perdido el control de su vida la mayoría seleccionó la opción A con un 58.1% (25 personas) y en menor frecuencia la opción E con un 9.3% (4 personas). Al considerar si deseara encargar el cuidado a otro la mayoría de las personas seleccionaron la opción A con un 65.1% (28 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 2.3% (1 persona). Al evaluar si se siente inseguro con lo que debe hacer la mayoría seleccionó la opción A con un 46.5% (20 personas) y una minoría la opción D con un 9.3% (4 personas). Al preguntar si se siente debería hacer más de lo que hace la mayoría contestó la opción C con un 39.5% (17 personas) y en menor frecuencia la opción B con un 7% (3 personas) (Ver tabla 5).

Al preguntar en el primer encuentro si cree que podría cuidar mejor la mayoría contestó la opción C con un 37.2% (16 personas) y en menor frecuencia la opción B con un 4.7% (2 personas). Y al valorar si se siente sobrecargado la mayoría contestó opción A con un 39.5% (17 personas) y en minoría la opción E con un 9.3% (4 personas) (Ver tabla 6).

Al evaluar las preguntas del segundo encuentro de si su paciente pide más ayuda se encontró mayor frecuencia estadística en la opción C con un 44.2% (19 personas) y menor cuantía la opción D con 2.3 % (1 persona). En la pregunta si poseía tiempo para Usted se encontró la mayor frecuencia estadística en la opción C con un 51.2% (22 personas) y en menor frecuencia la opción D con 7% (3 personas). En la pregunta si esta estresado por cuidar la mayoría seleccionó la opción C con 48.8% (21 personas) y en menor frecuencia la Opción B con un 2.3% (1 persona). En la pregunta si se siente avergonzado por su paciente la mayoría seleccionaron la opción A con un 81.4% (35 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 2.3% (1 persona). Al evaluar si se siente irritado cerca de su paciente se evidencio una predilección estadística por la opción A con un 81.4% (35 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 2.3% (1 persona) (Ver tabla 7).

Al valorar las preguntas del primer encuentro si se ha afectado la relación con sus amigos la mayoría de las personas seleccionaron la opción A con un 62.8% (27 personas) y en menor frecuencia la opción E con un 4.7% (2 personas). Al valorar si siente temor por el futuro de su paciente la mayoría eligieron la opción A con un 44.2% (19 personas) y en menor cuantía la opción la opción D con un 4.7% (2 personas). Considerar si su paciente depende de usted la mayoría eligieron la opción C con un 25.6% (11 personas) y en menor frecuencia la opción B con un 4.7% (2 personas). Al considerar si se siente agotado junto a su paciente el 39.5% respondió la opción A (17 personas) y en menor frecuencia la opción E con un 4.7% (2 personas). Al preguntar si su salud se ha afectado por su paciente la mayoría eligió la opción A con un 58.1% (25 personas) y la minoría respondió la opción D con un 2.3% (1 persona) (Ver tabla 8).

Al preguntar en el segundo encuentro si se siente que no tiene vida privada la mayoría de las personas contestaron la opción A con un 69.8% (30 personas) y en menor frecuencia la opción B con un 4.7% (2 personas). Al evaluar si cree que sus relaciones sociales se han afectado la mayoría de las personas contestaron la opción A con un 69.8% (30 personas) y en menor frecuencia la opción E con un 7% (3 persona). Al preguntar si se siente incómodo por invitar amigos a casa la mayoría contestaron opción A con un 76.7% (33 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 2.3% (1 persona). Al valorar si cree usted no dispone de dinero la mayoría estadística se encontró en la opción A con un 41.9% (18 personas) y en menor frecuencia la opción D con 14% (6 personas). (Ver tabla 9).

En el segundo encuentro al evaluar si se siente que no va a hacer capaz de cuidar a su paciente la mayoría de las personas contestaron opción A con un 51.2% (22 personas) y en menor cuantía la opción D con un 2.3% (1 persona). Al valorar si ha perdido el control de su vida la mayoría seleccionó la opción A con un 65.1% (28 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 2.3% (1 persona). Al considerar si deseara encargar el cuidado a otro la mayoría de las personas seleccionaron la opción A con un 67.4% (29 personas) y en menor frecuencia la opción E con un 2.3% (1 persona). Al evaluar si se siente inseguro con lo que debe hacer la mayoría seleccionó la opción A con un 65.1% (28 personas) y una minoría la opción B con un 2.3% (1 persona). Al preguntar si se siente debería hacer más de los que hace la mayoría contestó la opción C con un 44.2% (19 personas) y en menor frecuencia la opción B con un 4.7% (3 personas) (Ver tabla 10).

Al preguntar en el segundo encuentro si cree que podría cuidar mejor la mayoría contestó la opción A con un 30.2% (13 personas) y en menor frecuencia la opción D con un 4.7% (2 personas). Y al valorar si se siente sobrecargado la mayoría contestó opción C con un 37.2% (17 personas) y en minoría la opción D con un 4.7% (4 personas) (Ver tabla 11).

Al valorar los puntajes iniciales se encontró la mayoría con sin sobrecarga con un 42.2% (19 personas), seguido de sobrecarga intensa con un 32.6% (14 personas) y en menor cuantía sobrecarga con 23.3% (10 personas) (ver gráfico 4).

Al valorar el puntaje final se evidenció un predominio sin sobrecarga con un 42.2% (19 personas), seguido de sobrecarga con 30.2% (13 personas) y en menor frecuencia estadística la sobrecarga intensa con un 25.6% (11 pacientes) (ver gráfico 5).

Al evaluar cambio en la puntuación se observó un predominio en la disminución del mismo con un 53.5% de los encuestados (23 personas), seguido de un aumento con un 41.9% (18 personas) y solo 2 personas mantuvieron el mismo puntaje (4.7%). (Ver gráfico 6).

IX. Discusión y Análisis

Cuando se considera las características sociodemográficas se encontró el predominio estadístico en la segunda década de vida, con preferencia estadística en las amas de casas y mayor valor en las personas de escolaridad secundaria y universitaria, al igual que se evidenció una mayor frecuencia en el sexo femenino, la soltería se presentó en la mayor parte de los encuestados y la procedencia urbana, fue la más común al establecer valores de frecuencia, todos estos acápites no fueron valorados por los estudios consultados, considerando que todos estos permiten un conocimiento de la respuesta del cuidador en el apego y seguimiento al paciente.

Cuando se hace referencia a las patologías diagnosticadas de los pacientes que son cuidados, se encontró mayor frecuencia en hemiplejias asociadas a eventos cerebro vasculares, lo cual concuerda con Irene J. Higginson, quien observó el mayor porcentaje en secuelas neurológicas, pero no concuerda con Johana Vélez Lopera donde el principal diagnóstico estaba asociado a secuelas post traumáticas.

Al evaluar las frecuencias de los puntajes iniciales se evidenció un predominio estadístico en la variable sin sobrecarga de trabajo, pero con mínima diferencia en la sobrecarga intensa, lo cual se asemeja a los hallazgos de Javier Ballesteros el cual encontró que la mayoría de sus personas objeto de estudio presentaban una sobrecarga intensa inicial, al igual que John F. Deeken, Estados, en los cuales en su puntaje inicial la mayoría presentaba sobre carga intensa al ser evaluados, por su parte Manuel Martín-Carrasco, en su estudio encontró que gran porcentaje de los encuestados no presentaban sobrecarga al iniciar el cuidado de sus pacientes.

Al evaluar la respuesta en 2 momentos se evidenció un predominio de no poseer carga al inicio y final de la encuesta pero si se observó una reducción en la valoración, ya que inicialmente se observó sobrecarga intensa en el segundo valor de frecuencia al inicio pero en la evaluación final este ocupó el tercer lugar, las personas presentaron en su mayoría una disminución del pensamiento y carga hacia su paciente, lo cual puede asemejarse a los

hallazgos de Irene J. Higginson la cual encontró una significancia diagnóstica y pronóstica similar en ambos cuestionarios, a su vez Johana Vélez Lopera, encontró una sensibilidad mayor del 84% en los pacientes al final de su evaluación para el pensamiento de carga hacia los pacientes. Por otra parte, los datos discrepan de los encontrados por Ana María Gort, quien, a pesar de encontrar mejoría en la claudicación de los familiares, se evidenció un aumento en el puntaje en el segundo cuestionario.

Por su parte al valorar ítems se encontró una reducción de la apreciación de los cuidadores en los que respecta a la índole social, pero se observó un incremento en los acápites de cuidado y dependencia del paciente hacia el cuidador, lo cual se asemeja a los hallazgos de Javier Ballesteros el cual encontró una respuesta óptima del 85%, con un predominio de mejoría en las preguntas de índole social y laboral. Por su parte John F. Deeken, presentó mayor respuesta pronóstica en los cuidadores según su resultado con un aumento del puntaje en los acápites de respuesta inmediata y de dependencia social.

Al valorar la respuesta pronóstica de la escala se evidenció una mejoría en el puntaje de las preguntas sociales, de dependencia y personales, permitiendo una mejor adaptación del cuidador hacia su paciente lo cual concuerda con todos los estudios revisados los cuales permiten la escala como un adecuado instrumento de valoración y pronóstico.

X. Conclusiones

Al concluir los hallazgos relevantes a las características sociodemográficas se encontró el predominio estadístico en la segunda década de vida, al igual que en las amas de casas, el mayor valor de frecuencia se observó en las personas de escolaridad secundaria con un predominio del sexo femenino y la soltería se presentó en la mayor parte de los encuestados.

Las principales patologías diagnósticas asociadas a los pacientes cuidados se presentaron en las hemiplejias asociadas a eventos cerebrales vasculares, a cuadriplejias por procesos degenerativos de columna en tratamiento y paraplejias posteriores a luxofracturas, no se observó predominio en lesiones degenerativas del sistema nervioso o complicaciones hipoxémicas.

La mayoría de los pacientes presentaron un cuestionario inicial sin sobre carga seguido de sobrecarga intensa, la cual en la segunda valoración mantuvo el predominio en el pensamiento de no poseer sobrecarga, pero de segunda frecuencia se evidenció el pensamiento de sobrecarga. La mayoría de los participantes presentaron una disminución en el puntaje final respecto al inicial.

Al considerar la respuesta clínica y pronóstica de las personas estudiadas se evidencia una mejoría positiva en la percepción del cuidador hacia el paciente, permitiendo un mejor apego, apoyo y adherencia a las necesidades, cuidados y terapias de los pacientes, concordando con los hallazgos internacionales y nacionales sobre el mismo.

XI. Recomendaciones

Al Hospital Aldo Chavarría

Incentivar a los médicos residentes de fisioterapia, psicología y trabajo social la implementación continua de la escala Zarit, como pronóstico para el cuidador hacia su paciente.

Incentivar estudios de cohorte o caso y controles para potenciar los datos estadísticos nacionales, ya que se posee poca información sobre este tema.

Al ministerio de salud

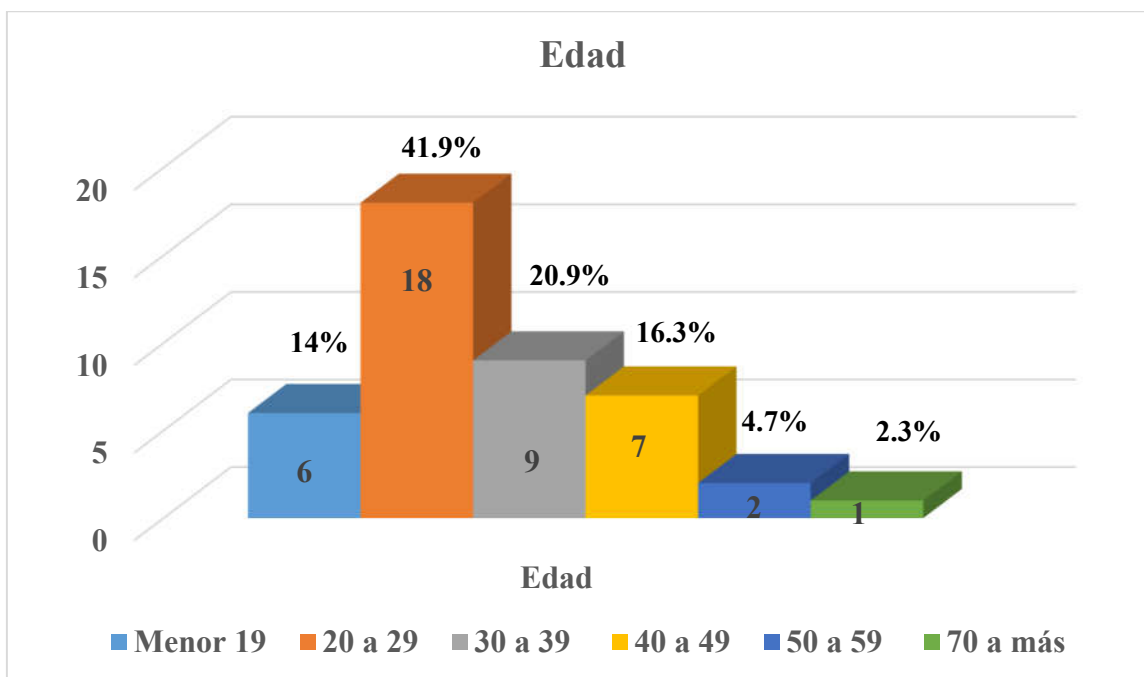
Incentivar el uso de la escala en las unidades primarias de atención en programas emblemáticos como Todos con Voz con el fin de maximizar desde el hogar e identificar precozmente pensamientos de sobrecarga intensa en los cuidadores.

XII. Referencias Bibliográficas

- Ana M. Gort, e. a. (2013). Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. *Universidad de Vilanova*, 122-133.
- Higginson, I. J. (2010). Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *El Sevier*, 535-542.
- Javier Ballesteros, e. a. (2012). Unidimensional 12-Item Zarit Care giver Burden Interview for the Assessment of Dementia Caregivers' Burden Obtained by Item Response Theory. *El Sevier*, 1142-1149.
- Jimenez Julio, S. L. (2005). Actitud y sobrecarga de los cuidadores de los pacientes internado con lesión medular en el Hospital Aldo Chavarría. *UNAN León* , 39-44.
- Johana María Vélez Lopera, e. a. (2011). Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *El Sevier Doyma*, 411-416.
- John F. Deeken. (2013). Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 923-938.
- Manuel Martín-Carrasco, e. a. (2013). Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *El Sevier Doyma*, 276-284.
- Rivas, M. T. (2014). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *El Sevier*, 9-18.
- Vásquez, M. d. (2015). Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. *Enfermería Clínica de El Salvador*, 63-70.

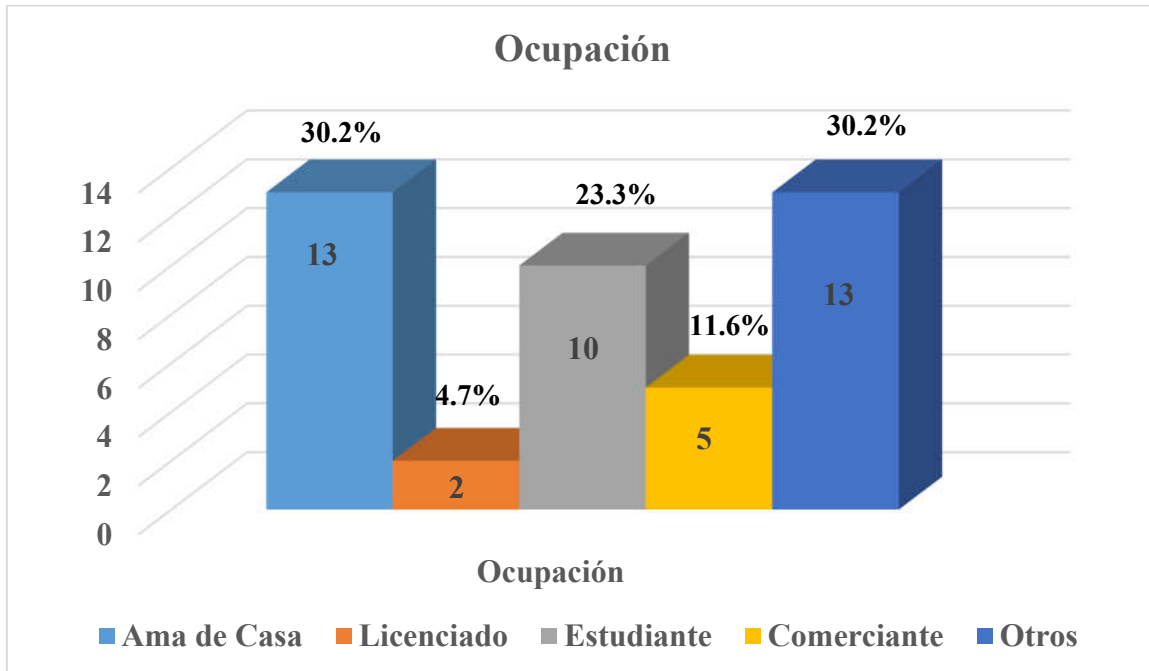
XIII. Anexo

Gráfico 1: Gráfico de edad



n: 43

Gráfico 2: Gráfico de ocupación



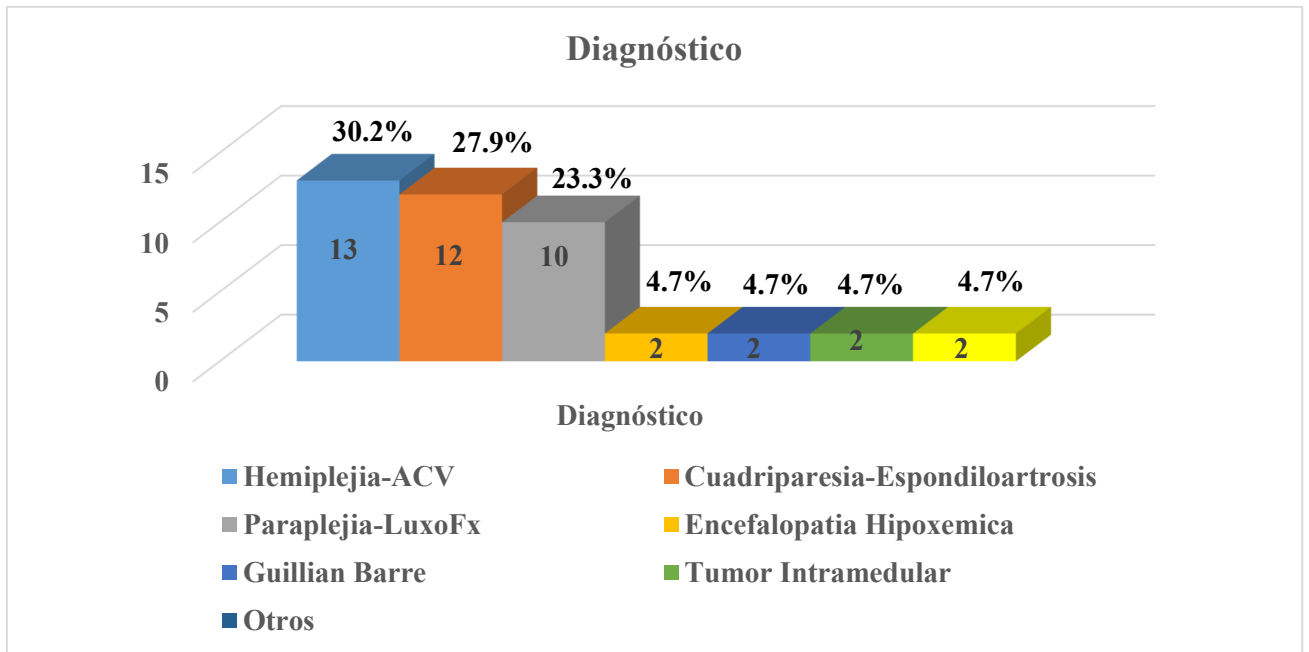
n: 43

Tabla 1: Tabla de características sociodemográficas

Características Sociodemográficas			
Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Analfabeta	3	7.0
	Primaria	6	14.0
	Secundaria	22	51.2
	Universitaria	12	27.9
	Total	43	100.0
Sexo	Femenino	25	58.1
	Masculino	18	41.9
	Total	43	100.0
Procedencia	Urbano	29	67.4
	Rural	14	32.6
	Total	43	100.0
Estado Civil	Casado	15	34.9
	Unión Estable	9	20.9
	Soltero	19	44.2
	Total	43	100.0

n: 43

Gráfico 3: Gráfico de Diagnósticos



n: 43

Tabla 2: Preguntas en primer encuentro

Preguntas en el primer encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Pide Más Ayuda	A	9	20.9
	B	6	14.0
	C	16	37.2
	D	4	9.3
	E	8	18.6
Tiempo Par UD	A	13	30.2
	B	3	7.0
	C	19	44.2
	D	2	4.7
	E	6	14.0
Estresado Por Cuidar	A	15	34.9
	B	8	18.6
	C	14	32.6
	D	3	7.0
	E	3	7.0
Avergonzado Por Su Paciente	A	37	86.0
	B	3	7.0
	C	1	2.3
	D	0	0
	E	2	4.7
Irritado Cerca de su Paciente	A	34	79.1
	B	1	2.3
	C	7	16.3
	D	0	0
	E	1	2.3

n: 43

Tabla 3: Preguntas en primer encuentro

Preguntas en el primer encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Se ha afectado Su Relación Con amigos	A	26	60.5
	B	5	11.6
	C	8	18.6
	D	0	0
	E	4	9.3
Siente Temor Por El Futuro de su Paciente	A	13	30.2
	B	2	4.7
	C	20	46.5
	D	2	4.7
	E	6	14.0
Su Familiar Depende de Ud.	A	7	16.3
	B	1	2.3
	C	16	37.2
	D	7	16.3
	E	12	27.9
Se Siente Agotado Junto a Su Paciente	A	14	32.6
	B	6	14.0
	C	16	37.2
	D	2	4.7
	E	5	11.6
Su Salud Se Ha Afectado Por Su Paciente	A	29	67.4
	B	6	14.0
	C	4	9.3
	D	2	4.7
	E	2	4.7

n: 43

Tabla 4: Preguntas en primer encuentro

Preguntas en el primer encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siente Que No Tiene Vida Privada	A	26	60.5
	B	4	9.3
	C	9	20.9
	D	1	2.3
	E	3	7.0
Cree Que Sus Relaciones Sociales Se Han Afectado	A	30	69.8
	B	3	7.0
	C	6	14.0
	D	1	2.3
	E	3	7.0
Incomodo Por Invitar Amigos A Casa	A	31	72.1
	B	2	4.7
	C	3	7.0
	D	1	2.3
	E	6	14.0
Cree que su Familia respeta que lo Cuide	A	8	18.6
	B	8	18.6
	C	14	32.6
	D	4	9.3
	E	9	20.9
Cree Ud. No Dispone de Dinero	A	9	20.9
	B	7	16.3
	C	15	34.9
	D	2	4.7
	E	10	23.3

n: 43

Tabla 5: Preguntas en primer encuentro

Preguntas en el primer encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siente que no va a hacer capaz de cuidar	A	25	58.1
	B	2	4.7
	C	12	27.9
	D	0	0
	E	4	9.3
Ha perdido el control de su vida	A	25	58.1
	B	4	9.3
	C	10	23.3
	D	0	0
	E	4	9.3
Desearía Encargar el cuidado a otro	A	28	65.1
	B	0	0
	C	12	27.9
	D	1	2.3
	E	2	4.7
Se Siente Inseguro Con Lo que Debe Hacer	A	20	46.5
	B	4	9.3
	C	12	27.9
	D	3	7.0
	E	4	9.3
Siente Debería Hacer Mas de los que Hace	A	4	9.3
	B	3	7.0
	C	17	39.5
	D	5	11.6
	E	14	32.6

n: 43

Tabla 6: Preguntas en primer encuentro

Preguntas en el primer encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Cree Que Podría Cuidar Mejor	A	6	14.0
	B	2	4.7
	C	16	37.2
	D	5	11.6
	E	14	32.6
Se Siente Sobrecargado	A	17	39.5
	B	5	11.6
	C	13	30.2
	D	4	9.3
	E	4	9.3

n: 43

Tabla 7: Preguntas en segundo encuentro

Preguntas en el segundo encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Pide Más Ayuda	A	12	27.9
	B	1	2.3
	C	19	44.2
	D	1	2.3
	E	10	23.3
Tiempo Para UD	A	14	32.6
	B	0	0
	C	22	51.2
	D	3	7.0
	E	4	9.3
Estresado Por Cuidar	A	14	32.6
	B	1	2.3
	C	21	48.8
	D	2	4.7
	E	5	11.6
Avergonzado Por Su Paciente	A	35	81.4
	B	0	0
	C	3	7.0
	D	1	2.3
	E	4	9.3
Irritado Cerca de su Paciente	A	35	81.4
	B	0	0
	C	5	11.6
	D	1	2.3
	E	2	4.7

n: 43

Tabla 8: Preguntas en segundo encuentro

Preguntas en el segundo encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Se ha afectado Su Relación Con amigos	A	27	62.8
	B	4	9.3
	C	8	18.6
	D	2	4.7
	E	2	4.7
Siente Temor Por El Futuro de su Paciente	A	19	44.2
	B	3	7.0
	C	12	27.9
	D	2	4.7
	E	7	16.3
Su Familiar Depende de Ud.	A	10	23.3
	B	2	4.7
	C	11	25.6
	D	2	4.7
	E	18	41.9
Se Siente Agotado Junto a Su Paciente	A	17	39.5
	B	5	11.6
	C	16	37.2
	D	3	7.0
	E	2	4.7
Su Salud Se Ha Afectado Por Su Paciente	A	25	58.1
	B	5	11.6
	C	12	27.9
	D	1	2.3
	E	0	0

n: 43

Tabla 9: Preguntas de segundo encuentro

Preguntas en el segundo encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siente Que No Tiene Vida Privada	A	30	69.8
	B	2	4.7
	C	11	25.6
	D	0	0
	E	0	0
Cree Que Sus Relaciones Sociales Se Han Afectado	A	30	69.8
	B	3	7.0
	C	7	16.3
	D	0	0
	E	3	7.0
Incomodo Por Invitar Amigos A Casa	A	33	76.7
	B	2	4.7
	C	5	11.6
	D	1	2.3
	E	2	4.7
Cree que su Familiar espera que lo Cuide	A	11	25.6
	B	0	0
	C	19	44.2
	D	0	0
	E	13	30.2
Cree Ud. No Dispone de Dinero	A	18	41.9
	B	0	0
	C	10	23.3
	D	6	14.0
	E	9	20.9

n: 43

Tabla 10: Preguntas de segundo encuentro

Preguntas en el segundo encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siente que no va a hacer capaz de cuidar	A	22	51.2
	B	3	7.0
	C	11	25.6
	D	1	2.3
	E	6	14.0
Ha perdido el control de su vida	A	28	65.1
	B	2	4.7
	C	10	23.3
	D	1	2.3
	E	2	4.7
Desearía Encargar el cuidado a otro	A	29	67.4
	B	0	0
	C	10	23.3
	D	3	7.0
	E	1	2.3
Se Siente Inseguro Con Lo que Debe Hacer	A	28	65.1
	B	1	2.3
	C	10	23.3
	D	0	0
	E	4	9.3
Siente Debería Hacer Mas de los que Hace	A	12	27.9
	B	2	4.7
	C	19	44.2
	D	2	4.7
	E	8	18.6

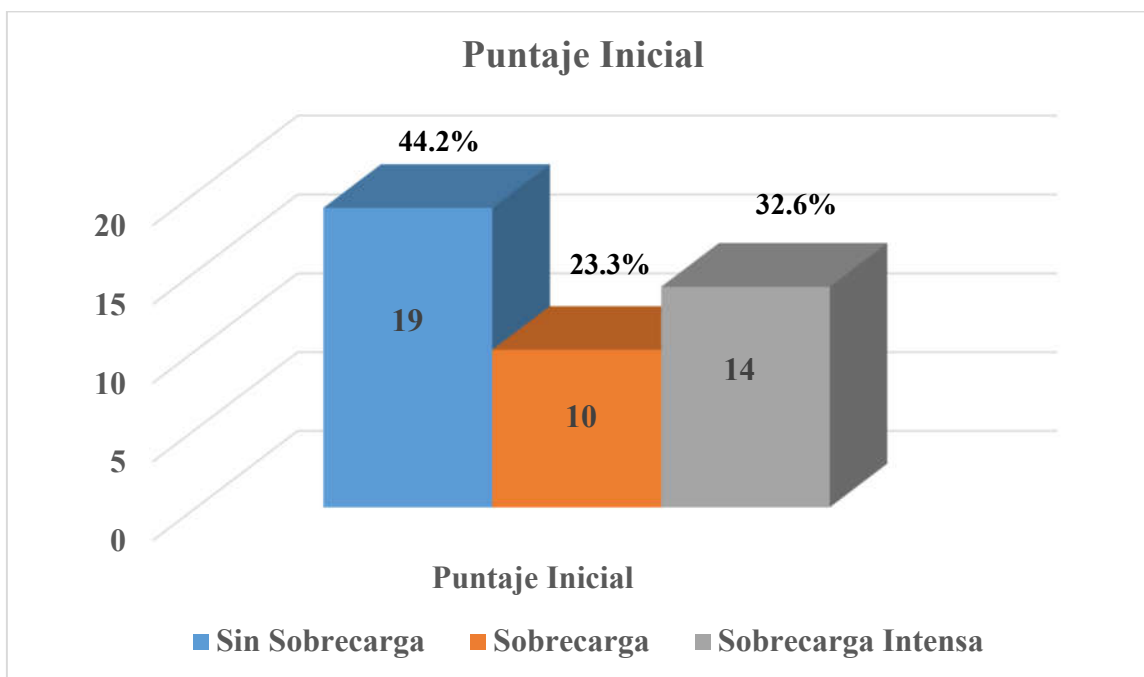
n: 43

Tabla 11: Preguntas de segundo encuentro

Preguntas en el segundo encuentro			
Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Cree Que Podría Cuidar Mejor	A	13	30.2
	B	5	11.6
	C	12	27.9
	D	2	4.7
	E	11	25.6
Se Siente Sobrecargado	A	13	30.2
	B	4	9.3
	C	16	37.2
	D	2	4.7
	E	8	18.6

Gráfico 4: Gráfico de Puntaje Inicial

n: 43



n: 43

Gráfico 5: Gráfico de Puntaje final

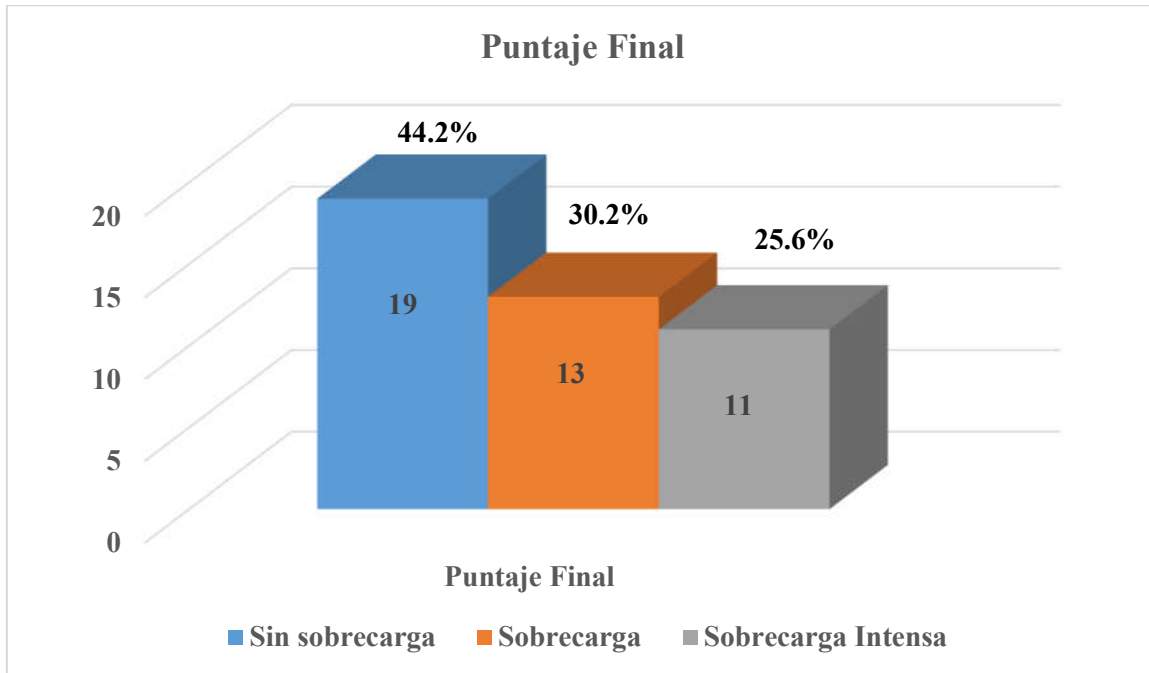
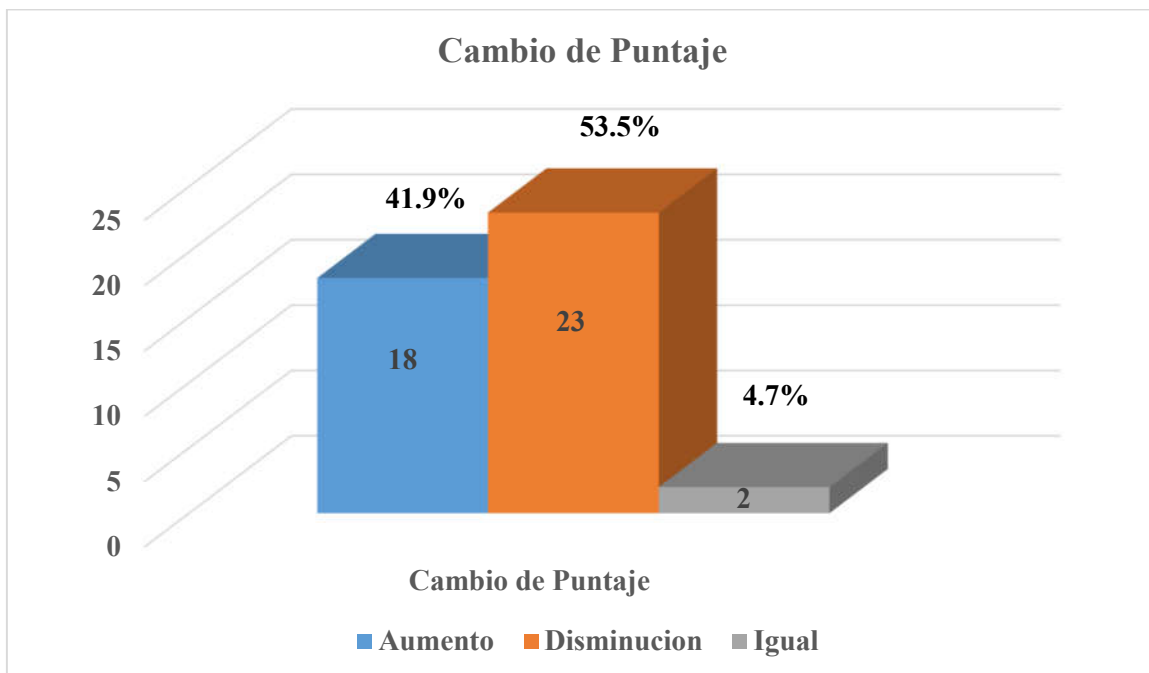


Gráfico 6: Gráfico de Cambio de Puntaje

n: 43



n: 43

FICHA DE RECOLECCIÓN

Respuesta subjetiva en la aplicación de la escala Zarit en los cuidadores de los pacientes ingresados en las salas de rehabilitación del Hospital Aldo Chavarría en el período de Agosto a Diciembre 2019.

Datos Generales

Edad: _____ Escolaridad: _____ Procedencia: _____
 Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Diagnóstico: _____
 Entrevista: 1ra _____ 2da _____ Ficha No. _____

A: Nunca	B: Casi Nunca	C: A veces	D: Frecuentemente	E: Casi siempre
				A B C D E
1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3. ¿Se siente estresado/a al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej con su familia o trabajo)				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4. ¿Se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
5. ¿Se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
9. ¿Se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
13. (Sólo si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómodo/a para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con al que pudiera contar?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar/paciente además de sus otros gastos?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
19. ¿Se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
20. ¿Siente que debería hacer mas de lo que hace por su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
22. En general, ¿Se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar de su familiar/paciente?				<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

TOTAL:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema: Respuesta clínica en la aplicación de la escala Zarit en los cuidadores de los pacientes ingresados en las salas de rehabilitación del Hospital Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre 2019

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica en la aplicación de la escala Zarit en los cuidadores de los pacientes ingresados en las salas de rehabilitación del Hospital Aldo Chavarría en el periodo de agosto a diciembre 2019

Yo _____, certifico que he sido informada con veracidad y claridad con respecto a la investigación académica que la Dra. Diana Estefanía Alarcón Castro me ha invitado a participar; por lo cual libre y espontáneamente he decido colaborar de forma activa, conozco de la autonomía para decidir retirarme de la investigación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, además que se respetará la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Autorizo usa la información dada por mi persona para los fines que la investigación persigue.

Firma del sujeto de investigación