

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL
CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES
DEPENDIENTES DEL SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL
ADOLFO GUEVARA VELASCO ESSALUD CUSCO-2026**

PRESENTADO POR:

Br. ESTHER ROSARIO VARGAS AVALOS

PARA OPTAR EL TÍTULO

PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

MED. CIRUJ. MARÍA VICTORIA JIMÉNEZ
VILLAFUERTE

CUSCO - PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor MED. CIRUJ. MARIA VICTORIA JIMENEZ VILLAFUERTE

..... quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: PREVALENCIA Y FACTORES

ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL

PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DEL

SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA

VELASCO ESALUD CUSCO-2026

Presentado por: Esther Rosario Vargas Avalos DNI N° 72737351;

presentado por: DNI N°:

Para optar el título Profesional/Grado Académico de MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 6.....%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<u>X</u>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 29 de SEPTIEMBRE de 2026.....

Maria Victoria Jimenez Villafuerte
Firma

Dra. M. Victoria Jiménez Villafuerte
GERIATRA
CMP 32340 RNE 16040

Post firma Maria Victoria Jimenez Villafuerte

Nro. de DNI 23947856

ORCID del Asesor 0009-0008-9099-2213

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:631448538.....

Esther Rosario Vargas Avalos

Prevalencia y factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servic...



Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:631448538

109 páginas

Fecha de entrega

28 sep 2026, 9:42 p.m. GMT-5

33.979 palabras

Fecha de descarga

28 sep 2026, 9:46 p.m. GMT-5

188.062 caracteres

Nombre del archivo

Prevalencia y factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayo....pdf

Tamaño del archivo

2.5 MB



Dra. M. Victoria Jiménez Villafuerte
GERIATRA
CMP 32340 RNE 16040

6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dr. M. Victoria Jiménez Villafuerte
GERIATRA
CMP 32340 RNE 16940

AGRADECIMIENTOS

Deseo dar mi más profundo agradecimiento a mi asesora de tesis MC. María Victoria Jiménez Villafuerte por guiarme y brindarme su apoyo en la realización de esta investigación, su compromiso con los estudiantes y con la geriatría refleja una admirable vocación de servicio.

Agradezco a mis docentes de la facultad y del hospital Regional del Cusco que fueron parte de mi formación académica y personal.

Agradezco a mis amigos, compañeros de la facultad y del internado médico, con quienes compartí no solo conocimientos, sino también aspiraciones, sueños y experiencias que enriquecieron mi formación personal y profesional. Compartir con ellos este camino ha sido un verdadero privilegio.

No puedo dejar de agradecer a mi colegio abanquino I.E. José María Arguedas, a los docentes que siempre creyeron en mí y me impulsaron ir tras mis metas.

A todas las personas que en algún momento caminaron a mi lado y hoy ya no forman parte de mi vida, quiero expresarles mi más sincero agradecimiento, siempre recordaré con afecto el bien que sembraron en mí.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, con su apoyo, orientación o una simple palabra de aliento, hicieron más llevadero este camino.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios y a la virgen María, que gracias a su luz en este largo camino he logrado culminar una etapa importante de mi carrera y de mi vida.

A mis seres queridos, mi madre Victoria Avalos Ccochachi y mi padre Guzmán Vargas Lancho por su apoyo incondicional y dedicación abnegada hacia mi persona. A mis hermanos Nohelia y Joaquín por su apoyo y confianza que me inspira a seguir adelante. A mis tíos y familiares por sus buenos deseos y por velar siempre por mi bienestar.

De manera especial, a mi enamorado Rafael, por acompañarme y apoyarme en los momentos difíciles y por celebrar cada pequeño logro como si fuera propio.

Finalmente, quiero dedicar este trabajo a los pacientes y cuidadores de PADOMI que participaron voluntariamente en esta investigación. Conocer sus historias, su fortaleza y los desafíos que enfrentan cada día me permitió comprender la grandeza y el sacrificio que implica cuidar de un ser querido. Su realidad no me es indiferente y deseo de corazón que este trabajo contribuya a visibilizar sus necesidades y a generar mayor conciencia sobre el invaluable papel que desempeñan.

Esther Rosario Vargas Avalos

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Fundamentación del problema	1
1.2. Antecedentes teóricos	4
1.3. Formulación del problema	11
1.3.1. Problema general	11
1.3.2. Problemas específicos	11
1.4. Objetivos de la investigación	12
1.4.1. Objetivo general	12
1.4.2. Objetivos específicos	12
1.5. Justificación de la investigación	13
1.6. Limitaciones de la investigación	14
1.7. Aspectos éticos	15
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	16
2.1. Marco teórico	16
2.1.1. Desarrollo de la variable dependiente	16
2.1.2. Desarrollo de las variables independientes	19
2.2. Definición de términos básicos	24
2.3. Hipótesis	25
2.3.1. Hipótesis general	25
2.3.2. Hipótesis específicas	25
2.4. Variables	26
2.5. Definiciones operacionales	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	34
3.1. Tipo de investigación	34
3.2. Diseño de investigación	34
3.3. Población y muestra	35
3.3.1. Descripción de la población	35
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	35
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo	35
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	36
3.4.1. Técnicas	36

3.4.2.	Instrumentos	37
3.4.3.	Procedimiento de recolección de datos	39
3.5.	Plan de Análisis de Datos.....	39
CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		41
4.1.	Resultados	41
4.2.	Discusiones.....	51
4.3.	Conclusiones.....	65
4.4.	Sugerencias	67
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO		69
CRONOGRAMA		70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		1
ANEXO 1.- Matriz de consistencia		78
ANEXO 2.- Consentimiento informado e instrumento de investigación		84
ANEXO 3: Cuadernillo de validación.....		93
ANEXO 4.- Validación del instrumento de investigación		98

INTRODUCCIÓN

El agotamiento del cuidador principal es un conjunto de respuestas de estrés físico y emocional experimentadas por personas que brindan cuidados a individuos con discapacidad física o mental(1), por lo que representan un grupo con repercusiones en su calidad de vida. Asu vez, esto repercute en la calidad de atención brindados a las personas dependientes y dentro de esta población, un grupo prioritario constituyen los adultos mayores dependientes, caracterizados por tener una disminución de la reserva fisiológica y la presencia de limitaciones funcionales o cognitivas que restringen el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)(2).

Los cuidadores informales, es decir, personas que atienden y cuidan al adulto mayor dependiente, cuya relación está basada en el afecto y la cercanía (familiares, amigos, vecinos), y no reciben remuneración económica ni tienen un contrato laboral(3). Ahorran un importante gasto económico a los sistemas de salud, ya que de ser sustituidos por cuidadores formales (con remuneración económica) representarían costos sustanciales para el Estado y la sociedad.

En América Latina y el Caribe, en 2020, el 14,4% de la población de 65 años o más se encontraba en situación de dependencia de cuidados, lo que equivale a aproximadamente ocho millones de personas(4). Asu vez, en Perú, la proporción de adultos mayores aumentó de 5,7% en 1950 a 13,0% en 2021, y el 44,9% de las personas con discapacidad corresponde a este grupo etario(5), y para el 2023, los adultos mayores dependientes y frágiles de 70 años o más representaron el 6% de la población general del país(6). Así mismo, un estudio realizado en Perú, en una población de cuidadores de adultos mayores con niveles altos de dependencia, evidenció una prevalencia global de agotamiento del 84.2%(7). Evidenciando que a pesar del apoyo sustancial que brindan, los cuidadores suelen no ser atendidos por los sistemas sanitarios y en los marcos políticos(8).

Por ello, diversos estudios se enfocan en identificar los factores relacionados a la sobrecarga del cuidador informal para impulsar el desarrollo de políticas e intervenciones respecto a los factores modificables como apoyo social recibido, el número de horas dedicado al cuidado, el ingreso económico familiar, etc. En diferentes poblaciones y contextos socioeconómicos. En ese sentido, la finalidad de este estudio fue identificar la prevalencia y los factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco-2026.

RESUMEN

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DEL SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EsSalud CUSCO-2026

Antecedentes: El agotamiento del cuidador informal constituye un problema de salud pública debido al aumento de adultos mayores y enfermedades crónicas, que incrementan la necesidad de cuidados prolongados asumidos principalmente por familiares. El estudio identificó la prevalencia y factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco-2026.

Métodos: Estudio observacional, transversal analítico, con 170 cuidadores y 170 adultos mayores. Se aplicó una encuesta virtual y se revisaron historias clínicas. Se realizó análisis descriptivo, bivariado y multivariado, estimando RPa, IC95% y $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de agotamiento fue 82,35% y de agotamiento intenso 52,95%. El mayor número de horas diarias de cuidado se asoció al agotamiento intenso (RPa = 1.04; IC95% = [1.02–1.06]; $p < 0.001$; $p < 0.05$). El alto apoyo social se asoció como factor de protección (RPa = 0.64; IC95% = [0.45–0.86]; $p < 0.004$; $p < 0.05$).

Conclusiones: El agotamiento fue elevado. El menor apoyo social y mayor número de horas de cuidado fueron los principales factores asociados al agotamiento intenso. Los demás factores evaluados no mostraron asociación.

Palabras clave: Sobrecarga del cuidador, Cuidador, Adulto mayor, Factores asociados

ABSTRACT

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF EXHAUSTION OF THE MAIN INFORMAL CAREGIVER OF DEPENDENT ELDERLY ADULTS OF THE PADOMI SERVICE FROM THE ADOLFO GUEVARA VELASCO NATIONAL HOSPITAL, EsSalud, CUSCO-2026

Background: Informal caregiver burnout is a public health problem due to the increasing number of older adults and chronic diseases, which increase the need for prolonged care, mainly provided by family members. This study aimed to identify the prevalence and factors associated with burnout among primary informal caregivers of dependent older adults receiving care through the PADOMI service at Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud, Cusco-2026.

Methods: An observational, analytical cross-sectional study was conducted with 170 caregivers and 170 older adults. Data were collected through a virtual survey and medical record review. Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were performed, estimating adjusted prevalence ratios (aPR), 95% confidence intervals (95% CI), and $p < 0.05$.

Results: The prevalence of caregiver burnout was 82.35%, while severe burnout was 52.95%. A greater number of hours of daily caregiving was associated with severe burnout (aPR = 1.04; 95% CI = [1.02–1.06]; $p < 0.001$; $p < 0.05$). High perceived social support was associated as a protective factor against severe burnout (aPR = 0.64; 95% CI = [0.45–0.86]; $p < 0.004$; $p < 0.05$).

Conclusions: The prevalence of caregiver burnout and severe burnout was high. Lower perceived social support and a greater number of daily caregiving hours were the main factors associated with severe burnout. The other factors evaluated were not associated with severe burnout.

Keywords: Caregiver burden, Caregivers, Elderly or aged, Associated factors

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

El agotamiento del cuidador, o síndrome de sobrecarga del cuidador, se define como un conjunto de respuestas de estrés físico y emocional experimentadas por personas que brindan cuidados a individuos con discapacidad física o mental(1). Entre la población que requiere cuidados, los adultos mayores dependientes constituyen un grupo prioritario, caracterizado por la disminución de la reserva fisiológica y la presencia de limitaciones funcionales o cognitivas que restringen el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)(2). El envejecimiento poblacional se asocia con un incremento de enfermedades crónicas y con la necesidad de cuidados prolongados(2), los cuales son asumidos por cuidadores informales (familiares, amigos, vecinos), ya que no reciben remuneración económica ni tienen un contrato laboral(3).

El cuidador principal informal es la persona sobre quien recae la responsabilidad del cuidado integral del adulto mayor, generalmente sin capacitación especializada, encargándose de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que lo expone a riesgos para su salud biopsicosocial(9,10). La falta de preparación para este rol incrementa el riesgo de desarrollar agotamiento, manifestado como sobrecarga física, ansiedad, depresión y sentimientos negativos persistentes(11–13). La responsabilidad del cuidado de personas adultas dependientes genera una importante repercusión económica sobre los cuidadores familiares en Estados Unidos para el 2025 (existen aproximadamente 59 millones de cuidadores familiares de adultos), observándose que aproximadamente el 47% de los cuidadores familiares experimentó al menos un impacto financiero negativo asociado al cuidado. Entre las principales consecuencias se encontraron que 31% dejó de ahorrar, el 24% tuvo que utilizar los ahorros personales de corto plazo, el 23% asumió nuevas deudas, el 20% dejó facturas sin pagar o tuvo que pagarlas con retraso y utilizar ahorros de largo plazo. Asimismo, el 11% tuvo que comenzar a trabajar, incrementar sus horas laborales o buscar un segundo empleo, mientras que el 9% postergó su jubilación o decidió no jubilarse(14).

En Estados Unidos, el 48% de los cuidadores familiares brindó cuidados a personas de 75 años o más, mientras que el 38% atendió a personas de 50 a 74 años(14). Asimismo, respecto al estado de salud de los cuidadores, el 20% calificó su salud como regular o mala, el 23% manifestó dificultad para cuidar de su propia salud debido a las responsabilidades de cuidado, mientras que el 64% presentó estrés emocional moderado o alto y el 45% reportó sobrecarga física moderada o alta(14).

En América Latina y el Caribe, en 2020, el 14,4% de la población mayor a 65 años se encontró en situación de dependencia, y se prevé que la prevalencia promedio incremente a 16% en 2050, lo que equivale de 8 millones en 2020 a 23 millones en 2050(4).

Para el año 2023, en el Caribe latino, la población de adultos mayores de 60 a 79 años representó el 13,26% del total poblacional y aquellos de 80 años o más el 2,88%, proyectándose incrementos para el año 2050 de 18,01% y 6,11%, respectivamente(15), cifras comparables a las del continente europeo(16). Asimismo, los cuidadores Hispanos/Latinos en Estados Unidos el 2025 presentó una **mayor intensidad de cuidado que aquellos no Hispanos/Latinos**(14).

En el Perú, la proporción de adultos mayores aumentó de 5,7% en 1950 a 14,8% en 2025(17) y en este mismo año, las personas adultas mayores constituyeron el 43% del total de la población que padecía alguna discapacidad(18). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el censo 2017, la población de adultos mayores constituyó 11.1% en el departamento de Cusco y 9.9% a nivel provincial(19), mientras que, en el censo del 2025, las cifras de adultos mayores fueron de 14.5% en el departamento de Cusco y 12.9% a nivel provincial(17), evidenciando un incremento importante en la población adulta mayor de la provincia de Cusco desde el 2017.

Diversos estudios han identificado factores asociados al agotamiento del cuidador. Entre ellos está el mayor grado de analfabetismo (coeficiente= -0,66; IC95%: -1.21 a -0.02; $p < 0.05$)(20); la menor edad ($\beta = -0.08$, IC95%: -0.10 a -0.05; $p = 0.001$)(21); percepción de renta insuficiente ($\beta = -6.65$, IC95%: -9.63 a -3.68; $p < 0.001$)(22); la y percepción de bajo apoyo social apoyo social ($r = -0.36$, IC95%: -0.40 a -0.32)(23); menos sentido de coherencia ($r = -0.53$, IC95%: -0.60 a -0.46; $p < 0,05$)(24).

Por otro lado, se ha descrito una asociación con que el cuidador sea del sexo femenino (coeficiente = 0.41, IC95%: 0.13 – 0.73; $p = 0,05$)(20); el mayor número de meses como cuidador ($\beta = 0,06$; IC95%: 0,03 – 0,09; $p < 0,001$)(25); mayor número de horas diarias dedicadas al cuidado ($\beta = 0.12$, IC95%: 0.09 – 0.15; $p = 0.001$) (21); el mayor número de tareas ($r = 0.24$, IC95%: 0.22 – 0.26; $p < 0.001$) (25); presencia de depresión en el cuidador ($\beta = 0.30$, IC95%: 0.28 – 0.32; $p < 0.001$ (21) y síntomas de ansiedad en el mismo ($r = 0.51$, IC95%: 0.47 - 0.54)(26). Asimismo, se asocian con mayor agotamiento los impedimentos físicos del adulto mayor ($\beta = 0.06$, IC95%: 0.02 – 0.09; $p < 0,001$)(25); la demencia o deterioro cognitivo del adulto mayor ($\beta = 0.06$, IC95%: 0.03 – 0.08; $p < 0.001$) (21); la fragilidad del adulto mayor ($\beta = 6.15$, IC 95%: 1.43 - 10.86; $p < 0.05$)(22); el hábito de fumar del cuidador (aOR = 4.31, IC 95%: 1.30 – 14.28; $p < 0,05$)(27); presencia de alteración neurológica en el adulto mayor (aPR = 1.86, IC 95%: 1.39 - 2.47;

$p < 0,001$)(28); el mayor nivel de ingreso económico ($\beta = 0.04$, IC95%: 0.02 – 0.06; $p < 0,05$) (21); el uso de atención de relevo (aOR = 1.95, IC 95%: 1.16 - 3.29; $p < 0.05$)(29).

Una revisión sistemática publicada en 2020 señala que, si bien existen investigaciones sobre los determinantes de la carga del cuidado informal, estas se concentran principalmente en enfermedades específicas como Alzheimer, cáncer, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, y otras(30). En Cusco, una tesis realizada el 2022 en cuidadores informales de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco reportó una sobrecarga intensa de 73.7%(31). Sin embargo, no evalúa los factores asociados a este resultado.

Esto es un problema ya que, al no tener identificados los determinantes asociados al agotamiento de cuidadores informales en Cusco, se dificulta la realización de políticas de prevención en salud dirigidas a puntos específicos para la intervención adecuada en esta población, decrementando aún más la salud y calidad de vida tanto de los cuidadores como de los adultos mayores. Por otro lado, al tener una gran parte de los estudios realizados hasta el momento centrados en diagnósticos homogéneos, ocasiona una limitación en la identificación de determinantes comunes del desarrollo del agotamiento del cuidador en todas las enfermedades(32). Es por ello que, este estudio tiene de objetivo identificar la prevalencia y los factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco - 2026.

1.2. Antecedentes teóricos

Leiva S., Guerra L., Yhuri N. (Lima – Perú, 2023) en su estudio titulado “Asociación entre sobrecarga del cuidador y presencia de alteraciones neurológicas en una población geriátrica peruana”, cuyo objetivo fue establecer la asociación de cuidado de pacientes neurológicos, adultos mayores y sobrecarga del cuidador (SC). Estudio de tipo transversal analítico donde se incluyeron a 290 cuidadores que acompañaban al paciente adulto mayor (AM) al Centro Geriátrico Naval del Perú (distrito de Bellavista), entre noviembre del 2019 a enero del 2021; y utilizaron la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ZBI) y una **hoja de recolección de datos** para recoger las características demográficas y relacionadas con el cuidado. En el grado de instrucción del cuidador, el 98,62% tenía educación secundaria o superior y los pacientes, 86,55%. El 82,91% no había recibido instrucción formal sobre el cuidado del AM. La prevalencia de sobrecarga fue del 52,76%. Los factores del cuidado asociados a SC fueron la presencia de alteración neurológica con aPR: 1.86, IC 95%: 1.39 - 2.47 ($p < 0,001$), presencia de apoyo aPR: 0.61, IC 95%: 0.51 - 0.74 ($p < 0.001$) y que la relación con el paciente sea de tipo conyugue se asocia al SC con aPR: 2.23, IC 95%: 1.13-4.40 ($p < 0.05$). Concluyeron que, la prevalencia de SC es alta con respecto a la hallada en otros países. La probabilidad de padecer SC puede verse influenciada negativamente por cuidar de un AM con alteración neurológica o por ser cónyuge del paciente y es un factor protector el tener apoyo de otros familiares(28).

SC: sobrecarga, **AM:** adulto mayor, **ZBI:** escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Pavarini S., Bregola A., Luchesi B., Alves de Oliveira N., Ottaviani A. (Sao Paulo – Brasil, 2023) en su estudio titulado “Factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales asociados a la carga en cuidadores de adultos mayores: un estudio transversal”, cuyo objetivo fue explorar los factores clínicos, sociodemográficos y psicosociales asociados con la carga en los cuidadores de adultos mayores. Estudio de tipo transversal donde se incluyeron a 349 cuidadores de la Unidad de Salud de la Familia de São Paulo, entre abril y noviembre de 2014; y utilizaron el índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, examen Cognitivo de Addenbrooke – Revisado que emplea el Mini Examen del Estado Mental, la medida APGAR Familiar, la PSS, la GDS-15 y el ZBI. La edad media del cuidador fue 69,5 años y los factores asociados al agotamiento del cuidador en el modelo multivariado fue: síntomas depresivos en el cuidador (>5 puntos en GDS-15) con β : 16.75, IC 95%: 1.80 - 31.68 ($p < 0.05$). Concluyendo que los cuidadores con síntomas depresivos tenían 16,75 veces más probabilidades de tener una puntuación más alta en el ZBI(22). **PSS:** escala de Estrés Percibido, **GDS-15:** escala de Depresión Geriátrica, **ZBI:** escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Ayuso S., Rodriguez N., Riera-i-Prunera C., Ayuso R. (Barcelona – España, 2022) en su estudio titulado “Análisis factorial y regresión logística multinomial del cuestionario de evaluación de sobrecarga del cuidador”, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de las variables que se consideran influyentes sobre el nivel de agotamiento del cuidador. Estudio de tipo transversal donde se incluyeron a 14 profesionales sanitarios y 296 cuidadores informales, entre 2016 a 2017; el CESC. (1) SC intensa: Factor 4 (red de apoyo: baja percepción de soporte percibido por parte del cuidador, bajo soporte social/familiar al cuidador) tuvo una asociación OR: 2.19, IC 95%: 1.43 - 3.35. (2) SC muy intensa: Factor 4 tuvo un OR: 1.17, IC 95%: 1.03 – 2.54. (3) SC muy intensa: Factor 2 (calidad de vida: mayor grado de parentesco, mayor convivencia, mayor gravedad de la patología, más síntomas físicos como cansancio, dificultad para dormir) tuvo un OR: 2.67, IC 95%: 1.59 - 4.49, el factor 5 (desarrollo social: aislamiento social, bajo nivel de ingresos) tuvo un OR: 4.09, IC 95%: 2.31 - 7.24 concluyendo que el factor 4, el factor 2 y el factor 5 influyen en la SC intensa y muy intensa del cuidador. No se encontró asociación significativa del factor emocional (factor 1) ni del deterioro funcional y cognitivo (factor 3) con el incremento de SC, como sí sucede con los 3 factores restantes. A medida que aumenta la SC del cuidador, van añadiéndose más factores que determinan el incremento de la probabilidad de sufrir de esta afección(33).

CESC: cuestionario de Evaluación de Sobrecarga del Cuidador, **SC:** sobrecarga

Felipe A., Silva J., Partezani R., Pecchi M. (Sao Paulo – Brasil, 2021) en su estudio titulado “Sobrecarga del cuidador y factores asociados a la atención brindada a pacientes en cuidados paliativos”, cuyo objetivo fue analizar la SC y factores asociados entre los cuidadores de AM que reciben cuidados paliativos. Estudio de tipo descriptivo transversal donde se incluyeron a 40 adultos mayores y 40 cuidadores, entre enero y abril 2019; donde utilizaron el MMSE para adultos mayores y, el ZBI, el SRQ, inventario de depresión de Beck, inventario de estrategias de afrontamiento para los cuidadores. (1) La mayoría de los pacientes eran >80 años (52,6%) con una media de 76,5±13,8 y presentó déficit cognitivo el 76,3%, (2) SC: media de 28,7 puntos. Además, el 32,5% de los cuidadores experimentó estrés y el 42,5% presentó algún síntoma depresivo, (3) asociación entre variables y SC: mayor número de días brindando cuidado OR: 7.47, IC 95%: 1.36 – 14.58 ($p<0.05$), mayor puntuación en el Inventario de depresión total de Beck en el cuidador OR: 1.91, IC 95%: 1.43 – 1.99 ($p<0.001$), el cuidador femenino presentó una asociación de OR: 15.56, IC 95%: 2.27 – 28.84 ($p<0.05$). Concluyeron que los factores asociados a la SC fueron el número de días de atención a los pacientes, los síntomas depresivos en el cuidador y que el cuidador sea mujer. Se debe prestar

atención al contexto cultural e histórico en el que se asigna la responsabilidad a las cuidadoras, al hecho de que a menudo se descuida la salud mental de estas mismas y a cómo las enfermeras las han ayudado a gestionar su salud(34).

SC: sobrecarga, **AM:** adulto mayor, **MMSE:** Mini-Mental State Examination, **SRQ:** Cuestionario de Autoinforme

Cardona D., Segura Á., Berbesi D., Agudelo M. (Medellín – Colombia, 2013) en su estudio titulado “Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos”, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de la SC del cuidador primario de AM de la ciudad de Medellín y los factores asociados a este. Siendo este un estudio de tipo descriptivo transversal donde se incluyeron a 312 personas, y utilizaron la ZBI agregando preguntas de posibles factores asociados al agotamiento del cuidador, diferentes a los incluidos por la escala y la escala de Katz. La prevalencia del SC fue de 12,17%, la SC fue reportado con mayor frecuencia en las mujeres (81,6%), de la misma forma en quienes tenían estudios de secundaria completa o incompleta (39,5%), en cuidadores de estratos bajo-bajo o bajo (55,3%). Los factores asociados a la SC son la disminución de alguna actividad o su total abandono por el cuidado del AM con aOR:10.86, IC95%: 2.98-39.64 ($p<0.05$) y tener una percepción de que el AM requiere cuidados con aOR:4.43, IC95%: 1.33-14.73 ($p<0.05$); y la independencia en la funcionalidad del AM con aOR: 0.02, IC 95%: 0,001-0,28 ($p<0.05$). En conclusión, esta investigación permitió identificar a dos factores de riesgo, los cuales ya fueron mencionados y como factor de protección fue la independencia en la funcionalidad del AM(35).

SC: sobrecarga, **AM:** adulto mayor, **ZBI:** escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Zaalberg Tessel, et al. (Venlo, Países Bajos 2023) en su estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo de sobrecarga entre los cuidadores de pacientes mayores en urgencias”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados de la carga de los cuidadores de pacientes mayores que acuden en estado agudo al servicio de emergencia (SE). Este fue un estudio de tipo observacional de corte transversal - analítico donde se incluyeron a 200 cuidadores y 200 AM, entre noviembre del 2019 a enero del 2020; con revisión estructurada de HC y entrevistas estructuradas por separado al paciente y al cuidador, durante la visita a urgencias o hasta 7 días después por teléfono. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario demográfico, cuestionario para saber el motivo de la visita al SE, modo de derivación al SE, presencia de deterioro cognitivo, malignidad activa, atención domiciliaria, número de cuidadores.

Índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad (ACCI), escala de fragilidad clínica, escala de APOP; la puntuación KATZ de AVD y la puntuación de AIVD. El 39% de los cuidadores experimentaron una alta carga con una puntuación el CSI ≥ 7 . Ni la edad del AM ni la edad del cuidador se asociaron significativamente con el agotamiento del cuidador. En los análisis de regresión logística multivariado en los adultos mayores, el diagnóstico de deterioro cognitivo mostró un OR: 3.90, IC 95%: 1.64 - 9.30 ($p < 0.001$) y el resultado de dependiente en AIVD OR: 4.46, IC 95%: 1.50 - 13.23 ($p < 0.001$) indicaron valores significativos. En las características del cuidador: el número de horas de atención/día autoinformadas 1-23h OR: 2.80, IC 95%: 1.22 - 6.44 y 24h OR: 8.21, IC 95%: 2.53 - 26.62 ($p < 0.001$) se asociaron con un alto nivel de agotamiento del cuidador. Concluyendo que la evaluación formal en el SE puede ayudar a proporcionar una atención adecuada a los pacientes y a sus cuidadores, pero se necesitan más investigaciones para establecer si la carga del cuidador está asociada con la fragilidad o con resultados negativos en los pacientes mayores del SE. (36)

SE: servicio de emergencia, **ACCI:** Índice de comorbilidad Charlson ajustado por edad, **APOP:** Pacientes mayores con presentación aguda, **AVD:** Actividades de la vida diaria, **AIVD:** Actividades instrumentales de la vida diaria, **CSI:** Índice de Tensión del cuidador.

Koopman E., Heemskerk M., van der Beek A., Coenen P. (Zaanstreek Waterland – Países bajos, 2020) en su estudio titulado “Factores asociados con la carga del cuidador entre cuidadores informales adultos (de 19 a 64 años): un análisis de los datos del Servicio Municipal de Salud de los Países Bajos”, cuyo objetivo fue identificar los factores que determinan una alta percepción de la carga de los cuidadores informales adultos (19 a 64 años). Estudio de tipo transversal analítico donde se incluyeron a 1029 cuidadores informales entre septiembre y noviembre 2016; y utilizaron la escala de angustia psicológica de Kessler, la Escala de Maestría de Pearlin. (1) Características descriptivas: La mayoría de los cuidadores adultos (57%) informaron que brindaban ≤ 4 horas de cuidado informal por semana. El 38% tenía una enfermedad crónica y el 15% informó estar agobiado. (2) Factores asociados: tiempo empleado por semana: de 5 a 8h tuvo un OR: 2.78, IC 95%: 1.54 – 5.01 ($p < 0.05$), salud percibida (moderada, pobre o muy pobre OR: 1.80, IC 95%: 1.20 - 2.68 ($p < 0.05$), soledad (moderada o severa) con OR: 2.05, IC 95%: 1.41 - 2.99 ($p < 0.05$). Concluyeron que el mayor tiempo dedicado a brindar cuidados informales, la mala salud percibida y la soledad del cuidador informal estaban asociados significativamente con presencia de agotamiento del cuidador (37).

Riffin C., Van P., Wolff J. (New York - Estados Unidos de América de Norte, 2018) en su estudio titulado "Examen multifactorial de la carga del cuidador en una muestra nacional de cuidadores familiares y no remunerados", cuyo objetivo fue examinar los factores determinantes con el agotamiento del cuidador desde una perspectiva multifactorial examinando las características del cuidador y del receptor de cuidados y una gama completa de tareas de cuidado. Estudio de tipo transversal analítico donde se incluyeron a 1742 cuidadores y 1171 adultos mayores; haciendo un análisis secundario de datos, realizado a partir de dos estudios nacionales de Estados Unidos: Red Nacional de Salud y Envejecimiento (**NHATS**) y el Estudio Nacional de Cuidado (NSOC), vinculado al NHATS. Los instrumentos utilizados fueron preguntas del NSOC para sobrecarga, PHQ-2, GAD-2, AD8 y medidas de ADL/IADL, manejo de salud y logística sanitaria.

La asociación entre tipos de asistencia, características del cuidador y del receptor de cuidado, y carga del cuidador: (1) sexo femenino del cuidador con aOR: 1.40, IC95%: 1.04 – 1.89 ($p<0.05$); (2) que el cuidador sea un hijo o hija adulto con aOR: 1.54, IC95%: 1.06 – 2.24 ($p<0.05$); (3) Cuidador: Salud autocalificada (malo o intermedio) con aOR: 2.16, IC 95%: 1.45 - 3.20 ($p<0.001$), síntomas de ansiedad con aOR: 1.60, IC95%: 1.09 - 2.35 ($p<0.05$), la utilización de atención de relevo con aOR: 1.95, IC 95%: 1.16 - 3.29 ($p<0.05$). (2) Paciente: demencia sin discapacidad con aOR: 1.62, IC 95%: 1.10 - 2.39 ($p<0.05$), demencia y discapacidad sustancial aOR: 1.67, IC 95%: 1.07 - 2.60 ($p<0.05$). (3) Tipo de asistencia proporcionada: AIVD con aOR: 1.14, IC 95%: 1.01 - 1.29 ($p<0.05$), manejo de la salud aOR = 1.15, IC 95%: 1.02 - 1.28 ($p<0.05$), logística del sistema de salud (concertar citas, pedir medicamentos, gestionar asuntos de seguros, realizar un seguimiento de los medicamentos y hablar con el proveedor médico del destinatario de la atención) aOR = 1.16, IC 95%: 1.06 - 1.26 ($p<0.001$). Concluyeron que, el agotamiento del cuidador se asoció con la provisión de un mayor número de tareas relacionadas con las AVD/AIVD, la gestión de la salud y los sistemas de salud, con una serie de características sociodemográficas y de salud de los cuidadores, y con la prestación de asistencia a personas con demencia(29).

AVD: Actividades de la vida diaria, **AIVD:** Actividades instrumentales de la vida diaria

Nyein T., Nyein M., Moolphate S., Koyanagi Y., Supakankunti S., Yuasa M. (Chiang Mai – Tailandia, 2021) en su estudio titulado "Carga de los cuidadores y factores asociados a las necesidades de cuidados de relevo entre los cuidadores familiares de personas mayores que viven en comunidades en Chiang Mai, norte de Tailandia", cuyo

objetivo fue explorar los determinantes y la prevalencia de la SC, y las necesidades de uso de atención de relevo. El estudio fue parte de un ensayo controlado aleatorio donde se incluyeron 867 parejas (cuidadores y AM). Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario estructurado con tres partes: (1) características sociodemográficas y estado de salud que se evaluó según enfermedades subyacentes, (2) el CBI para la evaluación de la SC de los cuidadores e (3) índice de Barthel de AVD y la GDS-15 para detectar probable depresión en los AM. En los resultados, las (1) características sociodemográficas: hubo más proporción de mujeres en el grupo de cuidadores y el grupo de cuidados (57.7% y 62.3%). Los hijos de quienes reciben cuidados aportan el 46,8% de los cuidadores, seguidos por los cónyuges (44,8%). La hipertensión fue la más prevalente (46.3% en cuidados y 28% en los cuidadores), hiperlipidemia (19,5%) y la diabetes (17,4%) entre los cuidadores, (2) en carga del cuidador, el dominio de carga de dependencia del tiempo fue más alta (25,7%), seguida de carga física (21,2%). (3) demandas de los beneficiarios de atención según puntuaciones totales de ADL, la puntuación total media de AVD fue de $19,08 \pm 3,00$, (4) Factores que afectan la carga del cuidadores e indican las necesidades de cuidados de relevo: Edad del cuidador familiar ≥ 60 años aOR: 2.14, IC95%: 1.03 – 4.44 ($p < 0.05$), cuidador de sexo femenino aOR: 2.25, IC95%: 1.02 – 4.94 ($p < 0.05$), cuidador con diabetes con aOR: 6.76, IC 95%: 2.75-16.59 ($p < 0,01$), fumadores actuales el aOR: 4.31, IC 95%: 1.30 – 14.28 ($p < 0,05$). La asociación entre la carga de los CF que cuidaban a los beneficiarios con moderada a grave dependencia en AVD (puntaje de 0-11) fue de un aOR: 6.36, IC 95%: 2,37 – 17,06 ($p < 0.01$) y hubo mayor carga en cuidadores de aquellos AM probable depresión con aOR: 6.83, IC 95%: 3.04 – 15.32 ($p < 0.01$). Concluyeron que la creciente carga de enfermedades no transmisibles y sus consecuencias negativas sobre la SC de los cuidadores, especialmente aquellos con presencia de diabetes o hábito de fumar actualmente se asocian con una mayor SC, además de que el cuidador sea mujer, con moderada a grave dependencia en AVD del AM y aquellos con probable depresión en los AM(27).

SC: sobrecarga, **CBI:** Caregiver Burden Inventory, **GSD:** Escala de depresión geriátrica, **AVD:** Actividades de la vida diaria, **AM:** adulto mayor

Tuttle Denis, Griffiths Jiranan, Kaunnil Anuchart (Ontai, Chiang Mai, Tailandia, 2022) en su estudio titulado "Predictores de la carga de trabajo en cuidadores de personas mayores con discapacidad física en una comunidad rural", cuyo objetivo fue identificar los factores del cuidador y del receptor de cuidados asociados con la carga del cuidador, hallar el nivel de SC, depresión, calidad de vida y correlación con el agotamiento del

cuidador, y establecer los predictores de la carga de trabajo en los cuidadores de personas mayores con discapacidad física. Estudio de tipo transversal donde se incluyeron a 69 cuidadores de adultos mayores con discapacidad física; donde se recopilaron datos demográficos y para los datos de salud del paciente se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 para la depresión, escala de sobrecarga, índice de calidad de vida de la OMS, índice de AVD de Barthel, escala de AIVD de Lawton-Brody. Los resultados principales fueron: El análisis de regresión lineal múltiple identificó a las puntuaciones de AVD con B: -0.532, IC95%: -1.17 a -0.53 ($p<0.001$), IADL con B: -1.75, IC95%: -2.52 a -0.96 ($p<0.001$), QOL con B: -0.44, IC95%: -0.60 a -0.28 ($p<0.001$), PHQ con B: 1.65, IC95%: 1.12 - 2.19 ($p<0.001$), edad del cuidador con B: 0.31, IC95%: 0.13 - 0.48 ($p<0.001$) y horas de cuidado a la semana con B: 0.10, IC95%: 0.05 - 0.16 ($p<0.001$) como significativas y factores asociados a la SC del cuidador. Concluyendo que, para ser efectivos en la reducción de la carga de los cuidadores, los factores modificables como la capacitación en AVD y AIVD para AM con discapacidades y la provisión de educación sobre el cuidado de los cuidadores deben ser el enfoque principal. Además, el desarrollo de un centro comunitario para servicios de rehabilitación y guardería puede reducir las horas de atención para los cuidadores(38).

AVD: Actividades de la vida diaria, **AIVD:** Actividades instrumentales de la vida diaria

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia y cuáles son los factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026?

1.3.2. Problemas específicos

- ✓ ¿Cuál es la prevalencia del agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026?
- ✓ ¿Cuáles son las características sociodemográficas del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026?
- ✓ ¿Cuáles son los factores clínicos presentados en el cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026?
- ✓ ¿Cuáles son los factores clínicos presentados en el adulto mayor dependiente asociados al agotamiento intenso del cuidador informal principal en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026?
- ✓ ¿Cuáles son los factores psicosociales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026?
- ✓ ¿Cuáles son los factores ocupacionales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026?
- ✓ ¿Cuál es la asociación entre la suficiencia de los recursos económicos del hogar del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia y los factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.

1.4.2. Objetivos específicos

- ✓ Calcular la prevalencia del agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.
- ✓ Explicar las características sociodemográficas del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.
- ✓ Inferir los factores clínicos presentados en el cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.
- ✓ Interpretar los factores clínicos presentados en el adulto mayor dependiente asociados al agotamiento intenso del cuidador informal principal en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.
- ✓ Evaluar los factores psicosociales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.
- ✓ Identificar los factores ocupacionales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.
- ✓ Demostrar la asociación entre la suficiencia de los recursos económicos del hogar del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.

1.5. Justificación de la investigación

El agotamiento del cuidador informal primario tiene repercusiones en la calidad de vida del mismo, ya que ocasiona sobrecarga física, desórdenes de la mente que producen altos niveles de ansiedad, depresión y aparición de sentimientos negativos. Asu vez, esto repercute en la calidad de atención brindados al adulto mayor dependiente, pudiendo empeorar su condición. Al incrementar la población adulta mayor, también lo hace los cuidadores responsables de su bienestar, más aún si los adultos mayores son dependientes de atenciones especiales.

En el Perú, la proporción de adultos mayores aumentó de 5,7% en 1950 a 14,8% en el 2025(17) y en este mismo año, los adultos mayores (AM) constituyeron el 43% del total de la población que padecía alguna discapacidad(18). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el censo 2017, la población de AM constituyó 11.1% en el departamento de Cusco y 9.9% a nivel provincial(19), mientras que, en el censo del 2025, las cifras de adultos mayores fueron de 14.5% en el departamento de Cusco y 12.9% a nivel provincial(17), lo que evidencia la persistencia de una importante población adulta mayor en la provincia de Cusco.

Es de interés, ya que se encuentra dentro de Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2024-2030 del Ministerio de Salud en el frente epidemiológico de Salud Mental y Síndromes Geriátricos Complejos. Así mismo, según las demandas de investigación identificadas por la Agenda Regional de Investigación (ARIN) - Cusco al 2021, en la dimensión social, identificar los “determinantes de la salud” en la población expuesta, justifican la investigación sobre los determinantes del desarrollo del agotamiento del cuidador. Por lo que este estudio presenta alta aplicabilidad en medicina preventiva y salud pública, ya que aborda un problema prioritario en poblaciones vulnerables, identifica factores asociados potencialmente modificables y utiliza instrumentos validados que permiten la implementación de estrategias preventivas e intervenciones tempranas en el primer nivel de atención.

Es factible ya que el diseño transversal permite ejecutarse en un plazo de tiempo adecuado, sin requerir seguimientos prolongados o fases excesivamente largas; requiere recursos humanos, económicos y logísticos razonables, es decir, acordes a las capacidades del equipo investigador y al contexto institucional; y no demanda infraestructura, tecnología o financiamiento que excedan lo disponible.

Es novedoso, considerando que hasta la fecha los estudios sobre factores asociados a este síndrome, se han centrado en patologías específicas, ocasionando una limitación en la identificación de determinantes comunes al desarrollo de esta patología en todas

las enfermedades discapacitantes del paciente, por tanto, este trabajo pretende llenar ese vacío en el conocimiento. Mas aún en la población cusqueña, donde la información respecto a este síndrome es escasa y nos vemos impulsados a contribuir con la sociedad con este aporte científico; que, por otro lado, es económicamente factible.

Con esta investigación se pretende dar a conocer y concientizar a los cuidadores que los malestares tanto objetivos como subjetivos que presentan son parte de un síndrome ocasionado por la alta demanda de cuidado que requiere su familiar, a su vez que sus problemas no le son indiferente al sistema de salud. Además, se pretende identificar los determinantes del desarrollo del agotamiento intenso contribuyendo al gremio médico a tener la capacidad de promover, predecir, y diagnosticar a tiempo las enfermedades mentales y físicas que ocasiona la sobrecarga del cuidador en esta población expuesta.

De esta manera, la investigación pretende contribuir a reducir el alto impacto de las demandas del cuidado del adulto mayor dependiente, beneficiando a la dualidad de cuidador – adulto mayor.

1.6. Limitaciones de la investigación

- ✓ **Limitaciones propias del diseño de estudio:** al ser transversal, no es posible establecer causalidad ni determinar la secuencia temporal entre la exposición y el desenlace.
- ✓ **Sesgo de selección y limitada generalización.** Debido al muestreo por conveniencia, es posible que la muestra no sea representativa de todos los cuidadores de adultos mayores dependientes, ya que en este caso algunos cuidadores tienen mayor probabilidad de ser incluidos en el estudio. Por ejemplo: puede haber cuidadores que estén disponibles al momento de la llamada y otros que no.
El estudio sólo se enfoca en población registrada en PADOMI lo cual limita la extrapolación de los resultados a otros contextos o población no registrada en alguna institución.
- ✓ **Sesgo de información en cuidadores.** Existe la posibilidad este sesgo debido a que algunos datos serán proporcionados por los cuidadores, quienes podrían presentar errores de recuerdo, interpretación subjetiva o respuestas influenciadas por la deseabilidad social, es decir, modificar sus respuestas si consideran que es socialmente aceptable en lugar de describir la situación real (por ejemplo, exagerar el nivel de cuidados que brinda).
- ✓ **Sesgo por registros clínicos.** Ya que los datos del adulto mayor serán recopilados de su historia clínica por la investigadora, dichas historias pueden presentar registros

incompletos, desactualizados o heterogéneos según el profesional que realizó la evaluación y el diagnóstico.

- ✓ **Sesgo del entrevistador.** El entrevistador (también incluye al investigador, y se contratará personal que apoyará a la recolección de datos) puede ocasionar modificaciones en las respuestas de los cuidadores, por las variables de aspecto social sensible como la condición de grado de dependencia o el aspecto económico.
- ✓ **Sesgo de confusión.** Pueden existir variables no medidas a pesar del ajuste multivariado, ya sea durante la medición de la exposición y el desenlace. Por ejm: eventos familiares o externos estresantes por el que está pasando el cuidador, características culturales de como entienden el cuidado del familiar, etc.

1.7. Aspectos éticos

El presente estudio se realizó tomando en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” actualizada en la 65a Asamblea General de la Asociación Médica Mundial realizada en Fortaleza-Brasil de 2013(39); y el Informe Belmont sobre “Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación” actualizado el 16 de abril de 2003, teniendo en cuenta los principios del respeto por el individuo, la beneficencia y la justicia(40); además se hizo uso del código de Nuremberg, donde se respetó la autonomía de los participantes, se explicó la naturaleza de la investigación previamente para obtener la autorización de participación mediante el consentimiento informado, además se contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Red Asistencial Cusco, mediante Resolución N.º000028-COE-ESSALUD-2026, y con la autorización institucional de EsSalud para la ejecución del proyecto mediante Resolución N.º000097-GRACU-RACU-ESSALUD-2026, de fecha 9 de marzo de 2026.

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Desarrollo de la variable dependiente

2.1.1.1. Definición de cuidado informal y cuidador informal principal

El cuidado informal se define como el trabajo no remunerado en salud realizado por cuidadores como esposos/as, parejas, otros miembros del hogar, amigos o vecinos, quienes mantienen generalmente un relación previa y cercana con los receptores de cuidados(41). También puede ser ejercido por voluntarios vinculados a organizaciones de la sociedad civil o religiosas. En contraste, el cuidado formal se caracteriza por una relación laboral, ya sea en el domicilio del receptor del cuidado o en una institución de salud. La diferencia entre ambos radica en las condiciones del proveedor del cuidado, aunque las tareas que realizan son similares(42). El cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad del cuidado integral del adulto mayor, usualmente sin capacitación especializada, encargándose de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que lo expone a riesgos para su salud biopsicosocial(9,10).

2.1.1.2. Agotamiento del cuidador informal

El Burnout o sobrecarga está incluido en la 11.^a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno ocupacional; sin embargo, no se clasifica como una enfermedad(43). Se define como el resultado del estrés laboral crónico que no ha sido gestionado adecuadamente y se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento o disminución de la energía, mayor distanciamiento mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo, y reducción de la eficacia profesional(43). En el contexto del cuidado, el agotamiento del cuidador se manifiesta como un estado de sobrecarga emocional, estrés y fatiga que impacta negativamente en las actividades recreativas, las relaciones sociales, la libertad personal y el equilibrio mental(44).

2.1.1.3. Epidemiología del cuidador informal y del agotamiento del cuidador

Los cuidadores informales brindan hasta el 90% del cuidado a largo plazo en el hogar que necesitan los adultos mayores(45). En 2009, el 66% de los cuidadores informales familiares en Estados Unidos brindó atención a adultos mayores de 50 años(45). Asimismo, uno de cada cinco adultos hispanos/latinos (20%) proporciona cuidados no remunerados a personas con problemas de salud o discapacidad (46). El 32% de los cuidadores presenta un alto nivel de agotamiento y el 19% un nivel moderado, influido

por el tiempo de cuidado, el gasto y la dependencia del receptor(45). El cuidado informal es ejercido principalmente por mujeres y, en la mayoría de los casos, se brinda a un familiar (86%) y, en menor proporción, a un amigo (14%)(45). En promedio, los cuidadores dedican 20,5 horas semanales, aunque el 20% supera las 40 horas, especialmente en el cuidado del cónyuge, situación que incrementa el riesgo de agotamiento por la convivencia, la dificultad para delegar el cuidado, la baja percepción del impacto personal, la edad avanzada y las comorbilidades(45).

2.1.1.4. El cuidado de los adultos mayores dependientes

El cuidado se entiende como la supervisión de otra persona y se evalúa según el tiempo que demanda y limita otras actividades(47). El cuidado de largo plazo se dirige a personas con enfermedades crónicas o discapacidad, como adultos mayores dependientes con limitaciones para realizar actividades de la vida diaria(42,47). El aumento de enfermedades crónicas en mayores de 65 años exige recursos temporales, organizativos y financieros(47), aunque muchas veces sus necesidades de cuidado permanecen invisibilizadas. Esta situación afecta especialmente a las mujeres, quienes asumen el rol de cuidadoras junto con las responsabilidades domésticas, reduciendo sus posibilidades de autocuidado(48). Además, los cambios demográficos, como el envejecimiento poblacional y la disminución de la natalidad, han incrementado la carga de cuidado en América Latina(49,50). Debido a que gran parte de esta atención se brinda en el hogar, muchas cuidadoras mantienen esta responsabilidad de forma continua, incluso cuando trabajan, lo que limita su inserción y permanencia en el empleo remunerado(47,48).

2.1.1.5. Corresponsabilidad Familiar y marco normativo

A nivel nacional, la Ley N.º 30490 considera persona adulta mayor a quien tiene 60 años o más y reconoce su derecho a recibir atención integral, cuidado y protección por parte de la familia y la sociedad, de acuerdo con sus necesidades específicas(51). En América Latina predomina un modelo de organización social del cuidado de carácter familista, en el que la responsabilidad del bienestar recae principalmente en las familias y, especialmente, en las mujeres, mediante trabajo de cuidado no remunerado(52).

Asimismo, el Estado peruano reconoce el papel fundamental de las familias en el cuidado de sus integrantes, destacando esta función en el Decreto Legislativo 1408 y su modificatoria(51). Sin embargo, son mayoritariamente las mujeres quienes asumen estas responsabilidades, generándose desigualdades de género y condiciones de cuidado frecuentemente precarias(51). Su creciente participación en el mercado laboral

ha incrementado la sobrecarga asociada al cuidado, conocida en algunos casos como síndrome del cuidador(51). Además, los cuidadores suelen recibir escaso apoyo y reconocimiento por parte de los profesionales y del sistema de salud(45).

2.1.1.6. Detección del agotamiento del cuidador

El perfil con mayor riesgo de colapso del cuidador corresponde, principalmente, a mujeres de alrededor de 48 años, casadas, desempleadas, hijas del receptor de cuidados, con bajo nivel educativo, sin capacitación laboral y que conviven con la persona cuidada (53). Cuando presentan ansiedad, depresión, angustia, insomnio, irritabilidad, aislamiento, agotamiento físico o sentimientos de culpa, se recomienda la aplicación de la Escala de Sobrecarga de Zarit (ESZ) por el personal de salud (54). Esta herramienta, validada en español, evalúa integralmente las dimensiones biopsicosociales y orienta las intervenciones médicas y sociales al explorar aspectos como la sobrecarga, el miedo al futuro, la pérdida del rol social, la disminución del autocuidado y los sentimientos de culpa(53). Asimismo, es importante valorar síntomas físicos frecuentes como cefalea, cansancio, trastornos del sueño, problemas osteomusculares y lumbalgias, alergias, afecciones de la piel, alteraciones gastrointestinales y cambios de peso (53).

2.1.1.7. Repercusiones Médicas y Psicosociales del cuidador

Los cuidadores suelen presentar problemas de salud física y psicológica, aunque con frecuencia no reconocen que estos se relacionan con su labor de cuidado e incluso ocultan sus síntomas(53). La mala calidad del sueño y el aumento del cortisol se asocian con menor descanso y mayor riesgo de enfermedades coronarias, cerebrovasculares, diabetes e hipertensión; además, los cuidadores de personas con Alzheimer presentan una cicatrización más lenta respecto a los casos control(53). A pesar del agotamiento y las alteraciones emocionales, muchos no manifiestan los síntomas suficientes para ser diagnosticados con depresión o ansiedad(53). Entre las principales repercusiones sociales del agotamiento del cuidador destacan la falta de apoyo familiar, conflictos de pareja y familiares, reducción del tiempo libre, aislamiento, disminución del interés por otras actividades, dificultades económicas y laborales, incertidumbre, disfunción familiar y deterioro del estado general de salud(53).

2.1.1.8. Repercusiones en el Paciente con un Cuidador con agotamiento

En la evaluación de la salud de la persona adulta mayor es fundamental considerar también el bienestar del cuidador, ya que su estado de salud y capacidad de atención influyen directamente en la calidad de vida y el manejo de la salud del adulto mayor(55). El agotamiento del cuidador incrementa el riesgo de maltrato, hospitalizaciones e institucionalización de la persona cuidada(53). Por ello, ante un mayor uso de los servicios médicos o un colapso agudo del cuidador, es necesario evaluar tanto el agotamiento del cuidador como posibles cambios en el estado de salud del paciente(53). Asimismo, cuando el Estado no reconoce ni respalda adecuadamente el trabajo de cuidado, se afectan los derechos y la salud de los adultos mayores que dependen de esta atención(48).

2.1.1.9. Organización del cuidado y estrategias de abordaje

Es fundamental que el Estado, las organizaciones comunitarias, las empresas y las familias compartan la responsabilidad del cuidado para construir un sistema más equitativo y sostenible (51). Asimismo, es necesario capacitar a las familias en buenas prácticas de atención, promover el autocuidado de la persona mayor y fortalecer su autonomía en las actividades que aún puede realizar(55,56). La corresponsabilidad social implica la participación conjunta del Estado, el sector privado, las comunidades y las familias, reconociendo que el cuidado es un bien común y no una responsabilidad exclusiva de las mujeres o del entorno familiar(51,57). Además, se deben impulsar cambios culturales que promuevan una mayor participación de los hombres en las tareas de cuidado(51). En este sentido, la OMS recomienda la implementación de un Sistema Nacional de Cuidados que fortalezca las relaciones familiares y fomente la corresponsabilidad como base para el bienestar y el desarrollo integral de las personas(51).

2.1.2. Desarrollo de las variables independientes

2.1.2.1. Características sociodemográficas del cuidador

✓ Sexo del cuidador

El sexo se refiere a aquellas características de las estructuras reproductivas, así como sus funciones, al genotipo y fenotipo, que distinguen a los seres femeninos de los masculinos(58).

En un metaanálisis se encontró una asociación positiva entre el nivel de agotamiento en el cuidador y la condición de ser del sexo femenino

(coeficiente=0,41; IC95% [0,13 – 0,73]; $p = 0,05$)(20), lo que significa que ser mujer se asocia con mayores niveles de agotamiento en comparación con los varones. Además, estudios anteriores muestran que tres de cada cinco cuidadores son mujeres (61%), esto se puede deber a que, en muchas culturas, incluido en Latinoamérica, el cuidado familiar se considera parte de los deberes del sexo femenino (20).

✓ **Edad del cuidador**

Es el tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales(59).

Un metaanálisis encontró una correlación inversa significativa de la edad más baja con la variable dependiente $\beta = -0,08$; IC95% [-0,10 a -0,05]; $p= 0,001$ (21).

Es decir, a menor edad del cuidador, el nivel de agotamiento incrementa.

✓ **Nivel de instrucción del cuidador**

El nivel de instrucción se refiere al grado de educación alcanzado por una persona. Este nivel educativo puede variar desde analfabetismo o educación básica hasta educación superior(60).

Según estudios anteriores, los cuidadores con bajo nivel educativo (analfabetos o con educación primaria) experimentan una mayor carga de cuidados que otros. Sin embargo, los resultados de un metaanálisis mostraron una asociación inversa con el analfabetismo (coeficiente= -0,66; IC95%= [-1.21 a -0.02] $p<0.05$), lo cual significa que, a mayor analfabetismo del cuidador, es menor el nivel de agotamiento(20). Esto puede explicarse por el hecho de que la mayoría de los estudios no informaron el estado de analfabetismo y en dos estudios que informaron la tasa de analfabetismo, más del 30% experimentaron una carga promedio de atención baja brindada al adulto mayor (20).

2.1.2.2. Factores ocupacionales del cuidador

✓ **Horas del día dedicadas al adulto mayor**

Son la cantidad total de horas al día que el cuidador brinda sus servicios no remunerados al paciente.

Un metaanálisis encontró una correlación significativa positiva respecto a las horas del día dedicadas al paciente, con un $\beta = 0,12$; IC95% [0,09 – 0,15]; $p=0.001$ (21). Otro metaanálisis encontró mayor correlación con horas por semana del cuidado y el agotamiento del cuidador que el anterior con $r = 0,21$; IC95% = 0,19 – 0,23 ($p < 0.001$) (25). Los cuales, quieren decir que hay una correlación entre más horas a la semana dedicadas al cuidado del adulto mayor y el mayor nivel de agotamiento del cuidador.

✓ **Número de tareas de cuidado**

Se refiere a la cantidad de tareas que asume el cuidador del AM, tareas relacionadas con las AIVD y ABVD, tareas de gestión de la salud y tareas de logística de los sistemas de salud(29). La asistencia relacionada con las ABVD/AIVD comprendía: ayuda con las compras, el transporte, las tareas del hogar, la movilidad, el banco y el autocuidado(29). La gestión de la salud comprendía: ayuda con la dieta, el cuidado de los pies, el cuidado de la piel, el ejercicio, el cuidado dental(29). La logística de los sistemas de salud comprendía: concertar citas, pedir medicamentos, gestionar cuestiones de seguros, realizar un seguimiento de los medicamentos y hablar con el proveedor médico del receptor de la atención(29).

Un metaanálisis encontró correlación significativa positiva con más tareas de cuidado y el agotamiento del cuidador con un $\beta = 0,09$; IC95% = [0,06 – 0,11], $p < 0.001$ (21). Y otro metaanálisis con un $r = 0,29$; IC95% = [0,27 – 0,31] ($p < 0.001$) (25), lo cual significa que hay una correlación entre mayor número de tareas de cuidado y mayor nivel de agotamiento del cuidador.

2.1.2.3. Factores clínicos

✓ **Síntomas de ansiedad y depresión del cuidador**

El trastorno de depresión se define como un trastorno afectivo que se manifiesta tanto por un estado anímico disfórico como por la pérdida de interés o placer en las actividades usuales (61). El trastorno del ánimo es prominente y relativamente persistente(61).

La ansiedad es un estado emocional estresante y displacentero que provoca un sentimiento de nerviosismo y desasosiego, y sus causas no están claras(62). La ansiedad está menos vinculada al momento exacto en el que se produce la amenaza y puede ser anticipatoria, antes de la amenaza, persistir cuando ya ha pasado u ocurrir sin una amenaza identificable(62).

Un metaanálisis encontró correlación significativa positiva de depresión del cuidador con el nivel de agotamiento del mismo, con $\beta = 0,30$; IC95% = [0,28 – 0,32], $p < 0.001$ (21). Así mismo, otro metaanálisis encontró un mayor efecto conjunto grande y positivo con un $\beta = 0,09$; IC95% = [0,06 – 0,11], $p < 0.001$ (63). Así mismo, los resultados obtenidos de otro metaanálisis muestran una gran asociación positiva entre el nivel de agotamiento y los síntomas de ansiedad con $r = 0,51$; IC95% = [0,47 – 0,54](26).

Siendo interpretados como a mayores síntomas de ansiedad y depresión del cuidador, se encuentra mayores niveles de agotamiento en el mismo.

✓ **Nivel de dependencia en el adulto mayor**

Se refiere al grado de afectación en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) según Barthel. Las ABVD son aquellas rutinas que cuidan el propio cuerpo, por lo que hablamos de acciones o cuidados médicos que no pueden ser delegadas a terceros(64).

Un metaanálisis encontró una asociación positiva de la variable descrita con el nivel de agotamiento del cuidador, con un valor de $\beta = 0,06$; IC95% = [0,02 – 0,09]; $p < 0,001$ (25), indicando que a mayor impedimento físico del adulto mayor es mayor el nivel de agotamiento del cuidador.

✓ **Demencia en el adulto mayor dependiente**

La demencia es un trastorno mental orgánico adquirido, con pérdida de la capacidad intelectual que tiene severidad suficiente para interferir con el funcionamiento social u ocupacional(65). La disfunción es multifacética y conlleva la memoria, conducta, personalidad, juicio, atención, relaciones espaciales, lenguaje, pensamiento abstracto, y otras funciones ejecutivas(65). La decadencia intelectual es usualmente progresiva, e inicialmente se conserva el nivel de conciencia(65).

Un metaanálisis encontró una asociación positiva pero no significativa de la variable independiente con existencia de demencia en el adulto mayor, con un valor de $\beta = 0,02$; IC95% = [- 0,01 – 0,06] (25). Otro metaanálisis encontró otra asociación de $\beta = 0,06$; IC95% = [0,03 – 0,08] $p < 0,001$ (21), siendo esta positiva y significativa, indicando que la existencia de demencia en el adulto mayor se correlaciona con mayor nivel de agotamiento en el cuidador.

✓ **Presencia de enfermedad neurológica en el adulto mayor dependiente**

Se refiere a cualquier cambio o desorden en el funcionamiento del sistema nervioso(66), patologías como esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, epilepsia, distrofia muscular, parálisis cerebral, neurotrauma (cerebral o medular) y accidente cerebrovascular(67). Un estudio encontró asociación positiva significativa entre la variable independiente y el nivel de agotamiento del cuidador, con $aPR = 1,86$; IC 95% = [1,39 – 2,47] $p < 0,001$ (28).

2.1.2.4. Factores socio-financieros

✓ **Suficiencia de los recursos económicos del hogar**

Es la percepción del cuidador respecto a si los recursos económicos personales y familiares son suficientes para cubrir las necesidades del hogar y vivir cómodamente.

Un estudio encontró una asociación entre los ingresos considerados insuficientes por el cuidador y el grado de agotamiento del cuidador, con β : -6.65, IC 95%: -9.63 a -3.68 ($p < 0.001$)(22). Es decir, si el cuidador considera suficiente los recursos económicos del hogar, es menor el hallazgo de agotamiento, y del mismo modo si considera insuficiente el ingreso económico, es mayor el nivel de agotamiento en el cuidador(22).

2.1.2.5. Factores psicosociales

✓ **Percepción de apoyo social del cuidador**

Se refiere a los sistemas de apoyo que proporcionan asistencia y estímulo a las personas con discapacidades físicas o emocionales para que puedan afrontarlas mejor(68). El apoyo social informal suele ser proporcionado por amigos, familiares o compañeros.

Un metaanálisis evaluó el apoyo social en relación con el nivel de agotamiento que experimentaron los cuidadores en diferentes estudios, encontrando que, los cuidadores experimentan menos agotamiento cuando hay una y percepción de alto apoyo social con $r = -0,36$; IC 95 % = $[-0,40$ a $-0,32]$ (23). En cuanto al tipo de apoyo social percibido, no se encontraron diferencias entre los estudios que miden la satisfacción con el apoyo social y los que miden la disponibilidad de apoyo social(23).

✓ **Sentido de coherencia (SOC) del cuidador**

El SOC y se refiere a la capacidad de las personas para comprender una situación particular y utilizar los recursos disponibles de manera efectiva, lo que conlleva a que las personas que respaldan altos niveles de SOC vean el mundo y su entorno como más integrales, manejables y significativos(24). Es una forma de experimentar el mundo y los desafíos a través de los componentes de comprensión, manejabilidad y significado(69).

En un metaanálisis mostró una correlación negativa moderada entre el SOC y en nivel de agotamiento del cuidador, con $r = -0.53$; IC95% = $[-0.60$ a $-0.46]$; $p < 0,05$)(24), interpretándose esto como a mayor sentido de coherencia por parte del cuidador, se asocia a menor nivel de agotamiento.

✓ **Uso de servicios de relevo por el cuidador**

Se refiere al uso de los servicios de relevo de los cuidadores, el cual consiste en la provisión temporaria de atención a través de un cuidador sustituto para aliviar al encargado habitual de la atención del paciente(70).

Un estudio determinó que uso de atención de relevo se asocia a mayor nivel de agotamiento en el cuidador, con un aOR: 1.95, IC 95%: 1.16 - 3.29 ($p < 0.05$) (29), cabe resaltar que no se debe interpretar como causalidad ya que es un estudio

observacional. Este resultado indica que los cuidadores que usan servicios de relevo tuvieron 1.95 veces la probabilidad de presentar agotamiento comparados con quienes no los usan cuidadores(29).

2.2. Definición de términos básicos

2.2.1. Factores de riesgo.

Un aspecto del comportamiento o estilo de vida personal, exposición ambiental, característica innata o hereditaria que, según la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con una condición relacionada con la salud y que se considera importante prevenir (71).

2.2.2. Agotamiento del cuidador.

El estrés o las respuestas emocionales asociadas que experimentan los cuidadores cuando cuidan a personas con discapacidad física o mental(72).

2.2.3. Cuidador primario informal.

Es el cuidador que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente(73).

2.2.4. Cuidador formal.

Es aquella persona que ha recibido formación en atención sanitaria formal y poseen cierto nivel de competencias y formación en la prestación de servicios de cuidado, recibe **remuneración económica por ese cuidado, y generalmente dentro de una relación laboral/remunerada(74).**

2.2.5. Adulto mayor.

Persona de 60 años de edad o más(75).

2.2.6. Adulto mayor dependiente.

Una persona dependiente es aquella que no está en condiciones de llevar a cabo acciones básicas y cotidianas a causa de limitaciones físicas, intelectuales o sensoriales(76). Debido a esa falta de autonomía, requieren la ayuda permanente de otras personas, ya sea de un familiar o un cuidador dedicado(76).

2.3. Hipótesis

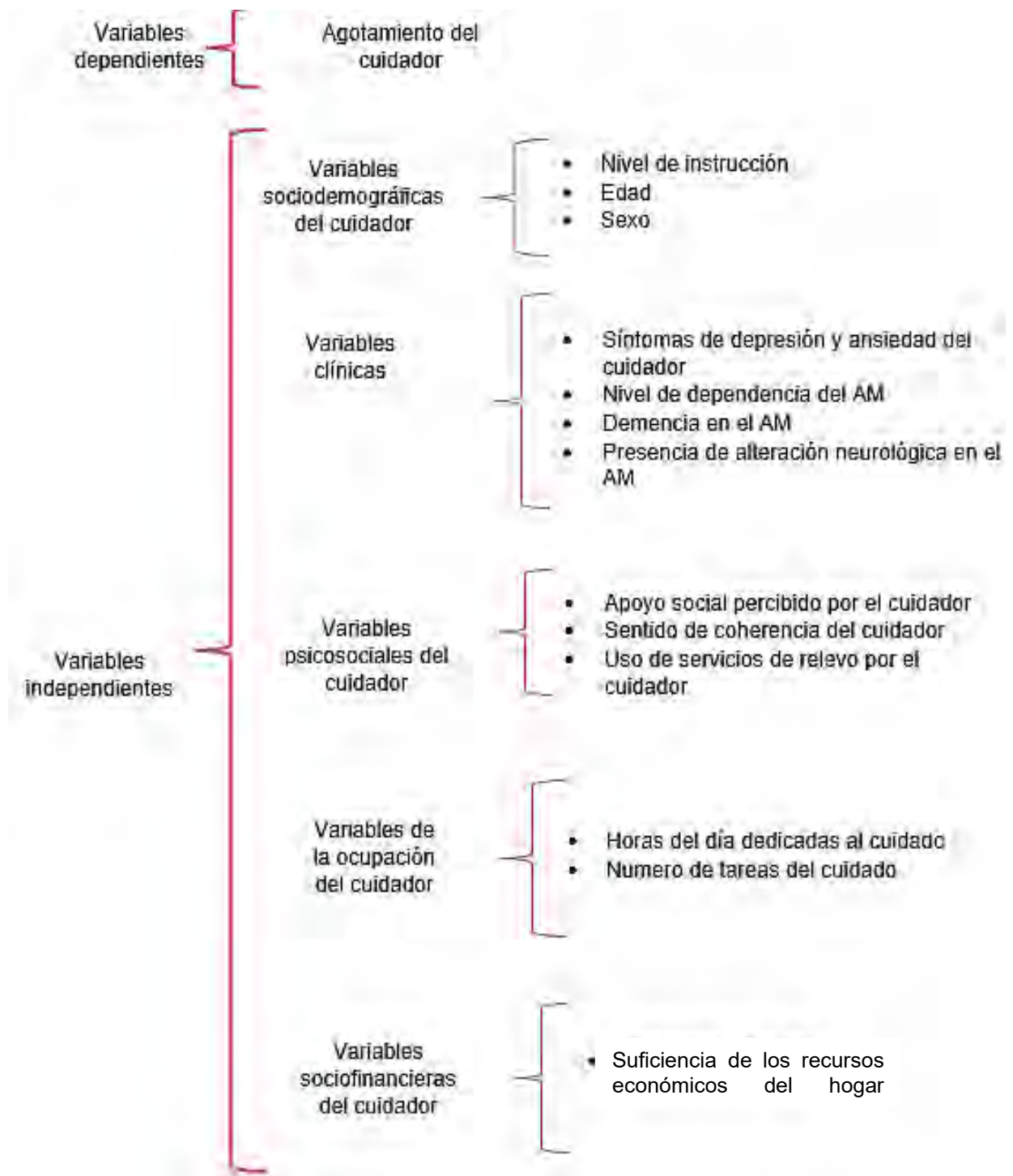
2.3.1. Hipótesis general

La prevalencia del agotamiento del cuidador principal de adultos mayores dependiente es alta. Asu vez existe asociación entre los factores sociodemográficos, clínicos, ocupacionales, sociofinancieros y psicosociales del cuidador informal principal y del adulto mayor dependiente del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.

2.3.2. Hipótesis específicas

- ✓ La prevalencia del agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026 es alta.
- ✓ Existe asociación entre los factores sociodemográficos (nivel de instrucción, edad o sexo) del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026
- ✓ Existe asociación entre los factores clínicos (síntomas de ansiedad y depresión) presentados en el cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026
- ✓ Existe asociación entre los factores clínicos (nivel de dependencia, presencia de demencia u otra enfermedad neurológica) presentados en el adulto mayor dependiente asociados al agotamiento intenso del cuidador informal principal en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026
- ✓ Existe asociación entre los factores psicosociales (percepción de apoyo social, sentido de coherencia, uso de servicios de relevo) del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.
- ✓ Existe asociación entre los factores ocupacionales (horas del día dedicados al cuidado y número de tareas) del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.
- ✓ Existe asociación entre la suficiencia de los recursos económicos del hogar del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.

2.4. Variables



AM: adulto mayor

2.5. Definiciones operacionales

Variables		Definición conceptual	Dimensiones/ Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento y Procedimiento de Medición	Expresión Final de la Variable	Definición operacional
Agotamiento del cuidador		Un estado de sobrecarga emocional, estrés y fatiga que impacta negativamente en las actividades recreativas, las relaciones sociales, la libertad personal y el equilibrio mental(44)	No corresponde / puntaje total	Puntaje total obtenido en la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit	Cualitativo	Ordinal	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ESCZ)	a) Sin agotamiento <47 b) Agotamiento leve 47-55 c) Agotamiento intenso 56-110	Se consideró que un cuidador presenta agotamiento leve cuando resultó con un puntaje 47-55 e intenso cuando el puntaje vaya de 56-110 en la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (77).
SOCIO DEMOGRÁFICAS	Nivel de instrucción del cuidador	El grado de educación alcanzado por una persona	No corresponde	Nivel educativo alcanzado por el cuidador	Cualitativo	Ordinal	Ficha de recolección de datos	a) Bajo: analfabetismo o primaria	Nivel de instrucción que refiere tener el cuidador
								b) Medio: secundaria	
								c) Superior: técnica profesional	
	Edad del cuidador	Tiempo en años que ha vivido una persona	No corresponde	Edad en años cumplidos	Cuantitativo	Razón	Ficha de recolección de datos; edad referida por el cuidador y corroborada en el DNI	Edad del cuidador en años	Tiempo de años vividos constatado en el DNI del cuidador
	Sexo del cuidador	La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo que diferencian al organismo masculino del femenino	No corresponde	Sexo referido por el cuidador y verificado en DNI	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección de datos	a) Mujer	Sexo del cuidador constatado en la entrevista
								b) Varón	

Variables		Definición conceptual	Dimensiones/ Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento y Procedimiento de Medición	Expresión Final de la Variable	Definición operacional
CLÍNICAS	Síntomas de ansiedad y depresión del cuidador	El trastorno de ansiedad se define como los sentimientos o emociones de temor, aprensión y desastre inminente que provocan incapacidad (78,79)	Síntomas de ansiedad	Puntaje obtenido en la subescala de ansiedad del PHQ-4	Cualitativo	Ordinal	Cuestionario de salud del paciente-4 (PHQ-4)	a) <3 puntos: sin síntomas de ansiedad b) ≥3 puntos: con síntomas de ansiedad	Se consideró que el cuidador tiene un posible cuadro de ansiedad cuando el resultado fue ≥3 en la subescala de ansiedad del cuestionario. (80)
		El trastorno de depresión se define como un trastorno afectivo que se manifiesta tanto por un estado anímico disfórico como por la pérdida de interés o placer en las actividades usuales(61). El trastorno del ánimo es prominente y relativamente persistente(61).	Síntomas de depresión	Puntaje obtenido en la subescala de depresión del PHQ-4				a) <3 puntos: sin síntomas de depresión b) ≥3 puntos: con síntomas de depresión	Y que poseía un probable caso de depresión si en la subescala de depresión se obtuvo ≥3 (80)

Variables		Definición conceptual	Dimensiones/ Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento y Procedimiento de Medición	Expresión Final de la Variable	Definición operacional
C L Í N I C A S	Nivel de dependencia del adulto mayor	Son las limitaciones en actividades básicas de la vida diaria que aparecen como consecuencia del deterioro funcional del adulto mayor(64)(81).	Dependencia funcional en Actividades básicas de la vida diaria	Puntaje total obtenido en el Índice de Barthel	Cualitativo	Ordinal	Índice de Barthel	a) Dependencia ligera ≥ 60 puntos	Se obtuvo el grado de dependencia del AM en ABVD, según el puntaje obtenido en el índice de Barthel Dependencia ligera: ≥ 60 puntos
								b) Dependencia moderada 40-55	Dependencia moderada: 40-55 puntos
								c) Dependencia grave 20-35	Dependencia grave: 20-35 puntos
								d) Dependencia total < 20 puntos	Dependencia total: < 20 puntos (82)
	Demencia en el adulto mayor	Es un trastorno mental orgánico adquirido, con pérdida de la capacidad intelectual que tiene severidad suficiente para interferir con el funcionamiento social u ocupacional(65).	No corresponde	Diagnóstico de demencia registrado en la historia clínica	Cualitativo	Nominal	Revisión de historia clínica	a) Sí: diagnóstico de demencia registrado b) No: ausencia de diagnóstico de demencia registrado	Se consideró como paciente con demencia a aquellos AM diagnosticados por un médico, registrado en su historia clínica
C L Í									

Variables		Definición conceptual	Dimensiones/ Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento y Procedimiento de Medición	Expresión Final de la Variable	Definición operacional
N I C A S	Otra alteración neurológica en el adulto mayor	Se refiere a cualquier cambio o desorden en el funcionamiento del sistema nervioso diagnosticado por un médico(66)	No corresponde	Diagnóstico de alteración neurológica registrado en la historia clínica	Cualitativo	Nominal	Revisión de HC	a) Sí	AM con presencia de enfermedad neurológica con o sin demencia diagnosticado por un médico registrado en su historia clínica
								b) No	
P S I C O S O C I A L E S	Percepción de apoyo social por el cuidador	Se refiere a los sistemas de apoyo que proporcionan asistencia y estímulo a las personas con discapacidades físicas o emocionales para que puedan afrontarlas mejor(68)	No corresponde	Puntaje total obtenido en el Cuestionario de Apoyo Funcional de Duke - UNC	Cualitativo	Ordinal	Cuestionario Apoyo Social Funcional de Duke	a) Bajo: ≤32	Se consideró que el cuidador tiene apoyo social percibido bajo cuando el puntaje obtenido fue ≤32(83)
								b) Moderado: 33-43	
								c) Alto: 44-55	
	Sentido de coherencia (SOC) del cuidador	Capacidad de las personas para comprender una situación particular y utilizar los recursos disponibles de manera efectiva, lo que conlleva a que las personas que respaldan altos niveles de SOC vean el mundo y su entorno como más integrales, manejables y significativos(24)	No corresponde	Puntaje total obtenido en el SOC-13	Cualitativo	Ordinal	Escala de coherencia (SOC) 13	a) Bajo: 13-44	Los puntajes fueron categorizados en bajo, medio y alto sentido de coherencia según terciles (3 partes iguales) de la distribución muestral, únicamente con fines analíticos.
								b) Moderado: 45-75	
								c) Alto: 76-91	

Variables		Definición conceptual	Dimensiones/ Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento y Procedimiento de Medición	Expresión Final de la Variable	Definición operacional
P S I C O S O C I A L E S	Uso de servicios de relevo por el cuidador	Se refiere al uso de los servicios de relevo de los cuidadores, el cual consiste en la provisión temporaria de atención a través de un cuidador sustituto para aliviar al encargado habitual de la atención del paciente(70)	No corresponde	Uso de servicios de relevo durante el cuidado del AM	Cualitativo	Nominal	Registro de la respuesta de cuidador en la ficha de recolección de datos	a) Sí	Si el cuidador recibe o hace uso de servicios de apoyo temporario para el cuidado del adulto mayor
								b) No	
O C U P A C I O N A L E S	Horas del día dedicadas al cuidado	Es el número de horas al día que el cuidador del adulto mayor realiza su función	No corresponde	Número de horas/día dedicadas al cuidado del AM	Cuantitativa continua	Razón	Ficha de recolección de datos	Número de horas/día dedicadas al cuidado, según autorreporte del cuidador	Número de horas autoinformadas por el cuidador.

Variables		Definición conceptual	Dimensiones/ Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento y Procedimiento de Medición	Expresión Final de la Variable	Definición operacional
O C U P A C I O N A L E S	Número de tareas del cuidado	Es el número de tareas o la cantidad de tareas que realiza la persona que cuida al adulto mayor	Asistencia relacionada con las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) /Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	Número de tareas de asistencia realizadas	Cuantitativa discreta	Razón	Ficha de recolección	0-6 tareas	Suma de tareas que realiza como cuidador en cada una de las siguientes áreas: • La asistencia relacionada con las ABVD/AIVD: ayuda con las compras, el transporte, las tareas del hogar, la movilidad, el banco y el autocuidado
			Gestión de la salud	Número de tareas de gestión de la salud realizadas	Cuantitativa discreta	Razón	Ficha de recolección	0-5 tareas	• La gestión de la salud: ayuda con la dieta, el cuidado de los pies, el cuidado de la piel, el ejercicio, el cuidado dental
			Logística de los sistemas de salud	Número de tareas de logística sanitaria realizadas	Cuantitativa discreta	Razón	Ficha de recolección	0-5 tareas	• La logística de los sistemas de salud: concertar citas, pedir medicamentos, gestionar cuestiones de seguros, realizar un seguimiento de los medicamentos y hablar con el proveedor médico del receptor de la atención

Variables		Definición conceptual	Dimensiones/ Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento y Procedimiento de Medición	Expresión Final de la Variable	Definición operacional
P A C I O N A L E S	Suficiencia de los recursos económicos del hogar	Es cuando el cuidador percibe que su ingreso económico familiar al mes es suficiente para vivir cómodamente y cubrir las necesidades del hogar	No corresponde	Percepción del cuidador sobre la suficiencia de los ingresos económicos familiares mensuales	Cualitativo	Nominal	Se registrará la respuesta reportada del cuidador respecto a si considera suficientes los ingresos económicos mensuales del hogar en la ficha de recolección de datos	a) Suficiente	Se consideró los ingresos insuficientes si el cuidador así lo afirma y se consideró ingresos suficientes si el cuidador así lo refiere
								b) Insuficiente	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

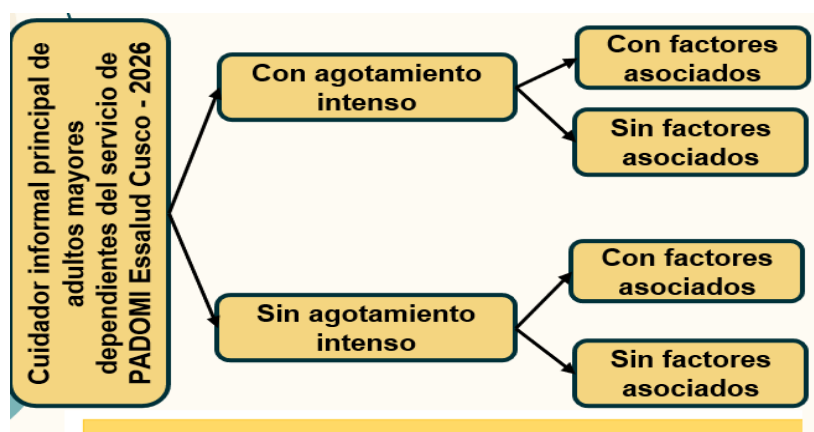
3.1. Tipo de investigación

La investigación siguió un enfoque cuantitativo, ya que recolectó datos mediante mediciones numéricas y análisis estadísticos para comprobar la hipótesis planteada. Este enfoque se desarrolló de manera rigurosa y secuencial, comprendiendo etapas como el planteamiento del problema, revisión de la literatura, desarrollo del marco teórico, formulación de hipótesis y variables, diseño de la investigación, selección de la muestra, recolección y análisis de datos, y elaboración del reporte de resultados. Su propósito fue identificar regularidades en los fenómenos estudiados y confirmar las hipótesis formuladas(84).

Este estudio tuvo un alcance correlacional-analítico, pues buscó determinar el grado de asociación entre dos o más variables en una población determinada, sin establecer relaciones de causalidad. Para ello, las variables fueron medidas, cuantificadas y analizadas con el fin de identificar la existencia y la fuerza de su asociación(84).

3.2. Diseño de investigación

El estudio adoptó un diseño observacional, ya que no se manipularon deliberadamente las variables, sino que los fenómenos fueron observados en su contexto natural para su posterior análisis y respuesta a la pregunta de investigación(84). El estudio tuvo un diseño transversal, ya que realizó una única recolección de datos para analizar las variables existentes en un momento determinado y establecer su relación, sin seguimiento en el tiempo. Este diseño se justifica porque las variables no fueron manipuladas y porque existen pocos estudios en la población cusqueña que, además de la prevalencia, analicen los factores asociados al problema de salud (84).



3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población de estudio estuvo compuesta por cuidadores informales principales del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud de la provincia Cusco.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Criterios de inclusión

Cuidador informal principal adulto, ser residentes en la provincia de Cusco durante al menos 1 año, cuidadores de 1 solo adulto mayor, tiempo de cuidado de al menos 3 meses.

3.3.2.2. Criterios de exclusión.

Que el cuidador se niegue a participar del estudio y que el llenado de la encuesta esté incompleto en más del 10%.

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

3.3.3.1. Muestra

Para calcular el tamaño muestral se utilizó el programa Epi Info 7.2.6.0 de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

El antecedente teórico usado para el cálculo del tamaño muestral fue "Prevalencia y factores de riesgo de sobrecarga entre los cuidadores de pacientes mayores en urgencias" de Zaalberg Tessel, et al. Publicado el 2023 realizado en Venlo, Países Bajos. La variable escogida para el cálculo fue "número de horas de atención/día autoinformadas 1-23h" (36)

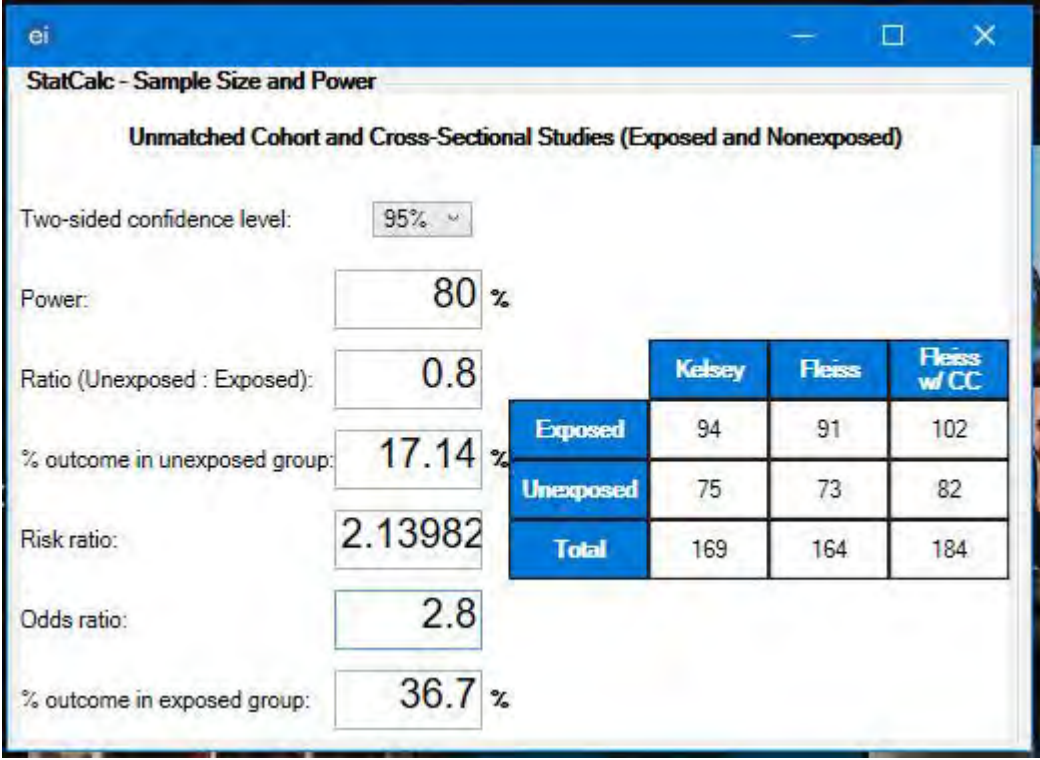
	Con agotamiento	Sin agotamiento	TOTAL
1-23h del día dedicadas al cuidado	37	51	88
<1h del día dedicadas al cuidado	12	58	70
TOTAL	49	109	158

OR = 2.80, IC 95%: 1.22 - 6.44

Seguidamente, los datos fueron trasladados a la hoja de cálculo de tamaño muestral de Cohorte No Pareado y Estudio transversal (Expuestos y no Expuestos) con los siguientes datos:

- ✓ Nivel de confianza de dos lados: 95%
- ✓ Potencia: 80%
- ✓ Razón de No expuestos: Expuestos: 0.8

- ✓ Porcentaje de resultado en el grupo no expuesto: 17.14%
- ✓ Odds ratio: 2.8



	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Exposed	94	91	102
Unexposed	75	73	82
Total	169	164	184

El resultado del cálculo de tamaño muestral es 184, a este valor se le agregó un 10%, por las posibles pérdidas. Por lo tanto $184 + 18 = 202$, siendo este el tamaño muestral definitivo para el presente trabajo de investigación.

3.3.3.2. Método de muestreo.

El muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, debido a que los participantes correspondieron a los cuidadores informales principales de los adultos mayores afiliados al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del HNAGV EsSalud del Cusco. Se consideró un muestreo por conveniencia porque los participantes fueron seleccionados según los criterios de inclusión establecidos; sin embargo, no todos los potenciales participantes contaron con la disponibilidad o el tiempo necesario para participar, por lo que algunos no fueron incluidos. En consecuencia, la muestra obtenida no representó necesariamente a toda la población de cuidadores.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

En esta investigación se utilizó una encuesta estructurada con el propósito de obtener información mediante preguntas cerradas, dispuestas en un cuestionario validado por expertos. El cuestionario fue aplicado mediante un formulario de Google, conectado a

una base de datos en hoja de cálculo, donde se almacenaron los datos recolectados. La encuesta se mantuvo sin modificaciones durante todo el proceso de recolección de datos.

El instrumento fue validado previamente mediante juicio de expertos, utilizando una escala tipo Likert. Los expertos estuvieron conformados por médicos especialistas y profesionales con experiencia en la variable de estudio.

Por otro lado, para la obtención de los datos correspondientes a los adultos mayores, se realizó la revisión de historias clínicas virtuales, a razón de 15 por día. Los datos obtenidos fueron registrados en una ficha de recolección independiente, diseñada específicamente para tal fin.

3.4.2. Instrumentos

El consentimiento informado se obtuvo de forma verbal, debido a que la encuesta fue aplicada mediante llamadas telefónicas. El encuestador leyó el consentimiento informado y registró la aceptación del participante en el instrumento.

Cada uno de los instrumentos utilizados se describe a continuación.

✓ Cuestionario de Salud del Paciente-4 (PHQ-4).

Este cuestionario fue desarrollado por Kroenke et al. en el año 2009. Su versión en español ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en diversos países latinoamericanos, y en Perú, en una población urbana peruana de Lima se encontró $\alpha = 0.744$ y $\omega = 0.751$, con una estructura unidimensional y una varianza explicada del 56.85%(85)

Es un instrumento breve de tamizaje que evalúa síntomas de ansiedad y depresión. Consta de 4 ítems, dos correspondientes a ansiedad (GAD-2) y dos a depresión (PHQ-2), con opciones de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos(80). El puntaje total oscila entre 0 y 12 puntos en total, una puntuación de 3 o más en la subescala de Depresión representa Tamizaje positivo para síntomas depresivos y una puntuación de 3 o más en la subescala de Ansiedad representa Tamizaje positivo para síntomas de ansiedad (80). Es un instrumento validado y ampliamente utilizado en población adulta.

✓ Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (DUFSSQ).

Este cuestionario tiene una fiabilidad test-retest de 0,66. La relación de cada ítem con la puntuación total del cuestionario también demuestra ser adecuada (83). En la validación de Bellón y cols se ha utilizado tanto autoadministrada como mediante un entrevistador, mostrando en ambos casos buenos índices de fiabilidad (0,92 y 0,80 respectivamente). La consistencia interna de la escala y sus dos subescalas es adecuada (alfa de Crombach de 0,90, 0,88 y 0,79 respectivamente (83).

Evalúa la percepción de apoyo social funcional. Está compuesto por 12 ítems, con respuestas tipo Likert de 1 a 5 puntos, que valoran dos dimensiones principales: apoyo confidencial y apoyo afectivo(83). El puntaje total varía entre 12 y 60 puntos, donde valores más altos reflejan mayor percepción de apoyo social(83). El puntaje bajo corresponde a ≤ 32 , el medio a 33 – 43, y el alto apoyo social para 44 – 60. Esta clasificación (no es original del instrumento), sin embargo, ayudará a identificar diferencias en la distribución del agotamiento según el grado de apoyo social percibido, proporcionando una caracterización más detallada que la dicotomización tradicional. El instrumento cuenta con validación en población de habla hispana y es ampliamente utilizado en estudios de salud(83).

✓ **Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13).**

La versión peruana del SOC-13, validada por Saravia et al. en una muestra de 448 universitarios peruanos, presentó una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.80$) y una estructura de tres factores con índices de ajuste aceptables (CFI = 0.92, TLI = 0.90, RMSEA = 0.06 y SRMR = 0.049), lo que respalda su validez y confiabilidad para evaluar el sentido de coherencia en población peruana(86)

El Cuestionario de Sentido de Coherencia en su versión abreviada de 13 ítems (SOC-13) evalúa la capacidad del individuo para percibir la vida como comprensible, manejable y significativa. Consta de 13 ítems, con escalas de respuesta tipo Likert, cuyo puntaje total oscila entre 13 y 91 puntos. A mayor puntuación, mayor sentido de coherencia. Es un instrumento validado en diferentes contextos culturales y utilizado en investigaciones relacionadas con afrontamiento y salud mental. Debido a la ausencia de puntos de corte clínicos establecidos, los puntajes serán categorizados en bajo, medio y alto sentido de coherencia según terciles de la distribución muestral, únicamente con fines analíticos.

✓ **Escala de Carga del Cuidador de Zarit.**

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI-22) ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en población hispanohablante de cuidadores informales de adultos mayores dependientes. La validación española reportó una **consistencia interna de $\alpha = 0.91$** y una **fiabilidad test-retest de $r = 0.86$** , lo que evidencia una elevada confiabilidad del instrumento para medir la sobrecarga del cuidador(87).

Mide el grado de sobrecarga percibida en cuidadores informales (77). Está conformada por 22 ítems, con respuestas tipo Likert de cinco valores de frecuencia que oscilan entre 1 (nunca) y 5 (casi siempre) (77). La puntuación total tiene un rango de 22 a 110. La clasificación habitual viene a ser sin sobrecarga: 22-46, sobrecarga ligera: 47-55, sobrecarga intensa: 56-110 (77), pero en el análisis estadístico, el resultado será dicotomizado en agotamiento intenso y agotamiento no intenso (incluye ausencia de agotamiento y agotamiento leve). Es una de las escalas más utilizadas y validadas para evaluar carga del cuidador en población adulta(77).

De manera global, debido a que el cuestionario aplicado correspondió a una compilación de estos instrumentos en un único formato, no fue necesario realizar una nueva validación psicométrica. No obstante, con el propósito de evaluar la claridad, pertinencia y coherencia de la versión utilizada, se sometió el cuestionario a juicio de expertos, empleándose el método de la **Distancia del Punto Múltiple (DPP)**, obteniéndose resultados que respaldaron su validez de contenido. El valor hallado del DPP en este cuestionario fue de 0.24 encontrándose en la zona A, lo cual significa Adecuación total, por lo que se determina que la ficha de recolección de datos es válida y confiable.

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo de manera virtual, mediante llamadas telefónicas y revisión de historias clínicas de los adultos mayores. Para ello, se contó con dos recolectores, quienes fueron previamente capacitados por la autora de la tesis y el/la asesor(a).

3.5. Análisis de Datos

El análisis estadístico se realizó en Stata versión 16. Inicialmente se efectuó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el cuidado. Las variables cuantitativas con distribución aproximadamente normal se resumieron mediante media y desviación estándar, mientras que las variables con

distribución no normal se describieron mediante mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes.

La variable desenlace fue el agotamiento del cuidador, categorizado en agotamiento intenso y no intenso. Para el análisis bivariado simple se compararon las características de los cuidadores y de las personas cuidadas según el nivel de agotamiento. Las variables cuantitativas con distribución normal se analizaron mediante la prueba t de Student, y las variables cuantitativas de distribución no normal, mediante la prueba U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera.

Posteriormente, se hizo el análisis bivariado mediante modelo de regresión, con el que se estimaron razones de prevalencia crudas (RP crudas), con sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95% para evaluar la asociación entre las variables independientes y el agotamiento intenso del cuidador. Para el análisis multivariado se empleó un modelo lineal generalizado de familia Poisson, con enlace logarítmico y varianza robusta, con el objetivo de estimar razones de prevalencia ajustadas (RP ajustadas) e intervalos de confianza (IC) al 95%.

En el modelo ajustado se incluyeron las variables consideradas relevantes según el análisis bivariado y el criterio clínico-metodológico, tales como sexo del cuidador, síntomas de ansiedad, síntomas depresivos, la percepción de apoyo social, horas diarias dedicadas al cuidado y grado de dependencia. Se consideró como nivel de significancia estadística un valor de $p < 0.05$.

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis Univariado

4.1.1.1. Agotamiento del cuidador

En esta investigación, realizada en 2026 con una muestra de 177 cuidadores de adultos mayores dependientes del servicio PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud-Cusco, se encontró que la prevalencia global de agotamiento en el cuidador fue de 82.35%, en el 29,41% fue leve y en el 52.94% fue intenso. Posteriormente, para el análisis bivariado, el agotamiento se dicotomizó en intenso y no intenso (leve + sin agotamiento).

Tabla 1. Prevalencia de agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes (n=170)

Agotamiento del cuidador, n (%)	Resultados
Sin agotamiento	30(17.45%)
Agotamiento leve	50(29.41%)
Agotamiento intenso	90(52.94%)

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

4.1.1.2. Características sociodemográficas del cuidador

Respecto a las características sociodemográficas, los cuidadores presentaron una edad media de $55,3 \pm 12,45$ años, concentrándose la mayoría entre 42,85 y 67,75 años. Predominó el sexo femenino con el 75,88% (n = 129), frente al 24,12% (n = 41) del sexo masculino. En cuanto al grado de instrucción, la mayoría contaba con educación técnica o profesional (85,88%; n = 146), seguida de educación secundaria (12,36%; n = 21) y, en menor proporción, educación primaria o analfabetismo (1,76%; n = 3) (tabla 2).

Tabla 2. Análisis univariado de las características sociodemográficas del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes.

Variables sociodemográficas	Resultados
Edad del cuidador. Media +/- Ds, años	55.3 +/- 12.45
Sexo del cuidador, n (%)	
Femenino	129 (75.88%)
Masculino	41 (24.12%)
Grado de instrucción, n (%)	
Analfabetismo o primaria	3 (1.76%)
Secundaria	21 (12.36%)
Técnico o profesional	146 (85.88%)

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

4.1.1.3. Factores clínicos del cuidador y del adulto mayor

Respecto a los factores clínicos, el 41,76% (n = 71) de los cuidadores presentó probable ansiedad clínicamente relevante y el 21,76% (n = 37) probable depresión clínicamente relevante. En los adultos mayores predominó la dependencia grave (43,53%; n = 74), seguida de la dependencia total (35,29%; n = 60), moderada (18,83%; n = 32) y leve (2,35%; n = 4). Además, el 40,00% (n = 68) presentó diagnóstico de demencia y el 35,88% (n = 61) padecía otras enfermedades neurológicas asociado o no a demencia (tabla 3).

Tabla 3. Análisis univariado de los factores clínicos presentados en el adulto mayor y en el cuidador informal principal.

Variables clínicas	Resultados
Síntomas de ansiedad en el cuidador, n (%)	
No	99 (58.24%)
Si	71 (41.76%)
Síntomas de depresión en el cuidador, n (%)	
No	133 (78.24%)
Si	37 (21.76%)
Grado de dependencia del adulto mayor, n (%)	
Leve	4 (2.35%)
Moderado	32 (18.83%)
Grave	74 (43.53%)
Total	60 (35.29%)
Demencia en el adulto mayor, n (%)	
No	102 (60.00%)
Si	68 (40.00%)
Otra enfermedad neurológica en el adulto mayor, n (%)	
No	109 (64.12%)
Si	61 (35.88%)

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta y revisión de historias clínicas.

Entre los pacientes con otras enfermedades neurológicas con o sin de demencia (n = 113), la condición más frecuente fue la secuela de ACV (50,4%), seguida de la enfermedad de Parkinson (19,5%). El grupo "otros" representó el 20,4% de los casos, mientras que la epilepsia y el TEC constituyeron el 5,3% y 4,4%, respectivamente (tabla 4).

Tabla 4. Descripción de las enfermedades más frecuentes halladas en la población estudiada de adultos mayores dependientes.

Enfermedad neurológica, n (%)	Resultados
Secuela de accidente cerebrovascular (ACV)	57 (50.4%)
Enfermedad de Parkinson	22 (19.5%)
Epilepsia	6 (5.3%)
Traumatismo encefalocraneano (TEC)	5 (4.4%)
Otros	23 (20.4%)
Total	113 (100.0%)

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante revisión de historias clínicas.

Nota: Los porcentajes fueron calculados respecto al total de pacientes con enfermedades neurológicas con o sin demencia (n = 113). Además, un mismo AM pudo presentar más de una enfermedad neurológica; por ello, el número total de diagnósticos excede el número de AM con enfermedad neurológica (n=61).

4.1.1.4. Factores psicosociales del cuidador

Respecto a los factores psicosociales, el 58,82% (n = 100) de los cuidadores percibió un alto apoyo social, el 21,76% (n = 37) un apoyo moderado y el 19,41% (n = 33) un apoyo bajo. En cuanto al sentido de coherencia, predominó el nivel bajo con 53,33% (n = 91), seguido del nivel moderado con 46,47% (n = 79), sin registrarse participantes con nivel alto. Asimismo, el 41,76% (n = 71) de los cuidadores manifestó utilizar servicios de relevo (tabla 4).

Tabla 4. Análisis univariado de los factores psicosociales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes.

Factores psicosociales del cuidador	Resultados
Percepción de apoyo social del cuidador, n (%)	
Bajo	33 (19.41%)
Moderado	37 (21.76%)
Alto	100 (58.82%)
Sentido de coherencia del cuidador, n (%)	
Bajo	91 (53.33%)
Moderado	79 (46.47%)
Alto	0(00.00%)
Uso de servicios de relevo por el cuidador, n (%)	
No	99 (58.24%)
Si	71 (41.76%)

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

4.1.1.5. Factores ocupacionales del cuidador

Respecto a los factores ocupacionales, la mediana de tiempo dedicado al cuidado fue de 12 horas diarias (RIQ: 6–24 h), con la mitad de los cuidadores de la muestra dedicando entre 6 y 24 horas al día y una cuarta parte brindando atención continua. En las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD/AIVD), la mediana fue de 6 tareas (RIQ: 5–6), realizándose generalmente entre 5 y 6 actividades. En la gestión de la salud, la mediana fue de 5 tareas (RIQ: 4–5); mientras que en la logística del sistema de salud también fue de 5 tareas (RIQ: 5–5), mostrando escasa variabilidad entre los cuidadores, es decir, prácticamente toda la muestra obtuvo el mismo valor. (tabla 5).

Tabla 5. Análisis univariado de los factores ocupacionales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes.

Factores ocupacionales del cuidador	Resultados
Horas del día dedicados al cuidado, mediana (RIQ). Horas	12 (6 a 24h)
NÚMERO DE TAREAS DEL CUIDADO	
Asistencia relacionada con las ABVD/AIVD, mediana (RIQ)	6 (5 a 6)
Gestión de la salud, mediana (RIQ)	5 (4 a 5)
Logística de los sistemas de salud, mediana (RIQ)	5 (5 a 5)

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

4.1.1.6. Factores sociofinancieros del cuidador

En relación a la suficiencia de los recursos económicos del hogar percibida por el cuidador, se encontró que el 44.71% (n = 76) de los cuidadores consideran que sí poseen ingresos suficientes (tabla 6).

Tabla 6. Análisis univariado de factores sociofinancieros del cuidador asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes.

Factor sociofinanciero	Resultados
Suficiencia de los recursos económicos del hogar, n (%)	
No	94 (55.29%)
Si	76 (44.71%)

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

4.1.2. Análisis bivariado

4.1.2.1. Características sociodemográficas del cuidador

El análisis bivariado mostró que la edad del cuidador no se asoció significativamente con el agotamiento intenso, ya que el promedio fue similar entre los grupos con agotamiento intenso y no intenso ($p = 0,588$). En cambio, el sexo sí presentó una asociación significativa ($p = 0,04$), observándose mayor frecuencia de agotamiento intenso en las mujeres (57,36%; $n = 74$), mientras que en los varones predominó el agotamiento no intenso (60,98%; $n = 25$). Por su parte, el grado de instrucción no mostró asociación estadísticamente significativa con el agotamiento intenso del cuidador ($p = 0,676$) (Tabla 7).

Tabla 7. Análisis bivariado simple de las características sociodemográficas del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso.

Características sociodemográficas del cuidador	Agotamiento del cuidador		p-Valor	Prueba
	No intenso	Intenso		
Edad del cuidador. Media+/- Ds, años	54.75 +/- 13.02	55.79 +/- 11.98	0.588	t-student
Sexo del cuidador, n (%)				
Femenino	55 (42.64%)	74 (57.36%)	0.04	Chi2
Masculino	25 (60.98%)	16 (39.02%)		
Grado de instrucción, n (%)				
Analfabetismo o primaria	2 (66.67%)	1 (33.33%)	0.676	Fisher's exact
Secundaria	11 (52.38%)	10 (47.62%)		
Técnico o profesional	67 (45.89%)	79 (54.11%)		

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

Nota: El análisis estadístico fue realizado con asesoría profesional.

4.1.2.2. Factores clínicos del cuidador y del adulto mayor

El análisis bivariado mostró que la probable ansiedad clínicamente relevante se asoció significativamente con mayor agotamiento intenso del cuidador (67,61%; $n = 48$; $p = 0,001$), al igual que la probable depresión clínicamente relevante, presente en el 75,68% ($n = 28$) de los cuidadores con agotamiento intenso ($p = 0,002$). Asimismo, un mayor grado de dependencia del adulto mayor, especialmente la dependencia total, se relacionó con mayor frecuencia de agotamiento intenso del cuidador (70,00%; $n = 42$; $p = 0,012$). En contraste, el diagnóstico de demencia y la presencia de otras enfermedades neurológicas del adulto mayor no mostraron asociación estadísticamente significativa con el agotamiento intenso del cuidador (tabla 8).

Tabla 8. Análisis bivariado simple de los factores clínicos presentados en el adulto mayor dependiente y en el cuidador informal principal asociados al agotamiento intenso.

Factores clínicos del cuidador y del adulto mayor	Agotamiento del cuidador		p-Valor	Prueba
	No intenso	Intenso		
Síntomas de ansiedad en el cuidador, n (%)				
No	57 (57.58%)	42 (42.42%)	0.001	Chi2
Si	23 (32.39%)	48 (67.61%)		
Síntomas de depresión en el cuidador, n (%)				
No	71 (53.38%)	62 (46.62%)	0.002	Chi2
Si	9 (24.32%)	28 (75.68%)		
Grado de dependencia del adulto mayor, n (%)				
Leve	2 (50.00%)	2 (50.00%)	0.012	Fisher's exact
Moderado	19 (59.38%)	13 (40.63%)		
Grave	41 (55.41%)	33 (44.59%)		
Total	18 (30.00%)	42 (70.00%)		
Demencia, n (%)				
No	53 (51.96%)	49 (48.04%)	0.117	Chi2
Si	27 (39.71%)	41 (61.29%)		
Otra enfermedad neurológica en el adulto mayor, n (%)				
No	54 (49.54%)	55(50.46%)	0.386	Chi2
Si	26 (42.62%)	35(57.38%)		

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

Nota: El análisis estadístico fue realizado con asesoría profesional.

4.1.2.3. Factores psicosociales del cuidador

En el análisis bivariado de los factores psicosociales, los cuidadores con y percepción de alto apoyo social presentaron mayor frecuencia de agotamiento no intenso (60.00%; $n = 60$), mientras que aquellos con bajo apoyo social percibido mostraron mayor frecuencia de agotamiento intenso (81.82%; $n = 27$), evidenciando que un mayor apoyo social se asocia con menor agotamiento del cuidador ($p < 0.001$). En cambio, no se encontró asociación significativa entre el sentido de coherencia y el agotamiento ($p = 0.137$), ni diferencias según el uso de servicios de relevo ($p = 0.66$) (tabla 9).

Tabla 9. Análisis bivariado simple de los factores psicosociales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso.

Factores psicosociales del cuidador	Agotamiento del cuidador		p-Valor	Prueba
	Leve	Intenso		
Percepción de apoyo social del cuidador, n (%)				
Bajo	6 (18.18%)	27 (81.82%)	<0.001	Chi2
Moderado	14 (37.84%)	23 (62.16%)		
Alto	60 (60.00%)	40 (40.00%)		
Sentido de coherencia del cuidador, n (%)				
Bajo	38 (41.76%)	53 (58.24%)	0.137	Chi2
Moderado	42 (53.16%)	37 (46.84%)		
Alto	0 (00.00%)	0 (00.00%)		
Uso de servicios de relevo por el cuidador, n (%)				
No	48 (48.48%)	51 (51.52%)	0.66	Chi2
Si	32 (45.07%)	39 (54.93%)		

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

Nota: El análisis estadístico fue realizado con asesoría profesional.

4.1.2.4. Factores ocupacionales del cuidador

En cuanto a los factores ocupacionales, los cuidadores con agotamiento intenso dedicaban una mediana de 20 horas diarias al cuidado, mientras que aquellos con agotamiento no intenso dedicaban 10 horas, evidenciando que una mayor carga horaria se asoció significativamente con agotamiento intenso ($p < 0.001$). En cambio, el número de tareas de cuidado, la asistencia en ABVD/AIVD, la gestión de la salud y la logística de los sistemas de salud no mostraron una asociación estadísticamente significativa con el agotamiento del cuidador ($p > 0.05$) (tabla 10).

Tabla 10. Análisis bivariado simple de los factores ocupacionales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso.

Factores ocupacionales del cuidador	Agotamiento del cuidador		p-Valor	Prueba
	No intenso	Intenso		
Horas del día dedicados al cuidado, mediana (RIQ)	10 (4.5 a 16)	20 (12 a 24)	<0.001	U Mann-Whitney
NÚMERO DE TAREAS DEL CUIDADO				
Asistencia relacionada con las ABVD/AIVD, mediana (RIQ)	6 (5 a 6)	6 (6 a 6)	0.07	U Mann-Whitney
Gestión de la salud, mediana (RIQ)	5 (3 a 5)	5 (4 a 5)	0.082	U Mann-Whitney
Logística de los sistemas de salud, mediana (RIQ)	5 (5 a 5)	5 (5 a 5)	0.078	U Mann-Whitney

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

Nota: El análisis estadístico fue realizado con asesoría profesional.

4.1.2.5. Factores sociofinancieros del cuidador

En relación al factor sociofinanciero, se observó que la suficiencia de los recursos económicos del hogar, no tuvo una asociación con el agotamiento del cuidador con $p = 0.317$ ($p > 0.05$). Es decir, no hubo diferencias entre el grupo que considera tener ingresos suficientes y el grupo que considera lo contrario respecto al agotamiento del cuidador (tabla 11).

Tabla 11. Análisis bivariado simple de factores sociofinancieros del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso.

Factor sociofinanciero	Agotamiento del cuidador		p-Valor	Prueba
	Leve	Intenso		
Suficiencia de los recursos económicos del hogar, n (%)				
No	41 (43.62%)	53 (56.38%)	0.317	Chi2
Si	39 (51.32%)	37 (48.68%)		

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

Nota: El análisis estadístico fue realizado con asesoría profesional.

4.1.3. Análisis multivariado

4.1.3.1. Características sociodemográficas del cuidador

En el análisis bivariado mediante regresión, el sexo del cuidador no mostró una asociación estadísticamente significativa con el agotamiento intenso, ya que el intervalo de confianza incluyó la unidad y se obtuvo un valor de $p = 0.067$ ($p > 0.05$) (tabla 12).

4.1.3.2. Factores clínicos del cuidador y del adulto mayor

En el análisis bivariado mediante el modelo de regresión, la presencia de probable ansiedad clínicamente relevante en los cuidadores obtuvo un PR = 1.59; IC95% = [1.20 – 2.11]; $p = 0.001$. Lo que se traduce en que, los cuidadores con probable ansiedad clínicamente relevante tuvieron una prevalencia 59% mayor de agotamiento intenso que aquellos cuidadores con ausencia de síntomas de ansiedad. Sin embargo, en el análisis ajustado, la presencia de probable ansiedad clínicamente relevante obtuvo un PRa = 1.20; IC95% = [0.85 – 1.68]; $p = 0.303$ ($p > 0.05$), por lo que la asociación dejó de ser significativa (tabla 12).

En cuanto a la probable depresión clínicamente relevante, se obtuvo un PR = 1.62; IC95% = [1.25 – 2.10]; $p < 0.001$ ($p < 0.05$) en el análisis bivariado mediante el modelo de regresión. Lo que indica que los cuidadores con probable depresión clínicamente relevante tuvieron una prevalencia 62% mayor de agotamiento intenso que en el grupo con ausencia de síntomas de depresión. Sin embargo, en el análisis ajustado resultó un RPa = 1.16; IC95% = [0.87 – 1.56]; $p = 0.316$ ($p > 0.05$), por lo que la asociación también perdió significancia (tabla 12).

En relación al grado de dependencia, no se mostró relación significativa con el agotamiento intenso, ya que los IC95% pasan por el valor nulo (unidad) y $p > 0.05$ en todas las subcategorías de grado de dependencia (tabla 12).

4.1.3.3. Factores psicosociales del cuidador

En el análisis bivariado con modelo de regresión, la percepción de alto apoyo social mostró tener un RP = 0.49; IC95% = [0.36 – 0.65]; $p < 0.001$ ($p < 0.05$) y en el análisis ajustado, mostró tener un RPa = 0.64; IC95% = [0.45 – 0.86]; $p < 0.004$ ($p < 0.05$), lo que se traduce en que una percepción de alto apoyo social se asoció de manera independiente con menor agotamiento intenso del cuidador, es decir, los cuidadores con percepción de alto apoyo social presentaron 36% menor prevalencia de agotamiento intenso en comparación a los otros subgrupos (percepción de bajo o moderado apoyo social) (tabla 12).

4.1.3.4. Factores ocupacionales del cuidador

En el análisis bivariado con modelo de regresión, las horas del día dedicadas al cuidado resultó tener un RP = 1.06; IC95% = [1.03 – 1.06]; $p < 0.001$ ($p < 0.05$) y en el análisis ajustado, RPa = 1.04; IC95% = [1.02 – 1.06]; $p < 0.001$ ($p < 0.05$). Lo cual se interpreta como por cada hora adicional dedicada al cuidado aumentó la prevalencia en 4% de

agotamiento intenso del cuidador, esto evidencia una asociación independiente entre mayor carga horaria y agotamiento intenso del cuidador (tabla 12).

Tabla 12. Análisis bivariado mediante modelo de regresión (RP cruda) y análisis multivariado (RP ajustada) de factores asociados al agotamiento intenso del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes.

	Agotamiento intenso		p-Valor	Agotamiento intenso		p-Valor
	RP	IC 95%		RPa	IC 95%	
Sexo del cuidador						
Femenino	Ref.					
Masculino	0.68	0.45 - 1.02	0.067			
Síntomas de ansiedad en el cuidador						
No	Ref.					
Si	1.59	1.20 - 2.11	0.001	1.2	0.85 - 1.68	0.303
Síntomas de depresión en el cuidador						
No	Ref.					
Si	1.62	1.25 - 2.10	<0.001	1.16	0.87 - 1.56	0.316
Grado de dependencia del adulto mayor						
Leve	Ref.					
Moderado	0.81	0.27 - 2.36	0.703			
Grave	0.89	0.32 - 2.46	0.825			
Total	1.4	0.51 - 3.79	0.508			
Percepción de alto apoyo social por el cuidador						
Bajo	Ref.					
Moderado	0.76	0.56 - 1.02	0.072	0.82	0.61 - 1.12	0.219
Alto	0.49	0.36 - 0.65	<0.001	0.64	0.45 - 0.86	0.004
Horas del día dedicados al cuidado	1.06	1.03 - 1.06	<0.001	1.04	1.02 - 1.06	<0.001

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados mediante encuesta.

Nota: El análisis estadístico fue realizado con asesoría profesional.

4.2. Discusiones

Respecto al hallazgo de prevalencia global de agotamiento en el cuidador, fue 82.35% de los 170 cuidadores incluidos (considerando conjuntamente agotamiento leve + agotamiento intenso), y sólo prevalencia de agotamiento intenso fue de 52.95%. Este hallazgo evidencia que la mayoría de los cuidadores de PADOMI experimentaban algún grado de afectación derivada de las actividades de cuidado, lo cual podría relacionarse con las elevadas demandas físicas, emocionales y sociales propias del cuidado de personas con dependencia funcional importante. Del mismo modo, debe considerarse que el 97.65% de los adultos mayores presentaban dependencia moderada, grave o total, lo que pudo haber incrementado la exigencia del rol del cuidador.

Estos resultados coinciden parcialmente con el estudio realizado por **Sagastegui et al.**, desarrollado en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud en Trujillo, donde se reportó una prevalencia global de agotamiento de 84,2%. Sin embargo, se observó una diferencia considerable en la prevalencia de agotamiento intenso, que en dicho estudio fue de 15,8% (7). Este contraste podría explicarse no necesariamente por variaciones en el grado de dependencia de los adultos mayores, sino por diferencias en las características socioeconómicas de la región, el acceso a redes de apoyo, los recursos disponibles para el cuidado y el menor tamaño muestral del estudio, dado que, al incluir solo 57 cuidadores, las categorías extremas pueden presentar mayor inestabilidad.

De manera similar, en el estudio de **Leiva et al.** se halló una prevalencia global de agotamiento de 52,76%(28), Aunque dicho estudio incluyó una población con características semejantes, se observa una diferencia aproximada de 30 puntos porcentuales menos en comparación con la presente investigación. Esta diferencia podría atribuirse, probablemente, a que dicho estudio no consideró el grado de dependencia del adulto mayor. Además, las encuestas se habrían realizado en la sala de espera del centro de atención, posiblemente en presencia del adulto mayor, lo que pudo limitar la privacidad del cuidador para reconocer o expresar el nivel real de sobrecarga asociado a las actividades de cuidado.

Por otro lado, el estudio de **Cardona et al.**, realizado en Medellín, Colombia, reportó una prevalencia de agotamiento de 12,17%. No obstante, en dicho estudio los adultos mayores dependientes representaron solo el 4,17% de una muestra de 312 participantes, lo que evidencia que gran parte de la población evaluada estaba conformada por adultos mayores independientes (35), En consecuencia, las exigencias del cuidado pudieron haber sido menores, lo que explicaría la menor prevalencia de agotamiento observada.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que el agotamiento del cuidador podría estar influenciado en gran medida por las demandas físicas, sociales y emocionales derivadas del cuidado de un adulto mayor dependiente. Esta situación podría intensificarse cuando las actividades de cuidado son asumidas principalmente por un solo miembro de la familia, sin apoyo suficiente de otros familiares ni de las instituciones de salud o del Estado.

4.2.1. Características sociodemográficas del cuidador

4.2.1.1. Edad

Respecto a la edad del cuidador, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con agotamiento no intenso y agotamiento intenso, por lo que, en la presente investigación, la edad no se asoció con el agotamiento intenso. Este resultado podría explicarse por la distribución etaria relativamente homogénea de los cuidadores, cuya media fue de $55,3 \pm 12,45$ años, lo que pudo limitar la detección de diferencias entre los grupos. Asimismo, la elevada dependencia funcional de los adultos mayores incluidos en el estudio pudo haber generado una carga de cuidado importante, independientemente de la edad cronológica del cuidador, especialmente cuando todos asumían roles intensivos dentro del hogar. Además, la categorización dicotómica del agotamiento —no intenso e intenso— pudo disminuir la sensibilidad para identificar posibles gradientes relacionados con la edad.

Un resultado similar fue reportado por **Leiva et al.**, quienes no encontraron asociación significativa entre la edad del cuidador y el agotamiento en el análisis de regresión múltiple ($p > 0,05$)(28). Esto podría deberse a que los niveles de agotamiento tienden a equilibrarse entre cuidadores mayores y jóvenes, dado que estos últimos también pueden presentar una carga elevada cuando asumen simultáneamente otras responsabilidades, como trabajo, cuidado de hijos o estudios.

En contraste, **Sagastegui et al.** sí evidenciaron asociación entre la edad y el nivel de agotamiento del cuidador ($p < 0,05$). En dicho estudio, los cuidadores jóvenes presentaron predominantemente ausencia de agotamiento, mientras que los mayores de 30 años concentraron una mayor proporción de agotamiento ligero e intenso (7). Esta diferencia podría explicarse, en parte, por la distinta operacionalización de la variable de agotamiento. En la presente investigación se comparó el agotamiento no intenso —sin agotamiento y agotamiento leve— frente al agotamiento intenso, mientras que en el estudio mencionado se agruparon el agotamiento ligero e intenso dentro de una categoría general de cuidadores con agotamiento. Además, dicho estudio no realizó

análisis de regresión ni ajustó por posibles variables confusoras, lo que limita la comparación directa de sus resultados.

De manera global, aunque en el presente estudio no se encontró asociación significativa entre la edad del cuidador y el agotamiento intenso, la evidencia disponible es heterogénea. Incluso, un metaanálisis de **Pinquart y Sorensen** reportó una asociación significativa entre la edad del cuidador y el nivel de agotamiento; sin embargo, dicha relación fue inversa, es decir, a menor edad del cuidador es mayor el nivel de agotamiento(21). Estas discrepancias podrían explicarse por diferencias metodológicas, contextuales y por la forma de categorizar el agotamiento entre los estudios.

4.2.1.2. Sexo

En cuanto al sexo del cuidador, se observó una mayor proporción de mujeres cuidadoras en comparación con los varones, con una prevalencia de 75,88%. Sin embargo, cuando se estimó la magnitud de la asociación mediante el modelo de regresión, no se evidenció una relación significativa, ni como factor de riesgo para el sexo femenino ni como factor de protección para el sexo masculino con el agotamiento intenso del cuidador. Este hallazgo sugiere que la diferencia identificada en el análisis bivariado simple no mantuvo una magnitud suficiente para considerar al sexo como un factor asociado al agotamiento intenso. Esto podría explicarse, en parte, por la elevada prevalencia de agotamiento intenso observada en la muestra, que fue de 52,94%, lo que implica que esta condición estuvo presente en una proporción importante de cuidadores, independientemente del sexo. En consecuencia, las diferencias entre los grupos con agotamiento no intenso e intenso pudieron haberse reducido.

De manera similar, en el estudio de **Leiva et al.**, realizado en un centro asistencial de Lima, Perú, se encontró que las mujeres asumían en mayor proporción el rol de cuidadoras en comparación con los varones, con una frecuencia de 56,55%. No obstante, no se encontró una relación significativa entre el sexo del cuidador y el nivel de agotamiento en el análisis bivariado simple ($p > 0,05$) (28). Del mismo modo, en el estudio de **Tuttle et al.**, realizado en Tailandia, se evidenció una mayor prevalencia de mujeres cuidadoras (79,7%) frente a los cuidadores varones; sin embargo, tampoco se demostró asociación significativa entre el sexo y el agotamiento del cuidador ($p > 0,05$) (38). A pesar de las diferencias en la categorización del desenlace, estos resultados muestran tendencias similares a las observadas en la presente investigación.

Asimismo, el metaanálisis realizado por **Amiresmaili et al.** encontró que, aunque el sexo femenino mostró una significancia limítrofe ($p = 0,05$), este hallazgo debe interpretarse con cautela debido a su escasa robustez estadística (20).

En conjunto, los resultados evidencian que la responsabilidad del cuidado recae predominantemente en las mujeres, patrón que se observa incluso en diferentes contextos socioculturales a nivel mundial. No obstante, el sexo del cuidador no constituiría un factor asociado de manera consistente al agotamiento general ni al agotamiento intenso. Esto sugiere que la presencia de agotamiento no depende exclusivamente del sexo del cuidador, sino de múltiples factores contextuales, familiares y asistenciales que interactúan entre sí, dado que este desenlace constituye un fenómeno multidimensional.

4.2.1.3. Grado de instrucción

Respecto al grado de instrucción del cuidador, los resultados de la presente investigación indican que no hubo una asociación significativa con el agotamiento intenso. Sin embargo, debe considerarse que la muestra presentó poca variabilidad en esta variable, dado que el 85,88% de los cuidadores tenía educación superior. Esta distribución pudo haber generado estimaciones inestables y limitado la capacidad para detectar diferencias entre los grupos, aun cuando estas pudieran existir.

De manera similar, en el estudio de **Leiva et al.** no se encontró asociación significativa entre el grado de instrucción y el agotamiento del cuidador ($p > 0,05$), incluso en una población con mayor variabilidad en esta característica (28).

Por otro lado, el estudio de **Tuttle et al.** reportó relación significativa entre el grado de instrucción y el agotamiento del cuidador ($p < 0,05$); sin embargo, no se determinó la magnitud de la asociación, debido a que el análisis se limitó a una evaluación bivariada simple (38). A su vez, en el metaanálisis de Amiresmaili et al. se encontró una relación negativa entre ambas variables; es decir, a menor grado de instrucción del cuidador, menor nivel de agotamiento(20). Este hallazgo podría explicarse por aspectos metodológicos de los estudios incluidos, ya que la mayoría no informó la tasa de analfabetismo y, en los dos estudios que sí lo hicieron, más del 30% de los cuidadores presentó agotamiento leve(20).

De manera global, los hallazgos de la presente investigación y de los estudios previos sugieren que la evidencia sobre la asociación entre el grado de instrucción y el agotamiento del cuidador es heterogénea. Esta variabilidad podría deberse a diferencias metodológicas, a la forma de categorizar el nivel educativo y a las características particulares de las muestras evaluadas.

4.2.2. Factores clínicos del cuidador y del adulto mayor

4.2.2.1. Síntomas de ansiedad y de depresión

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, el 41,76% de los cuidadores presentó probable ansiedad y el 21,76%, probable depresión. Además, ambas variables mostraron asociación significativa con el agotamiento intenso en el análisis bivariado mediante modelo de regresión; sin embargo, dicha asociación perdió significancia estadística en el análisis ajustado. Este resultado podría explicarse por la presencia de variables confusoras en el análisis bivariado, de modo que, tras el ajuste, los síntomas de ansiedad y depresión no evidenciaron un efecto independiente sobre el agotamiento intenso del cuidador.

De forma similar, en el estudio de **Riffin et al.** no se encontró asociación significativa entre los síntomas de depresión del cuidador y el agotamiento ($p > 0,05$). En contraste, los síntomas de ansiedad sí mostraron una relación significativa con el agotamiento del cuidador(29). Este último hallazgo coincide con el metaanálisis de **Del-Pino et al.**, en el que también se evidenció que los síntomas de ansiedad se asociaron con una mayor carga subjetiva del cuidador (26).

Por otro lado, el estudio de **Tuttle et al.** reportó una relación independiente entre los síntomas de depresión del cuidador y el agotamiento. Sin embargo, debe considerarse que dicho estudio analizó la variable independiente de forma continua, lo que pudo preservar mayor potencia estadística en comparación con su categorización (38).

En síntesis, en la presente investigación los síntomas de ansiedad y depresión del cuidador no se asociaron de manera independiente con el agotamiento intenso. La diferencia observada respecto a los síntomas de ansiedad podría explicarse porque los estudios mencionados consideraron como desenlace la presencia de cualquier nivel de agotamiento, mientras que en esta investigación se evaluó específicamente el agotamiento intenso.

En cuanto a los síntomas de depresión, la discrepancia con el estudio que sí encontró asociación podría deberse a diferencias metodológicas. En la presente investigación y en el antecedente con resultado similar, la variable independiente fue categorizada como presencia o ausencia de síntomas de depresión, lo que pudo haber reducido la potencia estadística para detectar asociaciones.

4.2.2.2. Grado de dependencia del adulto mayor

Respecto al grado de dependencia del adulto mayor, se observó que el 78,82% presentaba dependencia grave o total. Asimismo, esta variable mostró relación con el agotamiento intenso del cuidador en el análisis bivariado simple; sin embargo, al estimar

la magnitud de la asociación mediante el modelo de regresión, dicha relación no fue estadísticamente significativa.

Un resultado similar fue reportado por **Riffin et al.**, quienes encontraron inicialmente una asociación entre el grado de dependencia del adulto mayor y el agotamiento del cuidador; no obstante, esta perdió significancia estadística después de ajustar por la influencia de otras variables(29).

En contraste, el estudio de **Cardona et al.** identificó la independencia funcional del adulto mayor como un factor protector frente al agotamiento del cuidador (35). Sin embargo, este hallazgo debe interpretarse con cautela, debido a que la proporción de adultos mayores dependientes fue muy reducida en comparación con la de adultos mayores independientes, lo que pudo influir en la estimación del efecto observado. De manera similar, el estudio de **Tuttle et al.** evidenció, en su análisis ajustado, que el agotamiento fue mayor en los cuidadores que atendían a adultos mayores con menor independencia funcional. No obstante, una diferencia importante respecto a la presente investigación es que, en dicho estudio, la discapacidad alta en los adultos mayores correspondió aproximadamente al 40% de la muestra, mientras que en esta investigación la dependencia grave o total alcanzó el 78,82%(38).

De manera global, aunque los resultados de la presente investigación no evidenciaron asociación significativa entre el grado de dependencia del adulto mayor y el agotamiento intenso del cuidador, debe considerarse que la elevada proporción de adultos mayores con dependencia grave o total pudo haber reducido la variabilidad de esta exposición. En efecto, solo el 21,18% correspondió al grupo con dependencia leve o moderada, lo que pudo disminuir la capacidad del modelo para detectar asociaciones estadísticamente significativas.

4.2.2.3. Demencia en el adulto mayor dependiente

Los resultados de la presente investigación indican que la frecuencia de demencia en la muestra fue de 40%. Además, no se observó una mayor prevalencia del diagnóstico de demencia en el grupo con agotamiento intenso en comparación con el grupo con agotamiento no intenso. Este hallazgo podría explicarse, en parte, por posibles errores de clasificación, debido a que las historias clínicas revisadas no contenían información detallada sobre el proceso diagnóstico de demencia. Esta limitación impidió corroborar los criterios clínicos utilizados en cada paciente, por lo que pudo existir subdiagnóstico de casos verdaderos o imprecisión en algunos diagnósticos registrados.

En contraste con estos resultados, el estudio de **Riffin et al.**, mediante análisis ajustado, determinó una asociación significativa entre la presencia de demencia en el adulto

mayor y el agotamiento del cuidador. En dicho estudio, la demencia incrementó aproximadamente al doble las probabilidades de agotamiento del cuidador, independientemente de si el paciente presentaba o no discapacidad sustancial, definida como la necesidad de asistencia en dos o más actividades de autocuidado o movilidad (29).

Del mismo modo, el estudio de **Zaalberg et al.**, también mediante análisis ajustado, concluyó que el diagnóstico de demencia aumentó aproximadamente tres veces las probabilidades de que el cuidador presentara agotamiento(36). Sin embargo, es necesario señalar que los intervalos de confianza de dicho estudio fueron amplios (IC95% = 1,64–9,30)(36), lo que sugiere una asociación, aunque con incertidumbre respecto a la magnitud exacta del efecto. Asimismo, el metaanálisis de **Rodríguez y Rodríguez**, que incluyó 125 estudios, encontró mayores puntuaciones en el cuestionario de sobrecarga de Zarit en cuidadores de pacientes con demencia o deterioro cognitivo (34,12 puntos), enfermedad mental (32,58 puntos) y enfermedad de Alzheimer (32,45 puntos), en comparación con cuidadores de personas con discapacidad física (27,02 puntos) o adultos mayores dependientes sin enfermedad especificada (24,63 puntos). Estos hallazgos respaldan la importancia del deterioro cognitivo como factor relacionado con el agotamiento del cuidador(88).

Esta relación podría explicarse porque los pacientes con demencia suelen requerir más horas de cuidado y mayor intensidad de supervisión. Además, pueden tener menor capacidad para expresar gratitud por la ayuda recibida y mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos(89). Factores que podrían contribuir a desenlaces negativos en los cuidadores (21,90).

En síntesis, en la presente investigación no se halló asociación entre la demencia en el adulto mayor y el agotamiento intenso del cuidador. Sin embargo, la evidencia disponible muestra una relación positiva y consistente entre la presencia de demencia o deterioro cognitivo en el adulto mayor y un mayor grado de agotamiento del cuidador. Por ello, la ausencia de asociación observada en este estudio podría estar influenciada por una clasificación inexacta de la demencia, derivada de las limitaciones inherentes al registro en historias clínicas y del posible subdiagnóstico en esta población.

4.2.2.4. Otra enfermedad neurológica en el adulto mayor dependiente

En la presente investigación no se halló una asociación significativa entre la presencia de otras enfermedades neurológicas en el adulto mayor -con o sin demencia- y el agotamiento intenso del cuidador.

De manera similar, el estudio de **Riffin et al.** tampoco encontró asociación significativa entre la presencia de secuelas de ACV en el paciente y el agotamiento del cuidador, debido a que la asociación inicialmente observada perdió significancia en el análisis ajustado(29). Esto podría explicarse porque el agotamiento del cuidador no depende exclusivamente del nivel de discapacidad posterior al ACV, sino también de características específicas del paciente y del cuidador, como la mayor edad del paciente, el sexo femenino del cuidador y el compromiso del territorio vascular posterior(91). Sin embargo, otro estudio que realizaron **Achilike et al.** sí halló asociación entre la discapacidad moderada a grave posterior al ACV y un mayor agotamiento leve a moderado, incrementando la probabilidad de este desenlace en 3,7 veces(92).

Con respecto a la enfermedad de Parkinson, los cuidadores de pacientes con esta enfermedad suelen presentar mayor sobrecarga debido a factores como la gravedad de los síntomas neuropsiquiátricos propios de la enfermedad y la angustia psicológica que estos generan en los cuidadores (93). En esa línea, el estudio de **Dotchin et al.** evidenció que la presencia de enfermedad de Parkinson se asoció con mayor carga del cuidador en comparación con el cuidado de pacientes con demencia aislada(94).

En contraste con los resultados de la presente investigación, el estudio de **Leiva et al.** sí encontró una relación significativa en el análisis ajustado. Dicho estudio indicó que el agotamiento del cuidador fue mayor en quienes cuidaban a adultos mayores con diagnóstico de alguna enfermedad neurológica, categoría que incluyó tanto demencia como otras enfermedades neurológicas(28).

De manera global, en esta investigación no se evidenció asociación significativa entre la presencia de otras enfermedades neurológicas en el adulto mayor y el agotamiento intenso del cuidador. Sin embargo, diversos estudios sí han descrito una relación entre enfermedades neurológicas crónicas y mayor sobrecarga del cuidador, especialmente en pacientes con secuelas de ACV, enfermedad de Parkinson y otras condiciones que generan dependencia funcional. En este sentido, los resultados de la presente investigación podrían explicarse porque sólo se evaluó la presencia o ausencia del diagnóstico, que por sí solo no permite determinar la magnitud de la discapacidad generada ni atribuir que la dependencia del paciente se deba específicamente a dicha condición; y que la mayoría de los adultos mayores de la muestra (97,65%), presentó dependencia moderada, grave o total. En consecuencia, la demanda de cuidado pudo haber sido elevada tanto en el grupo con agotamiento intenso como en el grupo con agotamiento no intenso, lo que habría reducido las diferencias atribuibles únicamente a la presencia de enfermedad neurológica.

4.2.3. Factores psicosociales del cuidador

4.2.3.1. Percepción de alto apoyo social del cuidador

Los resultados del análisis ajustado indicaron que los cuidadores con percepción de alto apoyo social presentaron una prevalencia 36% menor de agotamiento intenso en comparación con aquellos con apoyo social percibido bajo o moderado. Este hallazgo sugiere que una adecuada percepción de apoyo podría amortiguar el agotamiento intenso del cuidador. En ese sentido, una buena cohesión familiar puede disminuir la sobrecarga, mientras que las dinámicas familiares conflictivas podrían incrementarla(95). Además, un número creciente de estudios ha descrito una relación recíproca entre el bienestar individual y el bienestar familiar(96,97). En cuanto al tipo de apoyo social percibido, no se han encontrado diferencias relevantes entre los estudios que evalúan la satisfacción con el apoyo social y aquellos que miden la disponibilidad real de dicho apoyo(23).

De manera similar, el estudio de **Leiva et al.** demostró esta asociación en el análisis ajustado, con una disminución del 39% en la probabilidad de presentar agotamiento en cuidadores que contaban con apoyo familiar(28). Este resultado coincide con el **metaanálisis de Del-Pino et al.**, en el cual se evidenció que los cuidadores experimentan menor agotamiento cuando perciben un alto apoyo social(23).

Contrario a estos resultados, se encontró que en el estudio de **Cardona et al.** no mostró asociación significativa en el análisis bivariado ni en el ajustado. Probablemente porque fue una muestra con 95.83% de adultos mayores independientes(35). Por tanto, es posible que las necesidades de cuidado fueran similares y de menor intensidad, lo que pudo dificultar la identificación de diferencias en el agotamiento según el apoyo familiar recibido. Otra posible explicación es la menor sensibilidad en la medición del apoyo social, dado que este fue evaluado mediante una sola pregunta con respuesta dicotómica —“sí” o “no”— sobre si el cuidador recibía apoyo. Este tipo de medición podría no distinguir adecuadamente la calidad, frecuencia o suficiencia del apoyo recibido.

En síntesis, a pesar de las diferencias en la categorización del desenlace entre los estudios, los resultados muestran una tendencia consistente: cuando el cuidador percibe que recibe apoyo de la familia, amistades o entidades públicas o privadas, puede experimentar menor agotamiento. Esta percepción de apoyo, independientemente de que corresponda a una ayuda objetiva o subjetiva, parece cumplir un papel relevante en la reducción del agotamiento del cuidador, incluso en distintos contextos sanitarios y socioculturales.

4.2.3.2. Sentido de coherencia del cuidador

En la muestra estudiada, es importante resaltar que no se identificaron cuidadores con sentido de coherencia alto. El sentido de coherencia bajo se observó en el 53,33% de los cuidadores, mientras que el nivel moderado correspondió al 46,47%. Sin embargo, al analizar el puntaje global del Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13), no se encontró una relación estadísticamente significativa con el agotamiento intenso del cuidador ($p > 0,05$). Esta ausencia de asociación podría estar influenciada por la categorización del sentido de coherencia en niveles bajo, moderado y alto, lo que pudo haber reducido la capacidad para detectar diferencias entre los grupos con agotamiento no intenso e intenso.

En contraste, el estudio de **Yamamoto** evidenció que, a mayor sentido de coherencia, menor fue el nivel de agotamiento del cuidador. Sin embargo, es importante mencionar que dicho estudio realizó el análisis de regresión múltiple únicamente con las subescalas del Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13): significatividad, comprensibilidad y gestionabilidad(98). En cambio, en la presente investigación, el sentido de coherencia fue categorizado en terciles y analizado inicialmente mediante análisis bivariado simple. Debido a la ausencia de asociación significativa en esta etapa, la variable no fue incorporada al modelo multivariado de razones de prevalencia ajustadas. Por ello, los resultados de ambos estudios no son estrictamente comparables.

Del mismo modo, el estudio de **López et al.** concluyó que un menor sentido de coherencia se asoció con mayor sobrecarga subjetiva ($\beta = -0,28$; $p = 0,004$). No obstante, dicho estudio no reportó el intervalo de confianza de la asociación, lo que limita la precisión de la estimación (99). Asimismo, el metaanálisis de **Del-Pino et al.** evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el sentido de coherencia y el agotamiento del cuidador. Desde esta perspectiva, el sentido de coherencia puede entenderse como un recurso psicológico protector, facilitador del afrontamiento y amortiguador del estrés asociado al cuidado(24).

En síntesis, los resultados encontrados en la presente investigación difieren de los estudios previos, probablemente por diferencias metodológicas, especialmente en la forma de medir y analizar el sentido de coherencia. Aunque el modelo utilizado en esta investigación no identificó una asociación estadísticamente significativa, no es posible concluir que exista ausencia real de asociación. Además, la categorización permitió evidenciar que una proporción importante de cuidadores presentó bajo sentido de coherencia, lo que podría representar una condición de vulnerabilidad frente al agotamiento intenso.

4.2.3.3. Uso de servicios de relevo

Respecto al uso de servicios de relevo, el 41,76% de los cuidadores refirió utilizar este tipo de apoyo. Sin embargo, en el análisis bivariado simple no se evidenció asociación significativa entre el uso de estos servicios y el agotamiento intenso del cuidador ($p > 0,05$).

En contraste con este resultado, el estudio de **Liao et al.** evidenció que el uso de servicios de relevo durante catorce días se asoció con una disminución de la carga del cuidador(100). Este hallazgo podría explicarse porque los cuidadores que no cuentan con apoyo de reemplazo para el cuidado de su familiar disponen de menos tiempo para sí mismos y pueden experimentar interrupciones en su propia atención médica, como el aplazamiento u omisión de citas médicas y dentales rutinarias, además de una menor participación en actividades sociales(101). Cabe mencionar que dicho estudio tuvo un diseño observacional longitudinal y evaluó la exposición al apoyo de relevo comparando un grupo que utilizó estos servicios con otro grupo que no los utilizó(100).

Por otro lado, el estudio de **Riffin et al.** determinó que el uso de servicios de relevo estuvo asociado con mayor agotamiento del cuidador(29). No obstante, este resultado no debería interpretarse como evidencia de que dichos servicios constituyen un factor de riesgo para desarrollar agotamiento. Más bien, esta asociación podría reflejar que los cuidadores con mayores demandas físicas y emocionales recurren con mayor frecuencia a apoyos formales, como los servicios de relevo.

De manera global, la presente investigación no encontró asociación significativa entre el uso de servicios de relevo y el agotamiento intenso del cuidador. El contraste con los estudios previos podría explicarse, en parte, porque estos consideraron como desenlace la presencia de cualquier nivel de agotamiento, mientras que en esta investigación se evaluó específicamente el agotamiento intenso. Asimismo, es posible que el uso de servicios de relevo dependa de la intensidad, frecuencia, duración y calidad del apoyo recibido, aspectos que podrían no haber sido captados plenamente mediante una medición dicotómica de uso o no uso del servicio.

4.2.4. Factores ocupacionales

4.2.4.1. Horas al día dedicados al cuidado

Respecto al número de horas diarias dedicadas al cuidado, se observó que el 50% de los cuidadores dedicaba entre 12 y 24 horas al día a esta actividad, y aproximadamente el 25% brindaba cuidados continuos durante las 24 horas. Asimismo, en el análisis

multivariado se determinó que, por cada hora adicional dedicada al cuidado, la prevalencia de agotamiento intenso aumentó en 4%.

Este hallazgo podría explicarse porque un mayor tiempo dedicado al cuidado de una persona con elevada demanda asistencial genera fatiga, menor tiempo de descanso y reducción de la vida social activa. Esto último podría limitar el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el cuidador(102). Además, una mayor exposición diaria al cuidado podría intensificar la percepción de enfermedad y sufrimiento del adulto mayor, incluso por encima de la condición clínica real(102).

De manera similar, el estudio de **Leiva et al.** identificó que una carga horaria diaria mayor o igual a 12 horas se asoció con mayor agotamiento del cuidador ($p < 0,001$); sin embargo, dicho estudio no realizó un análisis ajustado para esta variable(28). Un resultado semejante fue reportado por **Tuttle et al.**, quienes encontraron una asociación significativa en el análisis ajustado, indicando que, por cada hora adicional de cuidado por semana, el puntaje de agotamiento del cuidador aumentó en promedio 0,055 unidades(38). Asimismo, el metaanálisis de **Pinquart et al.** encontró mayor sobrecarga en cuidadores con más horas semanales dedicadas al cuidado ($p < 0,001$), asociación que se mantuvo incluso después del ajuste por otras variables(25).

En contraste, el estudio de **Cardona et al.** no encontró asociación significativa entre la carga horaria diaria y el agotamiento del cuidador en el modelo ajustado(35). Este resultado podría explicarse porque el 95,83% de los adultos mayores incluidos en dicho estudio tenía independencia funcional, lo que pudo hacer que las horas reportadas de cuidado correspondieran principalmente a actividades de acompañamiento o supervisión, más que a cuidados directos de alta demanda. Además, la prevalencia de agotamiento fue baja en esa muestra, con 12,17%, por lo que, en ese contexto, un incremento en las horas de cuidado no necesariamente implicaría mayor agotamiento. En síntesis, los resultados de la presente investigación son concordantes con la mayoría de estudios previos que reportan mayor agotamiento a medida que aumentan las horas dedicadas al cuidado del adulto mayor. Esta tendencia parece ser más evidente en poblaciones de adultos mayores dependientes. A pesar de las diferencias en la categorización del desenlace, los hallazgos muestran una dirección similar, lo que refuerza la importancia de la carga horaria diaria como un factor ocupacional relevante en el agotamiento intenso del cuidador.

4.2.4.2. Número de tareas del cuidado

En relación con el número de tareas del cuidado, los resultados de la presente investigación no evidenciaron una asociación significativa con el agotamiento intenso del cuidador. Este hallazgo podría explicarse por la limitada variabilidad entre los grupos con agotamiento no intenso e intenso, tanto en las medianas del número de tareas realizadas como en el nivel de dependencia del adulto mayor. En efecto, el 78,82% de los adultos mayores presentó dependencia grave o total, lo que pudo reducir la capacidad discriminativa de esta variable. Asimismo, la subdivisión de las tareas en múltiples categorías, como asistencia relacionada con las ABVD/AIVD, gestión de la salud y logística de los sistemas de salud, pudo haber disminuido la potencia estadística para detectar diferencias.

En contraste, el estudio de **Riffin et al.** identificó, mediante análisis de regresión logística multivariable, que los cuidadores que realizaban mayor cantidad de actividades de asistencia relacionadas con las AVD/AIVD, tareas de gestión de la salud y actividades logísticas dentro de los sistemas de salud presentaban mayores probabilidades de agotamiento (29). De manera similar, dos metaanálisis realizados por **Pinquart et al.**, en diferentes años, determinaron una asociación persistentemente significativa entre el número de actividades de cuidado y el agotamiento del cuidador; es decir, a mayor número de actividades realizadas, mayor agotamiento reportado(21,25).

De manera global, la presente investigación no encontró una relación estadísticamente significativa entre el número de tareas realizadas por el cuidador y el agotamiento intenso. Esta discrepancia con la evidencia previa podría deberse a la distribución de los datos, a la baja variabilidad de la exposición, a la elevada dependencia funcional de los adultos mayores incluidos o a características específicas de la muestra estudiada.

4.2.5. Factores sociofinancieros

4.2.5.1. Suficiencia de los recursos económicos del hogar

Respecto a la suficiencia de recursos económicos del hogar, el 55.29% de los cuidadores indicó que su ingreso económico era insuficiente. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre esta variable y el agotamiento intenso del cuidador. Este resultado podría explicarse, en parte, por la dicotomización del desenlace en agotamiento no intenso e intenso, lo que pudo generar pérdida de información y reducir la capacidad estadística para detectar una posible asociación.

En el estudio de **Pavarini et al.** se encontró asociación en el modelo bivariado; no obstante, esta perdió significancia en el modelo multivariado. Ello podría deberse a la

influencia de otras variables que, al ser ajustadas, hicieron que la suficiencia de recursos económicos del hogar no mantuviera una asociación independiente con el agotamiento del cuidador(22).

De manera similar, el estudio de **Koopman et al.** evidenció que la relación inicialmente significativa entre las dificultades financieras y el agotamiento perdió significancia después de controlar variables como el tiempo dedicado al cuidado por semana, el tipo de relación con la persona receptora de cuidados, la salud percibida y mental del cuidador, la soledad, el dominio de la propia vida y la cohesión social del vecindario(37).

En contraste, la revisión sistemática de **Tziaka et al.** señala que los gastos médicos y los cambios en la situación laboral de los cuidadores pueden incrementar la presión financiera, lo que podría agravar la carga del cuidador(103).

En síntesis, aunque algunos estudios sugieren que la insuficiencia de ingresos económicos puede contribuir al agotamiento del cuidador, la evidencia también muestra que esta relación podría estar influida por otros factores contextuales, familiares y ocupacionales. En este sentido, variables como el apoyo familiar y la carga horaria asumida por el cuidador parecen mostrar asociaciones más consistentes con el agotamiento que la suficiencia de recursos económicos del hogar evaluada de manera aislada.

4.3. Conclusiones

- ✓ Como conclusión general, la investigación evidenció una alta prevalencia de agotamiento en los cuidadores informales principales de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del HNAGV - EsSalud Cusco. Los principales factores asociados al agotamiento intenso fueron la percepción de bajo de apoyo social y el mayor número de horas diarias dedicadas al cuidado. En cambio, las características sociodemográficas, los factores clínicos evaluados, el uso de servicios de relevo, el número de tareas de cuidado y la suficiencia de recursos económicos del hogar no mostraron asociación significativa con el agotamiento intenso en esta población.
- ✓ La prevalencia global de agotamiento fue elevada, alcanzando el 82,35% al considerar conjuntamente el agotamiento leve y el intenso. Asimismo, la prevalencia de agotamiento intenso fue de 52,95%, lo que evidencia que más de la mitad de los cuidadores presentó un nivel importante de afectación asociado al rol de cuidado.
- ✓ Respecto a las características sociodemográficas del cuidador, no se identificaron factores asociados de manera significativa al agotamiento intenso. La edad, el sexo y el grado de instrucción no mantuvieron una asociación significativa con este desenlace en los análisis realizados, por lo que, en esta población, dichas características no explicaron de forma independiente la presencia de agotamiento intenso.
- ✓ En relación con los factores clínicos del cuidador, la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el cuidador no se asoció significativamente con el agotamiento intenso.
- ✓ En cuanto a los factores clínicos del adulto mayor dependiente, el grado de dependencia, la presencia de demencia u otras enfermedades neurológicas no se asociaron al agotamiento intenso. Aunque algunas de estas variables mostraron relación en análisis iniciales, dicha asociación no se mantuvo luego del ajuste o al estimar la magnitud de la asociación.
- ✓ Respecto a los factores psicosociales del cuidador, la percepción de alto apoyo social se asoció con menor prevalencia de agotamiento intenso. Este hallazgo sugiere que la percepción de apoyo familiar, social o institucional cumple un papel relevante en la reducción del agotamiento del cuidador. Asimismo, respecto al sentido de coherencia del cuidador, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el agotamiento intenso. Sin embargo, se observó que ningún cuidador presentó un sentido de coherencia alto, y que todos se ubicaron entre los niveles bajo y moderado, lo que evidencia una condición

de vulnerabilidad psicológica en esta población. Del mismo modo sucedió con el uso de servicios de relevo que, en este estudio, el uso de dichos servicios no explicó diferencias estadísticamente significativas entre los cuidadores con agotamiento intenso y aquellos con agotamiento no intenso.

- ✓ Respecto a los factores ocupacionales, se evidenció que, por cada hora adicional dedicada al cuidado, la prevalencia de agotamiento intenso aumentó en 4%. Lo que concluye en que la carga horaria diaria constituye un factor relevante en la aparición de agotamiento intenso. Sin embargo, en cuanto al número de tareas del cuidado, no se encontró asociación significativa.
- ✓ Respecto a los factores sociofinancieros, aunque más de la mitad de los cuidadores refirió ingresos económicos insuficientes, esta condición no explicó de forma independiente la presencia de agotamiento intenso en la población evaluada.

4.4. Sugerencias

4.4.1. A EsSalud y al servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco:

- ✓ Ante la nueva Directiva N°001-GG-ESSALUD-2026, “Norma para las Prestaciones de Salud de Atención Domiciliaria en el Seguro Social de Salud”, se sugiere que EsSalud **evalúe la adecuación de esta normativa e instrumentos de gestión** para incorporar de manera explícita la atención del cuidador como parte de las prestaciones de atención domiciliaria y, con ello, facilitar la planificación de recursos para estas intervenciones.
- ✓ A nivel presupuestal, se recomienda evaluar la incorporación progresiva de actividades orientadas a la prevención y manejo del agotamiento del cuidador en la planificación operativa del servicio de PADOMI, considerando la asignación de los recursos necesarios para su implementación.
- ✓ Se sugiere fortalecer el componente de **atención al cuidador familiar mediante intervenciones periódicas de educación** (Ej. Capacitaciones al momento del alta hospitalaria, programaciones semanales poniendo **énfasis en las acciones a tomar en caso de deterioro sustancial de las funciones vitales al momento del traslado del paciente**) con acompañamiento de herramientas digitales que aumenten el acceso a la información y alerten a los cuidadores sobre los riesgos de su salud propia y de la enfermedad de los pacientes, **apoyo psicosocial** con terapia cognitivo-conductual y programas psicoeducativos, implementación de **servicios de telesalud** que reduzcan las barreras de acceso.
- ✓ Aunque el estudio no evaluó de manera específica la calidad de atención al adulto mayor dependiente, durante el trabajo de campo se identificaron comentarios relacionados con este aspecto. En ese sentido, se recomienda **implementar el servicio de emergencia** en PADOMI, fortaleciendo los recursos de transporte sanitario para favorecer el acceso oportuno a los servicios de salud. Además de **adquirir mayor recurso humano** para la atención domiciliaria programada y atención oportuna de emergencia.
- ✓ La demencia es un problema importante evidenciado en múltiples investigaciones. Se recomienda que el HNAGV Essalud – Cusco promueva la **evaluación sistemática del deterioro cognitivo en los adultos mayores** mediante instrumentos de tamizaje validados y facilitar el acceso al proceso diagnóstico adecuado y oportuno, instauración temprana de medidas terapéuticas e intervenciones integrales dirigidas al paciente y su cuidador familiar.

- ✓ Se recomienda fortalecer estrategias que permitan reducir la carga asistencial continua del cuidador familiar, considerar **implementar servicios de relevo temporal como una medida potencial**, ya que se observó una asociación entre un mayor número de horas de cuidado y agotamiento intenso.

4.4.2. A los investigadores:

- ✓ Considerando los resultados contrarios en la literatura previa, se recomienda **continuar investigando el papel de los factores clínicos** como depresión y ansiedad en cuidadores, y grado de dependencia del adulto mayor en el agotamiento del cuidador en una población más heterogénea tanto en el desenlace como en la exposición.
- ✓ Se recomienda continuar investigando el papel de los servicios de relevo con estudios longitudinales; ya que, si bien es cierto que en esta investigación no se halló asociación, según literatura previa y la asociación del agotamiento intenso con mayor número de horas de cuidado, **el uso de servicios de relevo es una variable que merece ser evaluada.**
- ✓ Se sugiere seguir investigando la **suficiencia de recursos económicos** de los cuidadores respecto a la presencia de agotamiento en una población más heterogénea tanto en el desenlace como en la exposición a este factor.

4.4.3. A las universidades y facultades de Ciencias de la Salud:

- ✓ Se recomienda promover el desarrollo de investigaciones longitudinales y multicéntricas sobre agotamiento del cuidador y los factores asociados, con la finalidad de ampliar la evidencia científica y contribuir al diseño de intervenciones dirigidas a esta población.
- ✓ Se recomienda **fortalecer la formación de los estudiantes de Ciencias de la Salud en la evaluación integral de las necesidades de los cuidadores** de personas adultas mayores, promoviendo un enfoque centrado tanto en el paciente como en su cuidador principal.
- ✓ Se recomienda a la universidad desarrollar **programas de proyección social y educación dirigidos a cuidadores** de adultos mayores, orientados a brindar información sobre estrategias de cuidado, autocuidado y acceso a los servicios de apoyo disponibles.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

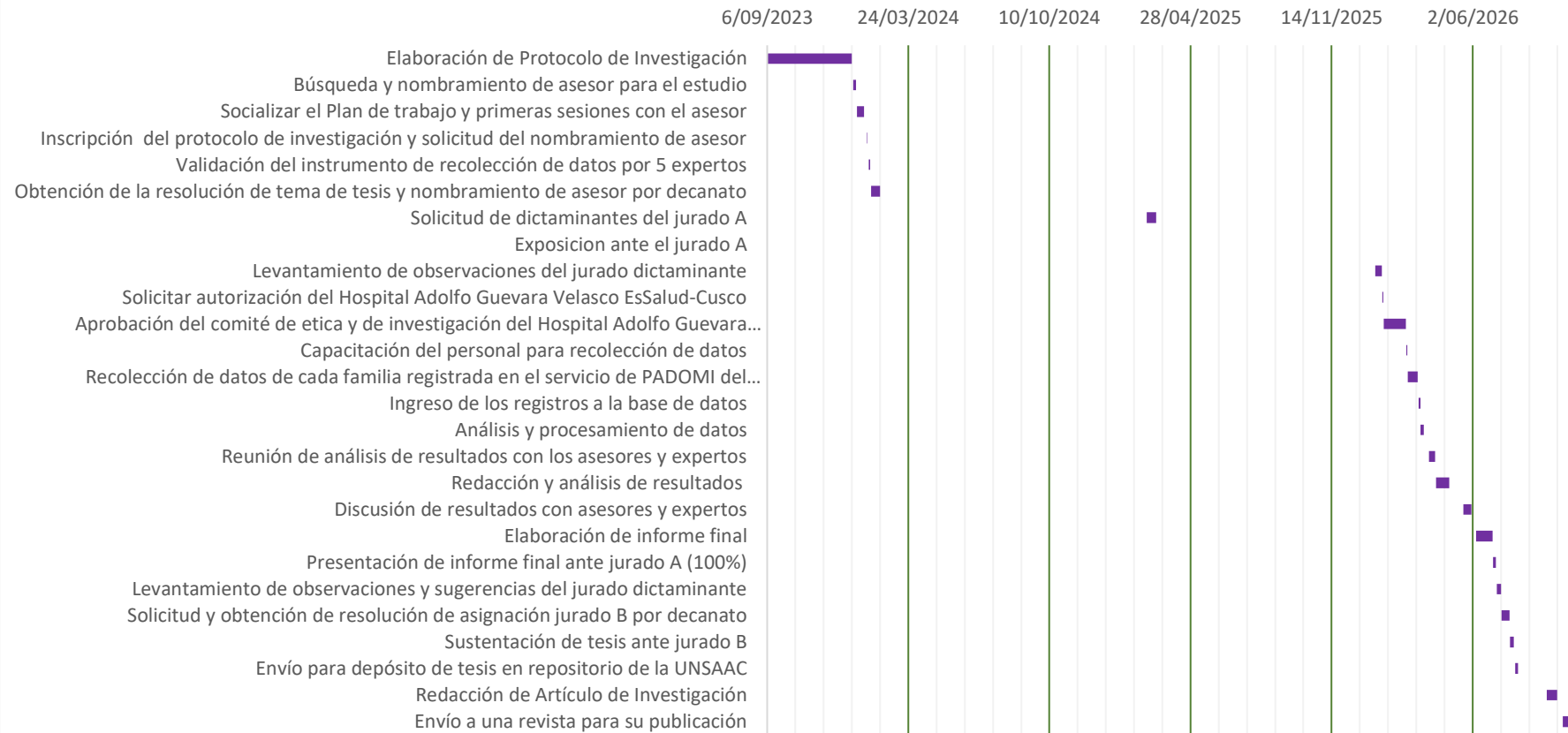
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO				
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO	DETALLE DEL COSTO		PRESUPUESTO
		PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PROPIO
FASE I				
Elaboración del protocolo	Solicitud de datos a la GERESA mediante formato FUC	0.50	2	1.00
Socialización de protocolo	Impresión de proyecto	10.00	6	60.00
	Movilidad	0.50	6	3.0
FASE II				
Registro e inscripción de tesis	Registro e inscripción mediante PLADDES y pago por tramite	34.00	1	34.00
Correcciones del asesor	Impresión de proyecto	10.00	2	20.00
Validación de instrumento	Impresión de cuadernillo de validación	2.50	5	12.50
Solicitud de dictaminantes	Solicitud de dictaminantes para sustentación de jurado A	28.00	1	28.00
Impresión de proyecto	Impresión de proyecto para calificación de jurado A	10.00	2	20.00
Aplicación del instrumento	Pago para contrata de encuestadores	100.00	5 personas	500.00
Análisis estadístico	Contrata a un asesor especialista en análisis de datos	250.00	1	250.00
FASE III				
Revisión por Turnitin	Pago por revisión con el programa antiplagio Turnitin	15.00	1	15.00
Impresión del proyecto	Impresión de proyecto para calificación de jurado B	14.00	3	42.00
	Impresión de tesis en tapa dura para presentar a la biblioteca de la facultad	30.00	1	30.00
FASE IV				
Redacción de artículo de investigación	Asesorías de redacción científica	200.00	2	400.00
Envío a revista científica	Costo de trámites y envío	350.00	1	350.00
TOTAL				1826.1

CRONOGRAMA

	Tarea y/o Actividad	Fecha de inicio	Duración (días)	Fecha final
1	Elaboración de Protocolo de Investigación	6/09/2023	120	4/01/2024
2	Búsqueda y nombramiento de asesor para el estudio	6/01/2024	4	10/01/2024
3	Socializar el Plan de trabajo y primeras sesiones con el asesor	11/01/2024	10	21/01/2024
4	Inscripción del protocolo de investigación y solicitud del nombramiento de asesor	25/01/2024	1	26/01/2024
5	Validación del instrumento de recolección de datos por 5 expertos	28/01/2024	2	30/01/2024
6	Obtención de la resolución de tema de tesis y nombramiento de asesor por decanato	31/01/2024	13	13/02/2024
7	Solicitud de dictaminantes del jurado A	25/02/2025	13	10/03/2025
8	Exposición ante el jurado A	14/01/2026	0	14/01/2026
9	Levantamiento de observaciones del jurado dictaminante	15/01/2026	9	24/01/2026
10	Solicitar autorización del Hospital Adolfo Guevara Velasco EsSalud-Cusco	25/01/2026	1	26/01/2026
11	Aprobación del comité de ética y de investigación del Hospital Adolfo Guevara Velasco EsSalud-Cusco	27/01/2026	31	27/02/2026
12	Capacitación del personal para recolección de datos	28/02/2026	1	1/03/2026
13	Recolección de datos de cada familia registrada en el servicio de PADOMI del Hospital Adolfo Guevara Velasco EsSalud-Cusco	2/03/2026	14	16/03/2026
14	Ingreso de los registros a la base de datos	17/03/2026	3	20/03/2026
15	Análisis y procesamiento de datos	20/03/2026	5	25/03/2026
17	Reunión de análisis de resultados con los asesores y expertos	1/04/2026	9	10/04/2026
18	Redacción y análisis de resultados	11/04/2026	19	30/04/2026
23	Discusión de resultados con asesores y expertos	20/05/2026	11	31/05/2026
24	Elaboración de informe final	7/06/2026	23	30/06/2026
25	Presentación de informe final ante jurado A (100%)	1/07/2026	4	5/07/2026
26	Levantamiento de observaciones y sugerencias del jurado dictaminante	6/07/2026	6	12/07/2026
27	Solicitud y obtención de resolución de asignación jurado B por decanato	13/07/2026	11	24/07/2026
28	Sustentación de tesis ante jurado B	25/07/2026	5	30/07/2026
29	Envío para depósito de tesis en repositorio de la UNSAAC	1/08/2026	4	5/08/2026
30	Redacción de Artículo de Investigación	15/09/2026	15	30/09/2026
31	Envío a una revista para su publicación	8/10/2026	12	20/10/2026

fecha de inicio	6/09/2023
fecha final	20/10/2026

DIAGRAMA DE GANTT



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2026. São Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS; 2026 [actualizado 2026 Feb 10; citado 2026 Mar 8]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59449>
2. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2018 [citado 2024 ene 16]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/>
3. Freeman E, Knapp M, Somani A. Long-term care organization and financing. In: International Encyclopedia of Public Health. 2nd ed. Oxford: Elsevier; 2017. p. 469-476. doi:10.1016/B978-0-12-803678-5.00258-7
4. Aranco N, Ibararán P, Stampini M. Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores en 26 países de América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022 [citado 2026 Mar 8]. 23 p. doi:10.18235/0004250.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor: abril-mayo-junio 2021 [Internet]. Lima: INEI; 2021 sep [citado 2026 Mar 8]. 50 p.
6. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Sistema nacional de cuidados: avances y desafíos en materia de cuidados en el Perú [Internet]. Lima: MIMP; 2023 [citado 2026 Mar 8]. 21 p.
7. Sagastegui Lescano D, Leitón Espinoza Z, Santillán Salazar R, Serrano Rojas F, García Acosta Y. Factores sociodemográficos y sobrecarga en cuidadores de adultos mayores. *Sciéndo*. 2022;25(2):161-168. doi:10.17268/sciendo.2022.020
8. Schulz R, Beach SR, Czaja SJ, Martire LM, Monin JK. Family caregiving for older adults. *Annu Rev Psychol*. 2020;71:635-659. doi:10.1146/annurev-psych-010419-050754. PMID:31905111.
9. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 334-2023-MINSA: aprueba la Directiva Sanitaria N.º 150-MINSA/DGIESP-2023, Directiva Sanitaria que establece disposiciones para el cuidado integral de la salud mental de niñas, niños y adolescentes en situación de orfandad y la de su cuidador/a principal en establecimientos de salud I-3 y I-4 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2023 [citado 2026 Mar 8].
10. Pinzón EA, Carrillo GM. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(2):193-201. doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n2a08.
11. Velázquez Pérez Y, Espín Andrade M. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2014;40(1):3-17 [citado 2024 ene 11]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100002
12. Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno SP, Alzate Hernández JS, Acosta-Pardo CA. Relación entre la sobrecarga y el apoyo social percibido en cuidadores de bajos ingresos económicos. *Aquichan* [Internet]. 2023;23(1):e2314. doi:10.5294/aqui.2023.23.1.4.
13. Ruiz Ríos AE, Nava Galán MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Rev Enferm Neurol*. 2012;11(3):163-169. doi:10.51422/ren.v11i3.149.
14. National Alliance for Caregiving, AARP. Caregiving in the US 2025 [Internet]. Washington, DC: AARP; 2025 [citado 2026]. Disponible en: <https://www.aarp.org/>
15. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento saludable: datos y visualizaciones [Internet]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; [citado 2026 Mar 8]. Disponible en: [Envejecimiento Saludable: Datos y Visualizaciones – OPS/OMS](#)
16. Eurostat. Estructura demográfica y envejecimiento de la población [Internet]. Luxemburgo: Comisión Europea; 2020 [citado 2024 Ene 11]. Disponible en: Eurostat: Estructura demográfica y envejecimiento de la población (versión archivada)
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Resultados censales: población total [Internet]. Lima: INEI; 2025 [citado 2026 Ago 6]. Disponible en: [Resultados censales – Censos Nacionales 2025](#)
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor: IV trimestre 2025 [Internet]. Lima: INEI; 2026 [citado 2026 Jun 15]. Disponible en: [Situación de la Población Adulta Mayor: IV Trimestre 2025 – INEI](#)

19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Departamento de Cusco: resultados definitivos de los Censos Nacionales 2017 [Internet]. Lima: INEI; 2018 [citado 2026 Jun 15].
20. Amiresmaili M, Goudarzi R, Agoush L. Informal caregivers and care burden in Iran: systematic review and meta-analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2023;28(6):649-658. doi:10.4103/ijnmr.ijnmr_343_21.
21. Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007;62(2):P126-P137. doi:10.1093/geronb/62.2.P126. PMID:17379673.
22. Pavarini SCI, Bregola AG, Luchesi BM, de Oliveira NA, Ottaviani AC. Sociodemographic, clinical, and psychosocial factors associated with burden in older caregivers: a cross-sectional study. *Dement Neuropsychol.* 2023;17:e20220030. doi:10.1590/1980-5764-DN-2022-0030.
23. del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: a meta-analysis. *PLoS One.* 2018;13(1):e0189874. doi:10.1371/journal.pone.0189874. PMID:29293522.
24. del-Pino-Casado R, Espinosa-Medina A, López-Martínez C, Orgeta V. Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;242:14-21. doi:10.1016/j.jad.2018.08.002. PMID:30170234.
25. Pinquart M, Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2003;58(2):P112-P128. doi:10.1093/geronb/58.2.P112. PMID:12646594.
26. del-Pino-Casado R, Priego-Cubero E, López-Martínez C, Orgeta V. Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2021;16(3):e0247143. doi:10.1371/journal.pone.0247143. PMID:33647035.
27. Aung TNN, Aung MN, Moolphate S, Koyanagi Y, Supakankunti S, Yuasa M. Caregiver burden and associated factors for the respite care needs among the family caregivers of community dwelling senior citizens in Chiang Mai, Northern Thailand. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(11):5873. doi:10.3390/ijerph18115873. PMID:34070766.
28. Leiva-Socualaya SJ, Guerra-Ramírez LN, Yhuri-Carreazo N. Asociación entre sobrecarga del cuidador y presencia de alteraciones neurológicas en una población geriátrica peruana. *Gerokomos* [Internet]. 2023;34(1):30-37 [citado 2026 Mar 8]. Disponible en: [artículo en SciELO](#)
29. Riffin C, Van Ness PH, Wolff JL, Fried T. Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(2):277-283. doi:10.1111/jgs.15664.
30. Lindt N, van Berkel J, Mulder BC. Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2020;20:304. doi:10.1186/s12877-020-01708-3.
31. Rondan Sinchi NA. Nivel de agotamiento en cuidadores informales de adultos mayores dependientes de geriatría del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco periodo julio-octubre 2022 [tesis de pregrado en Internet]. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2023 [citado 2026 Mar 8]. Disponible en: Repositorio de la Universidad Andina del Cusco
32. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA.* 2014;311(10):1052-1060. doi:10.1001/jama.2014.304.
33. Ayuso-Margañón S, Rodríguez-Ávila N, Riera-i-Prunera MC, Ayuso-Margañón R. Análisis factorial y regresión logística multinomial del cuestionario de evaluación de sobrecarga del cuidador. *Gerokomos* [Internet]. 2022;33(2):68-75 [citado 2026 Mar 8]. Disponible en: [SciELO – artículo original](#)
34. Felipe Silva AR, Fhon JRS, Partezani Rodrigues RA, Pecchi Leite MT. Caregiver overload and factors associated with care provided to patients under palliative care. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2021;39(1). [citado 2026 Mar 8]. Disponible en: [Artículo original – Universidad de Antioquia](#)
35. Cardona D, Segura AM, Berbesí DY, Agudelo MA. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2013;31(1):30-39 [citado 2026 Mar 8]. doi:10.17533/udea.rfnsp.12411.

36. Zaalberg T, Barten DG, van Heugten CM, Klijnsma P, Knarren L, Hiemstra Y, et al. Prevalence and risk factors of burden among caregivers of older emergency department patients. *Sci Rep*. 2023;13(1):7250. doi:10.1038/s41598-023-31750-1.
37. Koopman E, Heemskerk M, van der Beek AJ, Coenen P. Factors associated with caregiver burden among adult (19-64 years) informal caregivers: an analysis from Dutch Municipal Health Service data. *Health Soc Care Community*. 2020;28(5):1578-1589. doi:10.1111/hsc.12982. PMID:32207221.
38. Tuttle D, Griffiths J, Kaunnil A. Predictors of caregiver burden in caregivers of older people with physical disabilities in a rural community. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277177. doi:10.1371/journal.pone.0277177. PMID:36331949.
39. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: Asociación Médica Mundial; [citado 2024 ene 17]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
40. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [Internet]. Washington, DC: Department of Health, Education, and Welfare; 1979 [citado 2026 Mar 8].
41. Organización Panamericana de la Salud. La economía invisible y las desigualdades de género: la importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado [Internet]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008 [citado 2024 ene 17]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6034>
42. Lundsgaard J. Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability? [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2005 [citado 2026 Mar 8]. 50 p. doi:10.1787/616882407515.
43. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 2024 ene 17]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
44. Torres-Avendaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres ÁM, Berbesi-Fernández DY. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Medellín*, 2017. *Univ Salud*. 2018;20(3):261-269. doi:10.22267/rus.182003.130.
45. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. 2014;311(10):1052-1059. doi:10.1001/jama.2014.304. PMID:24618967.
46. AARP, National Alliance for Caregiving. Caregiving in the United States 2020 [Internet]. Washington, DC: AARP; 2020 [citado 2026 Mar 8]. Disponible en: [AARP Research: Caregiving in the United States 2020](#)
47. Durán MA. La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud. *Política y Sociedad*. 2000;35:9-30.
48. Balardini L, Gherardi N, Martelotte L, Pautassi L. El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2020 [citado 2026 Mar 8]. 84 p.
49. Esteban Galarza ML. Re-producción del cuerpo femenino: discursos y prácticas acerca de la salud. Donostia: Gakoa-Tercera Prensa; 2001. 252 p.
50. Rodríguez Enríquez C, Pautassi L. La organización social del cuidado de niños y niñas: elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina [Internet]. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género; 2014 [citado 2026 Mar 8]. 250 p.
51. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Documento Técnico: Marco Conceptual sobre Cuidados [Internet]. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2021 [citado 2026 Mar 8].
52. Razavi S. The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options [Internet]. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2007 [citado 2024 Jan 18]. 37 p.

53. Instituto Mexicano del Seguro Social. Detección y manejo del colapso del cuidador [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015 [citado 2026 Mar 8].
54. Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. Cien Saude Colet. 2015;20(9):2731-2747. doi:10.1590/1413-81232015209.09562014. PMID:26331505.
55. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 2026 Mar 8]. 246 p.
56. Vandepitte S, Van Den Noortgate N, Putman K, Verhaeghe S, Verdonck C, Annemans L. Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31(12):1277-1288. doi:10.1002/gps.4504.
57. Arriagada I. La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Chile [Internet]. Santo Domingo: ONU Mujeres; 2010 [citado 2026 Mar 8]. 52 p.
58. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. Sexo. São Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS; 2025 [citado 2025 Feb 9]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13104&filter=ths_termall&q=sexo
59. Real Academia Española. Edad: definición [Internet]. Madrid: RAE; [citado 2025 feb 9]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad?m=form>
60. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Manual del encuestador: ENAHO 2015 [Internet]. Lima: INEI; 2015 [citado 2025 Feb 9]. Disponible en: [INEI – Manual del Encuestador 2015](#)
61. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. Depresión [citado 2025 Feb 10]. Disponible en: [Registro DeCS original \(ID 3886\)](#)
62. Barnhill JW. Generalidades sobre los trastornos de ansiedad [Internet]. Manual MSD versión para profesionales; 2026 [citado 2026 Jan 12]. Disponible en: [Manual MSD – Generalidades sobre los trastornos de ansiedad](#)
63. del-Pino-Casado R, Cardoso MR, López-Martínez C, Orgeta V. The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019;14(5):e0217648. doi:10.1371/journal.pone.0217648. PMID:31141556.
64. Equipo MIT. Actividades de la vida diaria. Definición y características [Internet]. Madrid: MIT Centro de Día; 2019 [citado 2025 Feb 10]. Disponible en: [MIT Centro de Día – Actividades de la vida diaria](#)
65. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. Demencia. São Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS; 2025 [citado 2025 Feb 10]. Disponible en: [DeCS – Demencia, ID 3718](#)
66. World Health Organization. Neurological disorders: public health challenges [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [citado 2025 Feb 11]. 232 p. Disponible en: [OMS – Neurological disorders: public health challenges](#)
67. Mitchell LA, Hirdes J, Poss JW, Slegers-Boyd C, Caldarelli H, Martin L. Informal caregivers of clients with neurological conditions: profiles, patterns and risk factors for distress from a home care prevalence study. BMC Health Serv Res. 2015;15:350. doi:10.1186/s12913-015-1010-1. PMID:26315104.
68. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. Apoyo social percibido [Internet]. São Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS; [citado 2025 Feb 10]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13328&filter=ths_termall&q=apoyo%20social%20percibido
69. Childers KM. Sense of coherence and caregivers of persons with dementia. Behav Sci (Basel). 2019;9(2):14. doi:10.3390/bs9020014. PMID:30696071.
70. Bakerjian D. Asistencia de relevos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales; 2025 [citado 2025 Feb 11]. Disponible en: [Manual MSD – Asistencia de relevos](#)
71. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. São Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS; [citado 2024 Ene 21]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
72. National Library of Medicine (US). Medical Subject Headings (MeSH) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; [citado 2024 Jan 21]. Disponible en: [MeSH – NCB](#)
73. Rivas Herrera JC, Ostigüín Meléndez RM. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Enferm Univ. 2011;8(1):49-54. doi:10.22201/eneo.23958421e.2011.1.273.

74. National Research Council. Health care comes home: the human factors. Washington (DC): National Academies Press; 2011. doi:10.17226/13149.
75. World Health Organization. Envejecimiento y salud [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 2026 ene 6]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
76. Escuela de Posgrado Newman. ¿Qué son las personas dependientes? Todo lo que necesitas saber para tratarlas [Internet]. Lima: EP Newman; [citado 2026 Ene 6]. Disponible en: [EP Newman – Personas dependientes](#)
77. Martín Carrasco M, Salvadó I, Nadal Álava S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit [Internet]. Rev Gerontol. 1996;6(4):338-346 [citado 2025 Feb 13]. Disponible en: [Ficha del instrumento – CIBERSAM](#)
78. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. [Internet]. São Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS; [citado 2025 Feb 10]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=1014&filter=ths_termall&q=ansiedad
79. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. Ansiedad [Internet]. São Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS; [citado 2025 Feb 10]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=1012&filter=ths_termall&q=ansiedad
80. Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) [Internet]. Medscape; [citado 13 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/calculator/476/patient-health-questionnaire-4-phq-4>
81. Fundación Caser. Actividades básicas de la vida diaria: definición y tipos [Internet]. Madrid: Fundación Caser; 2024 [citado 2025 Feb 10]. Disponible en: [Fundación Caser – Actividades básicas de la vida diaria](#)
82. Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental. Índice de Barthel: ficha técnica del instrumento [Internet]. Madrid: CIBERSAM; 2012 [citado 2025 Feb 13]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=117>
83. Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental. Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11: ficha técnica del instrumento [Internet]. Madrid: CIBERSAM; 2015 [citado 2025 Feb 13]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=127>
84. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6a ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2014. 600 p. ISBN: 978-1-4562-2396-0.
85. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. Psychosomatics. 2009;50(6):613-621. doi:10.1176/appi.psy.50.6.613.
86. Saravia JC, Iberico C, Yearwood K. Validation of sense of coherence (SOC) 13-item scale in a Peruvian sample. J Behav Health Soc Issues. 2014;6(2):35-44. doi:10.22201/fesi.20070780.2014.6.2.48590.
87. Martín-Carrasco M, Otermin P, Perez-Camo V, Pujol J, Agüera L, Martín MJ, et al. EDUCA study: psychometric properties of the Spanish version of the Zarit Caregiver Burden Scale. Aging Ment Health. 2010;14(6):705-711. doi:10.1080/13607860903586094. PMID:20544413.
88. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E. A meta-analysis of the association between caregiver burden and the dependent's illness. J Women Aging. 2020;32(2):220-235. doi:10.1080/08952841.2019.1700728. PMID:31818233.
89. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs. 2008;108(9 Suppl):23-27. doi:10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4C.
90. Ory MG, Hoffman RR 3rd, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. Gerontologist. 1999;39(2):177-186. doi:10.1093/geront/39.2.177. PMID:10224714.
91. Murayama LHV, Hamamoto Filho PTH, Winckler FC, Meirelles HAA, Sampaio NCFM, Moreira BZ, et al. Caregiver burden, hopelessness, and anxiety: association between sociodemographic and clinical profiles of patients with stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2024;33(11):107905. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.107905.

92. Achilike S, Beauchamp JES, Cron SG, Okpala M, Payen SS, Baldrige L, et al. Caregiver burden and associated factors among informal caregivers of stroke survivors. *J Neurosci Nurs.* 2020;52(6):277-283. doi:10.1097/JNN.0000000000000552. PMID:33156591.
93. Sin WWF, Chan LML, Ng CTY, Choi EPH, Lok KYW, Fong DYT, et al. Factors impacting caregiver burden in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2026;174:105299. doi:10.1016/j.ijnurstu.2025.105299. PMID:41330214.
94. Dotchin CL, Paddick SM, Longdon AR, Kisoli A, Gray WK, Dewhurst F, et al. A comparison of caregiver burden in older persons and persons with Parkinson's disease or dementia in sub-Saharan Africa. *Int Psychogeriatr.* 2014;26(4):687-692. doi:10.1017/S104161021300255X. PMID:24507385.
95. Osilla KC, Lean M, Gallagher-Thompson D, Atherton D, Watkins KE. Supporting family caregivers: variations in caregiving among families managing chronic health conditions. *Am Psychol.* 2025;80(9):1499-1519. doi:10.1037/amp0001663.
96. Knight BG, Sayegh P. Cultural values and caregiving: the updated sociocultural stress and coping model. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2010;65B(1):5-13. doi:10.1093/geronb/gbp096. PMID:19934166.
97. Falzarano F, Moxley J, Pillemer K, Czaja SJ. Family matters: cross-cultural differences in familism and caregiving outcomes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2022;77(7):1269-1279. doi:10.1093/geronb/gbab160.
98. Yamamoto Y. Relationship between caregiver burden and sense of coherence in home based family caregivers. *Occup Ther Int.* 2026;2026:6638411. doi:10.1155/OTI/6638411. PMID:41613622.
99. López-Martínez C, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gac Sanit.* 2019;33(2):185-190. doi:10.1016/j.gaceta.2017.09.005. PMID:29174275.
100. Liao YH, Ku LJE, Liu LF, Li CY. The effects of in-home respite care on the burden of caregivers in Taiwan. *J Appl Gerontol.* 2022;41(5):1283-1292. doi:10.1177/07334648211073876. PMID:35236155.
101. Lin X, Moxley JH, Czaja SJ. Caring for dementia caregivers: psychosocial factors related to engagement in self-care activities. *Behav Sci (Basel).* 2023;13(10):851. doi:10.3390/bs13100851. PMID:37887501.
102. da Silva Rodrigues CY. Ser cuidador: estrategias para el cuidado del adulto mayor [Internet]. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2019 [citado 2026 May 29]. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Ser_cuidador.html?id=tZCODwAAQBAJ
103. Tziaka E, Tsiakiri A, Vlotinou P, Christidi F, Tsiptsios D, Aggelousis N, et al. A holistic approach to expressing the burden of caregivers for stroke survivors: a systematic review. *Healthcare (Basel).* 2024;12(5):565. doi:10.3390/healthcare12050565. PMID:38470676.

ANEXO 1.- Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS	
PG: ¿Cuál es la prevalencia y cuáles son los factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026?	OG: Determinar la prevalencia y los factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	HG: Existe asociación entre los factores sociodemográficos, clínicos, ocupacionales, sociofinancieros y psicosociales del cuidador informal principal y del adulto mayor dependiente del servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026.	VARIABLE DEPENDIENTE			Tipo de estudio	Se utilizó una encuesta estructurada con preguntas cerradas, aplicada mediante un formulario de Google y almacenada en una hoja de cálculo, manteniéndose sin cambios durante toda la recolección de datos. El cuestionario fue validado por juicio de expertos utilizando una escala tipo Likert. Además, la información de los adultos mayores se obtuvo mediante la revisión de historias clínicas virtuales (15 por día), registrándose en una ficha de recolección diseñada para el estudio.	
			Agotamiento del cuidador	No corresponde / puntaje total	Puntaje total obtenido en la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit	Analítico		
						Alcance		
						Correlacional-analítico		
PE1: ¿Cuál es la prevalencia del agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026?	OE1: Determinar la prevalencia del agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	HE1: La prevalencia del agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026 es alta.	VARIABLES INDEPENDIENTES			Diseño de estudio		
			Sociodemográficas			Observacional		
			Nivel de instrucción	No corresponde	Nivel educativo alcanzado por el cuidador			Unidad de análisis
								Cuidadores informales principales de adultos mayores dependientes

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS
PE2: ¿Cuáles son las características sociodemográficas del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026?	OE2: Determinar las características sociodemográficas del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	HE2: Existe asociación entre los factores sociodemográficos (nivel de instrucción, edad o sexo) del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	Sexo	No corresponde	Sexo referido por el cuidador y verificado en DNI	Población y muestra Cuidadores informales principales de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco	Plan de análisis de datos El análisis estadístico se realizó en Stata versión 16 . Se efectuó un análisis descriptivo utilizando medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos para las variables cuantitativas, según su distribución, y frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado mediante pruebas t de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, y chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Además, se estimaron razones de prevalencia (RP) crudas con intervalos de confianza al 95%. Finalmente, se aplicó un modelo lineal generalizado de familia Poisson con enlace log y varianza robusta para estimar razones de prevalencia ajustadas (RPa), incluyendo las variables clínicamente relevantes y aquellas asociadas en el análisis bivariado. Se consideró significativo un valor de p < 0.05 .
						Criterios de inclusión El cuidador Ser residentes en la provincia de Cusco durante al menos 1 año Cuidadores de 1 solo adulto mayor Tiempo de cuidado de al menos 3 meses	
PE3: ¿Cuáles son los factores clínicos presentados en el cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026?	OE3: Inferir los factores clínicos presentados en el cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	HE3: Existe asociación entre los factores clínicos (síntomas de ansiedad y depresión) presentados en el cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026					

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS	
PO4: ¿Cuáles son los factores clínicos presentados en el adulto mayor dependiente asociados al agotamiento intenso del cuidador informal principal en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026?	OE4: Determinar los factores clínicos presentados en el adulto mayor dependiente asociados al agotamiento intenso del cuidador informal principal en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	HE4: Existe asociación entre los factores clínicos (nivel de dependencia, presencia de demencia u otra enfermedad neurológica) presentados en el adulto mayor dependiente asociados al agotamiento intenso del cuidador informal principal en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	Clínicas			Criterios de exclusión		
			Síntomas de ansiedad y depresión del cuidador	Síntomas de ansiedad	Puntaje obtenido en la subescala de ansiedad del PHQ-4	Que se niegue a participar del estudio		
				Síntomas de depresión	Puntaje obtenido en la subescala de depresión del PHQ-4	Que el llenado de la encuesta esté incompleto en más del 10%		
			Nivel de dependencia del adulto mayor	Dependencia funcional en Actividades básicas de la vida diaria	Puntaje total obtenido en el Índice de Barthel	Muestra		
						Para calcular el tamaño muestral se utilizó el programa Epi Info 7.2.6.0 de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).		
			Demencia en el AM	No corresponde	Diagnóstico de demencia registrado en la historia clínica			
Alteración neurológica en el AM	No corresponde	Diagnóstico de alteración neurológica registrado en la historia clínica						

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS
PO5: ¿Cuáles son los factores psicosociales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026?	OE5: Interpretar los factores psicosociales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	HE5: Existe asociación entre los factores psicosociales (apoyo social percibido, sentido de coherencia, uso de servicios de relevo) del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026.	Psicosociales			El muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, debido a que los participantes correspondieron a los cuidadores informales principales de los adultos mayores afiliados al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del hospital EsSalud del Cusco, así como a los adultos mayores a quienes brindaban cuidado.	
			Percepción de apoyo social del cuidador	No corresponde	Puntaje total obtenido en el Cuestionario de Apoyo Funcional de Duke - UNC		
			Sentido de coherencia	No corresponde	Puntaje total obtenido en el SOC-13		
PO6: ¿Cuáles son los factores ocupacionales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026?	PO6: Explicar los factores ocupacionales del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes asociados al agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	HE6: Existe asociación entre los factores ocupacionales (horas del día dedicados al cuidado y número de tareas) del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026.	Uso de servicios de relevo por el cuidador	No corresponde	Uso de servicios de relevo durante el cuidado del AM		

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS
PO7: ¿Cuál es la asociación entre la suficiencia de los recursos económicos del hogar del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026?	OE7: Demostrar la asociación entre la suficiencia de los recursos económicos del hogar del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	HE7: Existe asociación entre la suficiencia de los recursos económicos del hogar del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes y el agotamiento intenso en el servicio de PADOMI del HNAGV Essalud Cusco – 2026	Ocupacionales				
			Horas del día dedicadas al cuidado	No corresponde	Número de horas/día dedicadas al cuidado del AM		
			Número de tareas del cuidado	Asistencia relacionada con las ABVD/AIVD	• Ayuda con las compras • Transporte • Tareas del hogar • Movilidad • El banco • Autocuidado		
				Gestión de la salud	• Ayuda con la dieta • Cuidado de los pies • Cuidado de la piel • Ejercicio • Cuidado dental		
				Logística de los sistemas de salud	• Concertar citas • Pedir medicamentos • Gestionar cuestiones de seguros • Realizar un seguimiento de los medicamentos • Hablar con el proveedor médico del receptor de la atención		

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS
			Sociofinancieros				
			Suficiencia de recursos económicos del hogar	No corresponde	Percepción sobre la suficiencia de ingresos económicos		
			Justificación				
			El agotamiento del cuidador informal primario afecta significativamente su calidad de vida al generar sobrecarga física y alteraciones emocionales como ansiedad, depresión y sentimientos negativos. Esta problemática se enmarca dentro de las prioridades nacionales y regionales de investigación en salud mental y determinantes de la salud en poblaciones vulnerables. Además, existe escasa evidencia sobre los factores asociados al agotamiento del cuidador de adultos mayores dependientes de manera general, especialmente en la población cusqueña, debido a que la mayoría de estudios se enfocan en enfermedades específicas. Por ello, esta investigación busca aportar evidencia científica que permita comprender este síndrome, sensibilizar a los cuidadores y contribuir a reducir el impacto de las demandas del cuidado.				

**“FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DEL SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO
EsSalud CUSCO-2026”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadora: Esther Rosario Vargas Avalos, Bachiller en medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

a) Consentimiento para participación del cuidador.

Se le hace la invitación a ser partícipe voluntario de esta investigación. Con previo consentimiento informado, usted decidirá ser partícipe o no, con absoluta libertad de preguntar y absolver sus dudas sobre cualquier aspecto.

1. Objetivo de la investigación

Determinar los factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026.

2. Beneficios de la investigación

Se pretende dar a conocer y concientizar a los cuidadores que los malestares tanto objetivos como subjetivos que presentan, son parte de un síndrome ocasionado por la alta demanda de cuidado que requiere su familiar, y también darles el soporte de que sus problemas no son indiferentes al sistema de salud.

Mediante la identificación de los determinantes del desarrollo del agotamiento del cuidador se contribuye a la capacidad de promover, predecir, y diagnosticar a tiempo las enfermedades mentales y físicas que ocasiona el agotamiento en el cuidador.

3. Procedimientos

En caso de aceptar participar en esta investigación se le solicitará únicamente el llenado de un cuestionario.

4. Riesgos

La participación en este estudio consiste únicamente en responder un cuestionario administrado por un encuestador de manera personal. No se esperan riesgos físicos ni psicológicos significativos derivados de su participación. Algunas preguntas podrían generar incomodidad al contestarlas; si esto ocurre, usted puede omitir cualquier pregunta o retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

5. Aclaraciones

Su decisión de participar es completamente voluntaria y no habrá ninguna consecuencia, en caso de no aceptar la invitación. Algunas preguntas podrían generar incomodidad al contestarlas; si esto ocurre, usted puede omitir cualquier pregunta o retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia, pudiendo informar o no, las razones de su decisión. En el transcurso del estudio, usted tiene derecho a recibir información general sobre el avance del estudio y los resultados globales una vez finalizado el análisis. Esta información se proporcionará

de manera resumida y no incluirá datos personales de otros participantes, además que se le brindará el correo electrónico de la investigadora para tal fin.

6. Confidencialidad

Se mantendrá la confidencialidad de los datos obtenidos y se guardará su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio fuesen publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de los participantes.

7. Registro del consentimiento

Si usted acepta participar en este estudio, por favor indíquelo verbalmente. Su respuesta será registrada por el encuestador.

¿El participante aceptó participar voluntariamente?

☐ Sí

☐ No

Nombre o código del encuestador: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Hora de la llamada: _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____, identificado(a) con DNI/CE N.º _____, Revoco el consentimiento prestado y no deseo proseguir con el estudio “factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026” que desarrollará la investigadora Esther Rosario Vargas Avalos, Bachiller en medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Firma del Participante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

- b) Consentimiento para recolección de información del adulto mayor (ya sea del adulto mayor directamente si puede consentir, o de su representante legal).**

1. Objetivo de la investigación

El objetivo de este estudio es identificar los factores asociados al agotamiento del cuidador informal principal de adultos mayores dependientes del servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco – 2026. Para ello, se recopilará información de la historia clínica del adulto mayor dependiente.

2. Qué se hará con la información

Se accederá únicamente a los datos relevantes de la historia clínica, tales como:

- ✓ Diagnósticos y condiciones de salud.
- ✓ Información sobre dependencia funcional y cuidados recibidos.

3. Beneficios

Existe un beneficio indirecto para el adulto mayor; ya que los resultados del estudio ayudarán a mejorar las estrategias de apoyo a los cuidadores y la atención de adultos mayores dependientes.

4. Riesgos

No existen riesgos físicos derivados de participar en este estudio. El único riesgo posible es la exposición de información personal sensible, que será manejada con estricta confidencialidad.

5. Aclaraciones

Esta información será utilizada exclusivamente con fines de investigación y análisis estadístico, sin que se revele información que permita identificar individualmente al adulto mayor.

La participación es voluntaria. Usted o su representante legal pueden negarse a permitir la recolección de información, o retirar su autorización en cualquier momento, sin ninguna consecuencia en la atención médica del adulto mayor.

6. Confidencialidad

Toda la información obtenida será tratada de manera confidencial y solo será accesible para el equipo de investigación. Los datos serán almacenados de forma segura y codificados para proteger la identidad del adulto mayor.

7. Registro del consentimiento

¿Acepta participar en este estudio y la revisión de su historia clínica?, por favor indíquelo verbalmente. Su respuesta será registrada por el encuestador.

¿El participante aceptó participar voluntariamente?

- ☐ Sí
☐ No

Nombre o código del encuestador: _____

Fecha: ____ / ____ / ____



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL CUIDADOR

El propósito del instrumento es obtener información que respalde el desarrollo del trabajo de investigación titulado: **“FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DEL SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EsSalud CUSCO-2026”**.

El siguiente cuestionario es anónimo, está dirigido a cuidadores informales principales de adultos mayores dependientes. Con el fin de determinar los factores asociados al agotamiento del cuidador. Con previo consentimiento informado.

El llenado de la encuesta será en un aproximado de tiempo de 30 minutos

Ficha N°: _____ Fecha de recolección: _____
Recolectado por: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR	
1) Edad _____ años	
2) Sexo a) femenino b) masculino	
3) Grado de instrucción:	
a) Bajo: Analfabetismo o primaria	
b) Medio: Secundaria	
c) Superior: técnico o profesional	

CUESTIONARIO DE SALUD DEL CUIDADOR-4 (PHQ-4)				
Valoración: 0 = Nunca, 1 = Varios días, 2 = Mas de la mitad de los días, 3 = Casi todos los días	0	1	2	3
SÍNTOMAS DE PROBABLE ANSIEDAD				
4) Durante las 2 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o inquieto?				
5) Durante las 2 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por no poder detener o controlar sus preocupaciones?				
SÍNTOMAS DE PROBABLE DEPRESIÓN				
6) Durante las 2 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por tener poco interés o placer en hacer cosas?				
7) Durante las 2 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido, desanimado o sin esperanza?				

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DE DUKE-UNC (DUFSSQ) DEL CUIDADOR					
1 = Mucho menos de lo que deseo, 2 = Menos de lo que deseo, 3 = Ni mucho ni poco, 4 = Casi como deseo, 5 = Tanto como deseo.	1	2	3	4	5
8) Recibo visitas de mis amigos y familiares					
9) Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
10) Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
11) Cuento con personas que se preocupan de lo que sucede					
12) A la gente le importa lo que me pasa					
13) Recibo amor y cariño					
14) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
15) Tengo posibilidades de hablar con alguien de confianza sobre problemas personales y familiares					
16) Tengo posibilidad de hablar con alguien sobre cuestiones de dinero					
17) Recibo invitaciones para salir y distraerme de otras personas					
18) Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
19) Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

CUESTIONARIO DE SENTIDO DE COHERENCIA (SOC13) DEL CUIDADOR									
20) ¿Siente usted que no le importa lo que sucede a su alrededor?									
Rara vez o nunca	1	2	3	4	5	6	7	A menudo	
21) ¿Le ha sucedido en el pasado que se ha sorprendido por el comportamiento de la gente que usted pensaba que conocía muy bien?									
Rara vez o nunca	1	2	3	4	5	6	7	A menudo	
22) ¿Le ha sucedido que la gente con la que usted contaba lo ha decepcionado?									
Rara vez o nunca	1	2	3	4	5	6	7	A menudo	
23) Hasta ahora en la vida:									
No he conseguido los objetivos ni mi propio rumbo	1	2	3	4	5	6	7	He conseguido los objetivos y mi propio rumbo	
24) ¿Tiene usted el sentimiento que ha sido tratado injustamente?									
A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca	
25) ¿Tiene usted el sentimiento de que está en una situación poco habitual y no sabe qué hacer?									
A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca	
26) Hacer las cosas que usted hace diariamente son:									
Una fuente de profundo placer y satisfacción	1	2	3	4	5	6	7	Fuente de dolor y aburrimiento	
27) ¿Tiene usted ideas y sentimientos muy confusos?									
A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca	

CUESTIONARIO DE SENTIDO DE COHERENCIA (SOC13) DEL CUIDADOR

28) ¿Tiene sentimientos dentro de sí que no le gustaría sentir?

A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
----------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

29) Muchas personas, inclusive las de carácter fuerte, algunas veces se sienten perdedoras en ciertas situaciones. ¿Cuán a menudo usted ha tenido esto en el pasado?

Rara vez o nunca	1	2	3	4	5	6	7	A menudo
------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

30) Cuando algo ha sucedido, generalmente ha encontrado que usted:

Sobrestimo o subestimo su importancia	1	2	3	4	5	6	7	Vio las cosas en la medida correcta
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

31) ¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento que tienen poco sentido las cosas que realiza en su vida diaria?

A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
----------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

32) ¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento de no estar seguro de poder mantenerse bajo control?

A menudo	1	2	3	4	5	6	7	Rara vez o nunca
----------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = A veces, 4 = Frecuentemente, 5 = Casi siempre	1	2	3	4	5
33) ¿Siente Ud. que él/ella solicita más ayuda de la que necesita realmente?					
34) ¿Siente Ud. que a causa del tiempo que gasta con él/ella no tiene suficiente para usted mismo?					
35) ¿Se siente estresado/a al tener que cuidar de él/ella y tener que atender otras responsabilidades con su familia o con el trabajo?					
36) ¿Se siente avergonzado por la conducta del paciente?					
37) ¿Se encuentra irritada cuando está cerca de él/ella?					
38) ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de manera negativa?					
39) ¿Tiene miedo de lo que pueda pasarle en el futuro al paciente?					
40) ¿Piensa que él/ella depende de usted?					
41) ¿Se siente agotada cuando tiene que estar pendiente de él/ella?					
42) ¿Cree Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar de él/ella?					
43) ¿Siente que su vida personal se ha visto limitada a causa de él/ella?					
44) ¿Cree que sus relaciones sociales se han resentido a causa de que Ud. tenga que cuidar del paciente?					
45) (SOLAMENTE SI EL ENTREVISTADO VIVE CON EL PACIENTE) ¿Se siente incómodo para invitar a amigos a casa, a causa del paciente?					
46) ¿Cree que el paciente espera que Ud. cuide de él/ella, como si fuera la única persona capaz de hacerlo?					
47) ¿Cree Ud. que no dispone de dinero suficiente para cuidar de él/ella, si no limita sus otros gastos?					
48) ¿Piensa que no va a ser capaz de cuidar de él/ella durante mucho más tiempo?					
49) ¿Piensa que Ud. ha perdido el control sobre su vida desde que él/ella enfermó?					
50) ¿Cree que le gustaría poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
51) ¿Se siente inseguro/a acerca de su comportamiento con el paciente?					
52) ¿Piensa que debería hacer algo más por su familia?					
53) ¿Cree que Ud. podría mejorar el cuidado de su familiar?					
54) En conjunto, ¿cómo se siente de sobrecargado al tener que cuidar de él/ella?					

FACTORES PSICOSOCIALES DEL CUIDADOR			
55) ¿Hace uso de servicios de relevo?	SÍ NO		
FACTORES OCUPACIONALES DEL CUIDADOR			
56) ¿Cuántas horas al día asume el rol de cuidador principal?			
57) Número de tareas del cuidado	Asistencia relacionada con las ABVD/AIVD (en el último mes)	1. Ayuda con las compras 2. Transporte 3. Tareas del hogar 4. Movilidad 5. El banco 6. Autocuidado	/6
	Gestión de la salud (en el último mes)	1. Ayuda con la dieta 2. Cuidado de los pies 3. Cuidado de la piel 4. Ejercicio 5. Cuidado dental	/5
	Logística de los sistemas de salud (en el último año)	1. Concertar citas 2. Pedir medicamentos 3. Gestionar cuestiones de seguros 4. Realizar un seguimiento de los medicamentos 5. Hablar con el proveedor médico del receptor de la atención	/5
FACTORES SOCIOFINANCIEROS DEL CUIDADOR			
58) ¿Piensa que sus ingresos económicos familiares son suficientes?	SÍ NO		

ÍNDICE DE BARTHEL	
Nombre del paciente	
DNI del paciente	
59. Alimentación	
a) Totalmente dependiente - 0 p. b) Necesita ayuda (ej. para cortar la carne, abrir envases) - 5 p. c) Independiente (capaz de usar utensilios, comer en un tiempo razonable) - 10 p.	
60. Baño/Aseo Personal	
a) Dependiente (necesita ayuda para lavarse, ducharse, o supervisión) - 0 puntos b) Independiente (capaz de lavarse la cara, manos, peinarse, lavarse los dientes, sin ayuda) - 5 p.	
61. Vestido	
a) Dependiente (necesita ayuda para ponerse, quitarse la ropa o abrocharse) - 0 p. b) Necesita ayuda (realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable) - 5 p. c) Independiente (capaz de ponerse y quitarse la ropa, incluyendo aparatos ortopédicos, si los usa) - 10 p.	
62. Arreglo Personal (ej. cepillado de dientes, afeitado, maquillaje)	
a) Dependiente (no realiza las tareas o necesita ayuda) - 0 p. b) Independiente (capaz de realizar las tareas de higiene personal sin ayuda) - 5 p.	
63. Control de Esfínter Vesical (Urinario)	
a) Incontinente (o necesita sondaje y es incapaz de controlarlo) - 0 p. b) Accidente ocasional (máximo uno en 24 horas) - 5 p. c) Continente (capaz de controlar la micción durante al menos 7 días) - 10 p.	
64. Control de Esfínter Anal (Fecal)	
a) Incontinente (o necesita enema y es incapaz de controlarlo) - 0 p. b) Accidente ocasional (máximo uno en 7 días) - 5 p. c) Continente (capaz de controlar la defecación) - 10 p.	
65. Uso del Retrete (Inodoro)	
a) Dependiente (necesita ayuda para ir al baño y en el aseo posterior) - 0 p. b) Necesita ayuda (capaz de limpiarse, pero necesita ayuda para llegar, mantener el equilibrio o vestirse) - 5 p. c) Independiente (entra y sale solo, se limpia y se viste) - 10 p.	
66. Traslados (Sillón-Cama)	
a) Dependiente (necesita grúa o la ayuda de dos o más personas) - 0 p. b) Necesita ayuda grande (ayuda de una persona fuerte o dos personas) - 5 p. c) Necesita ayuda pequeña (ayuda verbal o física ligera de una persona) - 10 p. d) Independiente (no necesita ayuda ni supervisión) - 15 p.	
67. Deambulación (Capacidad para Caminar)	
a) Inmóvil (incapaz de desplazarse o menos de 50 metros) - 0 p. b) Independiente en silla de ruedas (capaz de propulsarse más de 50 metros) - 5 p. c) Camina con ayuda (necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros) - 10 p. d) Independiente (camina 50 metros sin ayuda ni supervisión) - 15 p.	
68. Escaleras	
a) Dependiente (incapaz de subir o bajar escaleras) - 0 p. b) Necesita ayuda (necesita ayuda física o supervisión) - 5 p. c) Independiente (sube y baja un tramo de escaleras sin ayuda) - 10 p.	



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS TOMADOS DE LA
HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE (PACIENTE)**

El propósito del instrumento es obtener información que respalde el desarrollo del trabajo de investigación titulado: **“FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DEL SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EsSalud CUSCO-2026”**.

El siguiente cuestionario será realizado con la revisión de historias clínicas de adultos mayores del servicio de PADOMI, por el autor del trabajo de investigación. No se registrará el número de historia clínica ni el nombre del paciente, sólo una codificación que será el número de ficha de recolección.

Ficha N°: _____ Fecha de recolección: _____
Recolectado por: _____

FACTORES CLÍNICOS DEL ADULTO MAYOR (PACIENTE)	
Demencia	SI
	NO
Alteración neurológica	SI
	NO

ANEXO 3: Cuadernillo de validación

a) Validación de experto 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
CARTA DE PRESENTACIÓN

Previo un cordial y afectuoso saludo, yo Esther Rosario Vargas Avalos, identificado con código 183045, egresada de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, me presento ante usted con el debido respeto.

Usted ha sido seleccionado por mi persona para su experticia en el tema en el área de psiquiatría, para evaluar el instrumento por juicio de expertos, que hace parte del proyecto de investigación "FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EnSalud DEL CUSCO - 2026".

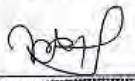
La evaluación del instrumento es de gran relevancia e importancia para lograr que sean válidos los resultados obtenidos a partir de este instrumento eficientemente. Llenar los espacios en blanco con sus datos personales y proceder a la calificación respectiva.

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

• APELLIDOS Y NOMBRES: CABEZAS LIMACO JOSE LUIS

• OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:
MEDICO PSIQUIATRA MEDICINA LEGAL

• FIRMA, SELLO Y FECHA DE VALIDACIÓN (DÍA/MES/AÑO):


JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
MEDICO PSIQUIATRA
R.M.P. 29644 - R.N.E. 18144

22-01-26

"FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI-ESSALUD DEL CUSCO - 2026"

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene por objetivo recoger información útil de personas especializadas en el tema de estudio acerca de la validez del constructo, confiabilidad y aplicabilidad del instrumento sometido a su juicio de experto.

Para la validación del cuestionario se plantearon diez interrogantes o preguntas, cada una de las cuales serán acompañadas con una escala de estimación tipo Likert. En las cuales deberá marcar con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (Indeciso)
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1 2 3 4 5/

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1 2 3 4 5/

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1 2 3 4 5/

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1 2 3 4 5/

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1 2 3 4 5/

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?

1 2 3 4 5/

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1 2 3 4 5/

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1 2 3 4 5/

9. ¿Considera Ud. que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?

1 2 3 4 5/

10. ¿Considera Ud. que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?

1 2 3 4 5/

Recomendaciones:

b) Validación de experto 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
CARTA DE PRESENTACIÓN

Previo un cordial y afectuoso saludo, yo Esther Rosario Vargas Avalos, identificada con código 183045, egresada de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, me presento ante usted con el debido respeto.

Usted ha sido seleccionado por mi persona para su expertise en el tema en el área de psiquiatría, para evaluar el instrumento por juicio de expertos, que hace parte del proyecto de investigación "FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EsSalud DEL CUSCO - 2026".

La evaluación del instrumento es de gran relevancia e importancia para lograr que sean válidos los resultados obtenidos a partir de este instrumento eficientemente. Llenar los espacios en blanco con sus datos personales y proceder a la calificación respectiva.

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

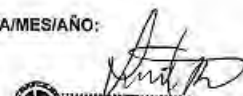
• APELLIDOS Y NOMBRES: Falcon Arando Rosher

• OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:

Licenciada en Psicología con formación en el área clínica.
UGEL - Abancay

• FIRMA, SELLO Y FECHA DE VALIDACIÓN (DÍA/MES/AÑO):

22-01-2026


 Rosher Falcon Arando
 PSICOLOGA
 C.Ps.P. 43125

22-01-2026

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este instrumento.

"FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI-ESSALUD DEL CUSCO - 2026"

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene por objetivo recoger información útil de personas especializadas en el tema de estudio acerca de la validez del constructo, confiabilidad y aplicabilidad del instrumento sometido a su juicio de experto.

Para la validación del cuestionario se plantearon diez interrogantes o preguntas, cada una de las cuales serán acompañadas con una escala de estimación tipo Likert. En las cuales deberá marcar con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (Indeciso)
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1 2 3 4 5 ☒

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1 2 3 4 5 ☒

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?

1 2 3 4 5 ☒

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1 2 3 4 5 ☒

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1 2 3 4 5 ☒

9. ¿Considera Ud. que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

10. ¿Considera Ud. que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?

1 2 3 4 5 ☒

Recomendaciones:

PHQ-4 Evaluación de episodios o niveles de Ansiedad y depresión.

Duke-VUC presenta 10 ítems, asociar los ítems 12 y 13

Factores psicossociales del cuidador causales de las respuestas si es (+) o si es (-) son factores que influyen.

c) Validación de experto 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
CARTA DE PRESENTACIÓN

Previo un cordial y afectuoso saludo, yo Esther Rosario Vargas Avalos, identificado con código 183045, egresada de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, me presento ante usted con el debido respeto.

Usted ha sido seleccionado por mi persona para su experticia en el tema en el área de MEDICINA FAMILIAR, para evaluar el instrumento por juicio de expertos, que hace parte del proyecto de investigación "FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EsSalud DEL CUSCO - 2026".

La evaluación del instrumento es de gran relevancia e importancia para lograr que sean válidos los resultados obtenidos a partir de este instrumento eficientemente. Llenar los espacios en blanco con sus datos personales y proceder a la calificación respectiva.

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

• APELLIDOS Y NOMBRES:

Polonio Taque Manuel

• OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:

*Medicina Familiar y Comunitaria C.S. Chobabero.
C.S. Montal Navarrete*

• FIRMA, SELLO Y FECHA DE VALIDACIÓN (DÍA/MES/AÑO):

Dr. Polonio Taque Manuel
MÉDICO - CIRUJANO
SPS. Medicina Familiar y Comunitaria
CAMP: 079154 NMS: 137967

21/01/2026

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este instrumento.

"FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI-ESSALUD DEL CUSCO - 2026"

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene por objetivo recoger información útil de personas especializadas en el tema de estudio acerca de la validez del constructo, confiabilidad y aplicabilidad del instrumento sometido a su juicio de experto.

Para la validación del cuestionario se plantearon diez interrogantes o preguntas, cada una de las cuales serán acompañadas con una escala de estimación tipo Likert. En las cuales deberá marcar con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (Indeciso)
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1 2 3 4 5 ☒

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1 2 3 4 5 ☒

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?

1 2 3 4 5 ☒

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1 2 3 4 5 ☒

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1 2 3 4 5 ☒

9. ¿Considera Ud. que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?

1 2 3 4 5 ☒

10. ¿Considera Ud. que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?

1 2 3 4 5 ☒

Recomendaciones:

d) Validación de experto 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
CARTA DE PRESENTACIÓN

Previo un cordial y afectuoso saludo, yo Esther Rosario Vargas Avalos, identificado con código 183045, egresada de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, me presento ante usted con el debido respeto.

Usted ha sido seleccionado por mi persona para su experiencia en el tema en el área de geriatría, para evaluar el instrumento por juicio de expertos, que hace parte del proyecto de investigación "FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EsSalud DEL CUSCO - 2026"

La evaluación del instrumento es de gran relevancia e importancia para lograr que sean válidos los resultados obtenidos a partir de este instrumento eficientemente. Llenar los espacios en blanco con sus datos personales y proceder a la calificación respectiva.

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

• APELLIDOS Y NOMBRES: JUSTO ORSALIO ORSALINO GARCIA

• OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:

Heliconia angustata

* FIRMA, SELLO Y FECHA DE VALIDACIÓN (DÍA/MES/AÑO):

Dra. Verónica M. Trovati Quispe
MEDICO-ESTETICA
CNR. 86739 - RNE: 52318

211126

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este instrumento.

**"FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL
PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI-ESSALUD
DEL CUSCO - 2026"**

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene por objetivo recoger información útil de personas especializadas en el tema de estudio acerca de la validez del constructo, confiabilidad y aplicabilidad del instrumento sometido a su juicio de experto.

Para la validación del cuestionario se plantearon diez interrogantes o preguntas, cada una de las cuales serán acompañadas con una escala de estimación tipo Likert. En las cuales deberá marcar con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (Indeciso)
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	~~5~~
---	---	---	---	--------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	~~4~~	5
---	---	---	--------------	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Considera Ud. que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Considera Ud. que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?

1	2	3	4	
---	---	---	---	---

Recomendaciones:

e) Validación de experto 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CARTA DE PRESENTACIÓN

Previo un cordial y afectuoso saludo, yo Esther Rosario Vargas Avalos, identificada con código 183045, egresada de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, me presento ante usted con el debido respeto.

Usted ha sido seleccionado por mi persona para su experticia en el tema en el área de geriatría, para evaluar el instrumento por juicio de expertos, que hace parte del proyecto de investigación "FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EsSalud DEL CUSCO - 2026".

La evaluación del instrumento es de gran relevancia e importancia para lograr que sean válidos los resultados obtenidos a partir de este instrumento eficientemente. Llenar los espacios en blanco con sus datos personales y proceder a la calificación respectiva.

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

• APELLIDOS Y NOMBRES: GHAMELO ECHEGARAY CARLA YOSHIE

• OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:

MÉDICO GERIATRA Y GERONTOLOGA. HOSPITAL AUTONO LONEWA

• FIRMA, SELLO Y FECHA DE VALIDACIÓN (DÍA/MES/AÑO):



Cusco 23 DE FEBRERO 2026

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este instrumento.

"FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE PADOMI-ESSALUD DEL CUSCO – 2026"

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene por objetivo recoger información útil de personas especializadas en el tema de estudio acerca de la validez del constructo, confiabilidad y aplicabilidad del instrumento sometido a su juicio de experto.

Para la validación del cuestionario se plantearon diez interrogantes o preguntas, cada una de las cuales serán acompañadas con una escala de estimación tipo Likert. En las cuales deberá marcar con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (Indeciso)
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

9. ¿Considera Ud. que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

10. ¿Considera Ud. que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------

Recomendaciones:

Recomendar a través del cuestionario
los ítems que evidencien grado de
adecuada o inadecuada y menor ítem.
A los usuarios con los ítems recomendados.
A su cargo.

ANEXO 4.- Validación del instrumento de investigación

VALIDEZ A JUICIO DE EXPERTOS, UTILIZANDO EL MÉTODO DPP (DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO)

PROCEDIMIENTO: Se construyó una tabla donde colocamos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios. Brindados por cinco especialistas en el tema.

RESULTADOS:

NUMERO DE ÍTEM	CALIFICACIÓN DE EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	4	5	4.8
5	5	5	5	4	5	4.8
6	5	5	5	5	5	5
7	5	4	5	4	5	4.6
8	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	5
10	5	5	5	5	5	5

Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto múltiple (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_{10})^2}$$

Donde:

X = valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y = promedio para cada ítem

DPP =

$$\sqrt{(5-5)^2 + (5-5)^2 + (5-5)^2 + (5-4.8)^2 + (5-4.8)^2 + (5-5)^2 + (5-4.6)^2 + (5-5)^2 + (5-5)^2 + (5-5)^2}$$

Resultado: DPP = 0.24

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicado para obtener información.

Determinando la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + \dots + (x_n-1)^2}$$

Donde:

X = valor máximo en la escala concedido para cada ítem. Y= 1

D (máx.) =

$$\sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$

D (máx.) = 12.649

D (máx.) se dividió entre el valor máximo de la escala: 12.649 / 5

Resultado: 2.52

Con este último valor hallado se construyó una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx.; dividiéndose en intervalos iguales entre sí, denominados de la siguiente manera:

A	Adecuación total	0 – 2.52
B	Adecuación en gran medida	2.53 – 5.04
C	Adecuación promedio	5.05 – 7.56
D	Escasa adecuación	7.57 – 10.08
E	Inadecuación	10.09 – 12.60

El punto DPP se debería localizar en las zonas A o B, caso contrario la encuesta requeriría reestructuración y/o modificación; luego de las cuales se sometería nuevamente a juicio de expertos.

Conclusión:

El valor hallado del DPP en el estudio fue de 0.24 encontrándose en la zona **A**, lo cual significa **Adecuación total**, por lo que se determina que la ficha de recolección de datos es válida y confiable.

ANEXO 5.- Autorización del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco-EsSalud



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"



Firmado digitalmente por
MEZA VILCA Carlos Benito (A)
2019.07.07.09:46
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 20.03.2025 19:07:43 (GMT)



RESOLUCIÓN N° 000097-GRACU-RACU-ESSALUD-2025 Wanchaq, 09 de Marzo del 2026

VISTOS:

La Nota de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia N° 000064-OCID-RACU-ESSALUD-2026 de fecha 20 de febrero del 2026, sobre la solicitud de emisión de la Resolución de autorización de ejecución de Proyecto de Investigación; la Nota N° 000028-COE-ESSALUD-2026 de fecha 20 de febrero del 2026 de Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Cusco;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 46-IETSI-ESSALUD-2019 de fecha 03 de junio del 2019, se resuelve aprobar la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01. "Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud"; cuyo objetivo es establecer los lineamientos para la aprobación, ejecución, supervisión, difusión, priorización de las actividades y estudios de investigación en salud a ser desarrollados en EsSalud;

Que, en el numeral 1 del Capítulo III – Disposiciones Generales de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la distinción entre ensayos clínicos y estudios observacionales se realiza según la definición regulatoria de ensayo clínico contenida en el Reglamento de Ensayos Clínicos y en esta Directiva, la misma que necesariamente corresponde a la definición metodológica. Los estudios que no cumplan la definición regulatoria de ensayo clínico serán considerados como estudios observacionales;

Que, en el numeral 2.1.1. de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, los estudios observacionales les se desarrollan mediante las siguientes modalidades: institucional, extra institucional, colaborativa y tesis de pregrado;

Que, en el numeral 2.2.1 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01; se establece el proceso de aprobación de los estudios observacionales y la presentación de los documentos por parte del investigador principal (IP) o el coinvestigador responsable ante la Instancia Encargada del área de Investigación (IEAI);

Que, en el numeral 2.2.2 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la IEAI recibe el expediente y verifica el cumplimiento de los requisitos. Luego, envía el expediente al Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) en un plazo que no exceda de tres días útiles;



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://igd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: DBMTUEP.

www.gob.pe/essalud
Jr. Domingo Cueto N.º 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000

Que en el numeral 2.2.5 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01; se establece que, una vez aprobado el protocolo por el CIEI, la Gerencia evalúa el expediente y emite una carta dirigida al investigador con su decisión de autorizar o no el inicio del estudio en un plazo no mayor a catorce días calendario. La IEAI comunica la decisión al Comité y al IP haciéndole llegar la carta o certificado de aprobación del comité y de la gerencia. El Gerente del Órgano puede delegar esta función de autorización de estudios observacionales a otra instancia que considere conveniente; por ejemplo, a la IEAI o al director del establecimiento;

Que mediante Resolución de Gerencia de Red Asistencial Cusco N° 268-GRACU-ESSALUD-2024 de fecha 26 de abril del 2024, se resuelve, conformar a partir de la fecha y por el periodo de dos (02) años, el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Adolfo Guevara Velasco de la Gerencia de la Red Asistencial Cusco del Seguro Social de Salud "ESSALUD"; Que mediante documento del visto, la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia, en uso de sus atribuciones ha verificado el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la ejecución del Proyecto de Investigación presentado por **Esther Rosario Vargas Avalos** con el Título: "FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DEL SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EsSalud CUSCO-2026", para optar el título profesional de Médico Cirujano de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; solicitando a la Gerencia de la Red Asistencial Cusco la emisión de la resolución de autorización de ejecución de dicho proyecto de investigación;

Que, el proyecto de investigación, entre otros, cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Red Asistencial Cusco con Nota N° 000028-COE-ESSALUD-2026 de fecha 20 de febrero del 2026; asimismo, cuenta con la opinión favorable de la sede donde se realizará la investigación según Anexo 6 suscrito por el Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Gerencia de la Red Asistencial de ESSALUD Cusco; Dr. Héctor Paucar Sotomayor.

Que, por los considerandos expuestos, es procedente adoptar las acciones administrativas respectivas para autorizar la ejecución del proyecto de investigación aludido en el Departamento de Medicina- Servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Red Asistencial Cusco de ESSALUD;

En uso de las facultades conferidas mediante Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01 y resolución de Presidencia Ejecutiva N° 000071-PE-ESSALUD-2025;

SE RESUELVE:

PRIMERO. - AUTORIZAR la ejecución del Proyecto de Investigación con el Título: "FACTORES ASOCIADOS AL AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DEL SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO EsSalud CUSCO-2026", presentado por **ESTHER ROSARIO VARGAS AVALOS**, a realizarse en el Departamento de Medicina -

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://igd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: DBMTUEP.

www.gob.pe/essalud
Jr. Domingo Cueto N.º 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000



Servicio de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Gerencia de Red Asistencial Cusco de ESSALUD.

SEGUNDO. - DISPONER que la investigadora principal, **Esther Rosario Vargas Avalos**, prosiga con todas las acciones vinculadas con el tema de investigación, las cuales deberán ajustarse al cumplimiento de las normas y directivas de la institución establecidas para tal fin.

TERCERO. - DISPONER que las instancias respectivas brinden las facilidades del caso para la ejecución del Proyecto de Investigación autorizado con la presente Resolución.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE.

Firmado digitalmente por
CARLOS BENITO MEZA VILCA
GERENCIA DE RED ASISTENCIAL CUSCO
ESSALUD

cc.: OCID, DHNAGV, CEHNAGV, INVESTIGADOR PRINCIPAL, ARCHIVO
Exp. 0167420260001546
CBMV/RCG

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://igd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: DBMTUEP.

www.gob.pe/essalud
Jr. Domingo Cueto N.º 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000

