



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SOBRECARGA DEL
CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DE UN HOSPITAL DE
LIMA METROPOLITANA - 2018”**

Tesis para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Nombre y apellido del tesista:

LUCIANA VIA PIMENTEL GALDOS

Nombres y apellidos de asesor:

CÉSAR AUGUSTO EGUÍA ELIAS

**LIMA - PERÚ
2019**



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SOBRECARGA DEL
CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DE UN HOSPITAL DE
LIMA METROPOLITANA - 2018”

Tesis para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Nombre y apellido del tesista:

LUCIANA VIA PIMENTEL GALDOS

Nombres y apellidos de asesor:

CÉSAR AUGUSTO EGUIA ELIAS

LIMA - PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N° 001- DACPSI-DAFCS-U.CIENTÍFICA-2019

En la ciudad de Lima, al día 15 del mes de febrero de 2019, siendo las 14:35 horas, con la asistencia del Jurado de Tesis, Presidido por el Dr. Freddy Roberpierre Jaimes Alvarez, los miembros del jurado Mg. Marilyn Gavi Toledo Cárdenas y Psi. Ángela Maribel Prado Aliaga y el Asesor de Tesis Psi. César Augusto Eguía Elías, la Bachiller **LUCIANA VIA PIMENTEL GALDOS** autora de la tesis Titulada "INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DE UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA - 2018" con el fin de optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación y deliberación por parte del Jurado correspondiente, habiendo sido **APROBADO CON MENCIÓN MUY BUENA** con el calificativo de **17 (DIECISIETE)**.

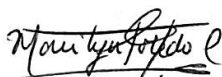
Se expide la presente acta en cinco originales y siendo las 15:19 horas, se da por concluido el acto Académico de Sustentación.



Freddy Roberpierre Jaimes Alvarez

Presidente


DNI. 09887233



Marilyn Gavi Toledo Cárdenas

Miembro

DNI. 09796350



Ángela Maribel Prado Aliaga

Miembro

DNI. 10673341



César Augusto Eguía Elías

Asesor

DNI. 07512106

T // (51) 610 6400
opción 2
www.cientifica.edu.pe

Campus
Panamericana Sur
km 19 - Lima 42

Dedicatoria:

- A mi madre y mi abuela, a quienes la palabra apoyo les quedó corta y vivieron conmigo el sueño de ser profesional

Agradecimientos:

- Al Lic. César Eguía Elías, por su experiencia en la orientación en investigación, para cada paso de esta.
- A la Teniente Coronel. Iliana Becerra, jefa del departamento de psicología, por la confianza y el apoyo continuo dentro del hospital.
- A la Enf. María Ramírez por el apoyo con los pacientes y sus familias.

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1. Planteamiento del problema	16
1.1.1. Problema general	16
1.1.2. Problemas específicos	17
1.2. Objetivos	17
1.2.1. Objetivo general	17
1.2.2. Objetivos específicos	18
1.3. Justificación	18
1.4. Viabilidad	19
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Extranjeros	20
2.1.2. Nacionales	22
2.2. Bases teóricas	23
2.2.1. Inteligencia emocional	23
2.2.1.1. Modelos de la inteligencia emocional	24
2.2.1.2. Métodos de medición de la inteligencia emocional	29
2.2.2. Sobrecarga del cuidador del adulto mayor	30
2.2.2.1. Carga	30
2.2.2.2. Sobrecarga	30
2.2.2.3. Causas de la sobrecarga	31
2.2.2.4. Cuidadores	32
2.2.2.5. Labor del cuidador	34
2.2.2.6. Adulto mayor	35
2.2.2.7. Discapacidad y necesidad de cuidado en el adulto mayor	36
2.3. Hipótesis de investigación	37

2.3.1. Hipótesis general	37
2.3.2. Hipótesis específicas	37
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	39
3.1. Tipo y diseño de estudio	39
3.2. Población	39
3.3. Muestra	39
3.4. Operacionalización de variables	41
3.4.1. Inteligencia emocional	41
3.4.2. Sobrecarga del cuidador del adulto mayor	43
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.5.1. Técnica	44
3.5.2. Instrumentos	44
3.5.2.1. Inventario de inteligencia emocional BarOn	44
3.5.2.2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	46
3.6. Procesamiento y análisis de datos	48
3.7. Aspectos éticos	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	50
4.1. Descripción de la muestra	50
4.2. Presentación de resultados	51
4.2.1.1. Prueba de normalidad	58
4.2.1.2. Comprobación de hipótesis general	58
4.2.1.3. Comprobación de hipótesis específicas	59
4.2.1.3.1. Comprobación de hipótesis específica 1	59
4.2.1.3.2. Comprobación de hipótesis específica 2	60
4.2.1.3.3. Comprobación de hipótesis específica 3	60
4.2.1.3.4. Comprobación de hipótesis específica 4	61
4.2.1.3.5. Comprobación de hipótesis específica 5	62
5. Discusión de resultados	63
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS	70
ANEXOS	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Nivel de sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	51
Figura 2: Nivel de inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	52
Figura 3: Nivel de la dimensión intrapersonal de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	53
Figura 4: Nivel de la dimensión interpersonal de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	54
Figura 5: Nivel de la dimensión adaptabilidad de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	55
Figura 6: Nivel de la dimensión manejo del estrés de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	56
Figura 7: Nivel de la dimensión estado del ánimo en general de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	57

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Escala de valores del inventario de inteligencia emocional (BarOn)	45
Tabla 2: Baremos del inventario de inteligencia emocional (BarOn)	46
Tabla 3: Valores de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	47
Tabla 4: Baremos de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	48
Tabla 5: Nivel de sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	51
Tabla 6: Nivel de inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	52
Tabla 7: Nivel de la dimensión intrapersonal de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	53
Tabla 8: Nivel de la dimensión interpersonal de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	54
Tabla 9: Nivel de la dimensión adaptabilidad de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	55
Tabla 10: Nivel de la dimensión manejo del estrés de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	56
Tabla 11: Nivel de la dimensión estado del ánimo en general de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana	57
Tabla 12: Prueba de normalidad Shapiro-Wilk	58
Tabla 13: Correlación entre inteligencia emocional y sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana	59
Tabla 14: Correlación entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana	59
Tabla 15: Correlación entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana	60
Tabla 16: Correlación entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana	61
Tabla 17: Correlación entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana	61
Tabla 18: Correlación entre el componente estado de ánimo y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana	62
	10

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

ANEXO 2: Consentimiento informado

ANEXO 3: Inventario de inteligencia emocional BarOn

ANEXO 4: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

ANEXO 5: Correlación de las dimensiones de la prueba de Zarit con la Inteligencia Emocional

Resumen

El objetivo de la investigación fue encontrar la relación entre la inteligencia emocional, en conjunto con sus respectivos componentes, y la sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana

Este estudio fue de tipo correlacional, con un diseño de corte transversal y no experimental. La muestra fue de un total de 30 cuidadores, la cual fue seleccionada de manera no probabilística e intencional por la tesista dentro de las instalaciones del hospital, de dicha muestra, las edades oscilaron entre los 25 y 90 años, siendo mujeres en su mayoría. Se utilizaron como instrumentos el Inventario de inteligencia emocional (BarOn) y la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Los resultados indican que existe una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor en la muestra estudiada. De igual forma, los componentes de la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor también poseen una relación estadísticamente significativa, siendo los componentes Intrapersonal y Adaptabilidad del BarOn los que obtuvieron un mayor nivel de significancia.

Palabras claves: Inteligencia emocional, cuidador familiar, adultos mayores, sobrecarga del cuidador, tolerancia al estrés, adaptabilidad

Abstract

The purpose of this study to find the relation between the emotional intelligence, altogether it's respective components, and the care burden of the family caregiver of the elderly of a hospital in Metropolitan Lima.

This study had a correlational type, with a transversal and non-experimental design. The sample had a total of 30 caregivers, which was selected in a non-probabilistic way and intentional by the researcher inside the hospital facilities, out of this sample, the ages oscillated between 25 and 90 years old, being women in the majority. The BarOn Emotional Quotient Inventory and the Zarit Care Burden Interview were used for the study.

The results indicate that there is statistically significant relation between emotional intelligence and the care burden of the family caregiver of the elderly in the studied sample, likewise the components of the emotional intelligence and the care burden of the family caregiver of the elderly also had a statistically significant relation, being the Intrapersonal and Adaptability components of the BarOn, the ones that had more significance.

Keywords: Emotional intelligence, family caregiver, elderly, care burden, stress tolerance, adaptability

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se centró en conocer si la inteligencia emocional y sus respectivas dimensiones repercuten en la sobrecarga del cuidador informal familiar del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana.

El trabajo del cuidador informal es altamente demandante, no posee horarios, días libres ni vacaciones, y además de ello, abarca todas las áreas de cuidado. Sumando a estas demandas en muchos casos posee repercusión económica y altera el completo estilo de vida del cuidador, adaptándose este al del adulto mayor que posee a su cuidado. Las alteraciones en la vida del cuidador son globales pues no solo el cuidado es un factor estresante y demandante al cual hay que adaptarse, a su vez, el trabajo del cuidador se ve afectado, así como sus relaciones interpersonales al ser una labor tan arduamente dedicada. Debido a esto es importante que el cuidador se mantenga sano tanto en el aspecto físico como psicológico, pues solo de esta forma podrá mantener una calidad de vida que le permita adecuarse correctamente al nuevo estilo de vida del cuidado y atender de sus necesidades personales sin perder su espacio personal, trabajo, vínculos interpersonales y calidad de cuidado al adulto mayor.

Comprender algunas de las razones que se encuentran detrás de la sensación de sobrecarga de los cuidadores informales del adulto mayor y cómo es que ciertos individuos lo sienten en mayor o menor medida en comparación a otros, aporta mayor información y una visión más completa que genere en el futuro prevención e intervención de patologías en cuidadores, brindándoles la salud que necesitan para el cuidado de ellos mismos y del paciente.

El presente trabajo de investigación cuenta con cuatro capítulos: problema de investigación, antecedentes y marco teórico, metodología y resultados. En el primer capítulo se expone el problema y las razones por las cuales su investigación es importante desarrollándose así, los objetivos que definen la misma. En el segundo capítulo se realizó una investigación bibliográfica sobre distintos trabajos de investigación a nivel nacional e internacional que posean la misma temática o una muy cercana, de igual forma, se investigó sobre el origen y desarrollo de las variables según las teorías de confiables autores. El tercer capítulo se centra en el desarrollo del trabajo, sus características estadísticas y las pruebas

que se aplicó para conocer los resultados de la investigación. Finalmente, en el cuarto capítulo, se aprecian los resultados de la investigación y se adjuntan los cuadros de estos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó un estudio en el cual se resalta un acontecimiento que se encuentra dando por primera vez en la historia, esto es, que la mayor parte de la población mundial hoy en día tiene una esperanza de vida de al menos 60 años de edad, por lo que, en la actualidad, hay 125 millones de personas con una edad que excede a los 80 años. De igual forma, se estima que para el 2050 un 80% de todas las personas mayores de 60 años vivirá en países de ingresos bajos y medianos, como el Perú, por ejemplo. Esto implicará mayor cantidad de cuidadores informales, por lo que nuestra población que realizará tal labor, necesitará de apoyo brindado por especialistas en el rubro y un bagaje de información sobre la problemática de salud del cuidador.

Sin embargo, en nuestro país que afronta un constante crecimiento de la población adulto mayor, que podría a largo plazo desarrollar patologías mentales y/o físicas que los discapaciten y lleven a la necesidad de ser cuidado, no se encuentran programas que contemplen la salud del cuidador familiar y la familia en general debido a las circunstancias de cuidado en los centros de salud. De hecho, las investigaciones en nuestro país sobre el cuidado del cuidador son escasas.

Podemos ver reflejada esta problemática en otros países, como es el caso de España, que la investigación realizada por Sotto Mayor, Sequeira, y García (2013) dio a conocer diversas características de los cuidadores informales. El estudio devela que el 44% de los cuidadores son cónyuges y el 42% hijos, teniendo a un 64% de los cuidadores como cuidadores principales que cuentan con la ayuda de otras personas, de las cuales un 34% están contratadas. Por otro lado, en una realidad más cercana, está un estudio realizado en México por García, Acosta y Sosa (2014), en el que se puede observar que la mayoría de cuidadores son mujeres con baja escolaridad, teniendo un 66.7% de ellas.

Siguiendo con la problemática, aunque los familiares cuidadores conozcan ciertos componentes de la inteligencia emocional, como la empatía, el optimismo, la independencia, las relaciones interpersonales, la tolerancia al estrés y el control de impulsos, todos ellos y el

resto de componentes de la inteligencia emocional no logran ser relacionados por ellos con el cuidado del adulto mayor. Los cuidadores reconocen que para cuidar adecuadamente de una persona mayor hay que tener conocimientos teóricos sobre la patología discapacitante del adulto mayor y sobre la etapa vital en la que se encuentran, por otro lado, señalan la importancia de la paciencia como única habilidad personal para el cuidado. (Alonso, Garrido, Díaz, Casquero & Riera, 2004)

1.1.1. Problema general

- ¿Existe relación significativa entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana?

1.1.2. Problemas específicos

Problema específico 1:

- ¿Existe relación significativa entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana?

Problema específico 2:

- ¿Existe relación significativa entre el componente interpersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana?

Problema específico 3:

- ¿Existe relación significativa entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana?

Problema específico 4:

- ¿Existe relación significativa entre el componente de manejo del estrés y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana?

Problema específico 5:

- ¿Existe relación significativa entre el componente del estado de ánimo general y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana?

1.2. OBJETIVOS**1.2.1. Objetivo general**

- Conocer la relación entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima metropolitana.

1.2.2. Objetivos específicos**Objetivo específico 1:**

- Conocer la relación entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana

Objetivo específico 2:

- Conocer la relación entre el componente interpersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana

Objetivo específico 3:

- Conocer la relación entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana

Objetivo específico 4:

- Conocer la relación entre el componente de manejo del estrés y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana

Objetivo específico 5:

- Conocer la relación entre el componente del estado de ánimo general y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio buscó establecer si existe relación entre la inteligencia emocional, con sus distintos componentes, y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor para conseguir un entendimiento más amplio y profundo de los factores que originan y perpetúan la sensación de sobrecarga en el familiar que se encuentra a cargo del cuidado a tiempo completo de un adulto mayor.

Fue importante conocer cómo estas variables se entrelazan pues los cuidadores son un eje crucial en la calidad de vida del familiar del cual están a cargo ya que para mantener en buen estado el vínculo, el cuidado, la salud y la calidad de vida de ambos, se necesita de un cuidador con energía, motivación y capacidad tanto física como mental.

El cuidador, al igual que todos, ha de preservar hábitos saludables, tales como horas adecuadas de sueño, alimento balanceado y ejercicio, sin embargo, estos hábitos no conservarán la salud del cuidador si este no posee salud mental. Estos factores son de suma importancia, pues de no poseerlos, no podrá conservar la salud del paciente que posee a su cuidado ni mantenerse ambos con una calidad de vida adecuada.

Los beneficiarios de este estudio, fueron tanto los adultos mayores y sus cuidadores familiares como la comunidad científica, ya que, conociendo más sobre los factores influyentes del problema, se podrán generar programas de intervención ajustados a estos factores, con el fin de mejorar la calidad de vida del adulto mayor y su cuidador familiar.

De igual forma, se podrían realizar programas de prevención brindando la información recaudada para que tanto personas en situación de cuidado como de cuidador conozcan, reconozcan y comprendan los factores que en el futuro podrían llevar al cuidador a la sobrecarga, para así poder revertirlos con las recomendaciones que se les brinden.

1.4.VIABILIDAD

El presente estudio fue viable, al contar con el apoyo de la Escuela de Psicología de la Universidad Científica del Sur, el hospital del cual se recolectó la muestra y la población estudiada. Los colaboradores fueron accesibles, logrando una correcta aplicación de pruebas.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

La búsqueda bibliográfica en la temática de inteligencia emocional y sobrecarga del cuidador posee una serie de resultados de investigaciones latinoamericanas y españolas, relativamente actuales y de interés. Por lo que se presenta el resumen de las investigaciones más resaltantes que se han hallado en la revisión bibliográfica

2.1.1. Extranjeros

Portal (2009) realizó en España una investigación llamada “Inteligencia emocional y adaptación en hijas que cuidan a su familiar con demencia”. El objetivo fue “la construcción de un modelo predictivo de Inteligencia Emocional en cuidadoras de enfermos con demencia”. En este caso la metodología fue descriptiva y el diseño correlacional transversal, utilizándose un instrumento que el mismo investigador elaboró para la investigación. En la muestra de esta investigación, se halló que 124 de las 242 mujeres eran hijas que cuidaban a su familiar con demencia y 118 no eran cuidadoras. Es así, como en los resultados, se permitió no solo validar las escalas diseñadas de Inteligencia Emocional, sino que se ha podido predecir que las altas puntuaciones en Inteligencia Emocional poseen un efecto positivo en la variable de Adaptación Adecuada y las bajas puntuaciones en Inteligencia Emocional producen efecto negativo en la variable de Adaptación no Adecuada.

Gomez (2017) realizó también en España un estudio llamado “Relación de la resiliencia y la inteligencia emocional con el desempeño ocupacional y el funcionamiento familiar de los familiares cuidadores de

pacientes con demencia de Extremadura”. Su objetivo fue “analizar la relación de la resiliencia y la inteligencia emocional y unir ambos conceptos bajo la denominación de: factores protectores”. En este estudio se eligió una metodología transversal y descriptiva, habiéndose utilizado las pruebas de Connor-Davidson Escala de Resiliencia-25 EUR, CD-RISC-25EUR, evaluación de la inteligencia emocional mediante la TMMS-24, escala de rasgo de metaconocimientos sobre estados emocionales, Trait Meta-Mood Scale 48 y la evaluación del funcionamiento familiar mediante la escala de funcionamiento familiar. Los resultados dieron a conocer que de la muestra de 144 los cuidadores principales se obtuvo que quienes puntuaban en los niveles más altos de resiliencia y de inteligencia emocional, tenían también una mejor percepción del tiempo, y eran capaces de mantener un mejor cuidado personal, encontrándose más satisfechos sobre sí mismos, además, los cuidadores con mayor nivel de resiliencia e inteligencia emocional poseían mayores niveles de adaptabilidad y cohesión, destacándose, entonces, una indudable relación entre resiliencia e inteligencia emocional.

Salazar y Torres (2015) realizaron en Ecuador un estudio titulado “Nivel de sobrecarga y factores asociados de los cuidadores primarios de los/as pacientes del centro de atención ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”. El objetivo fue “identificar el nivel de sobrecarga y sus factores asociados en los cuidados primarios de los y las pacientes del centro de atención”. La metodología que se eligió para esta investigación fue cuantitativa y de corte transversal, utilizándose para la medición, un apartado sociodemográfico, variables de estudio, el índice de Katz y la Escala de nivel de sobrecarga de Zarit. La muestra estuvo conformada por 222 cuidadores primarios de adultos mayores controlados en el centro de atención y Entre las conclusiones se obtuvo que de los 222 cuidadores, estos tienen en promedio 53 años y la mayoría son mujeres, encontrándose que más del 50% de estas estaban casadas y eran las hijas del adulto mayor que cuidaban, mientras, minoritariamente se encontró que el 11% eran los conyugues del adulto mayor.

Además, de acuerdo con la prueba de Zarit, esta señala que el 18,7% de los cuidadores poseían sobrecarga leve y el 14% sobrecarga intensa.

2.1.2. Nacionales

Hidalgo (2013) realizó un trabajo de investigación titulado “Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia”. El objetivo fue “conocer la relación entre el nivel de Sobrecarga del Cuidador y las Estrategias de Afrontamiento en familiares de pacientes con esquizofrenia en Rehabilitación”. Se optó por realizar un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, en el cual se emplearon el test de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el cuestionario de Estimación del Afrontamiento. Teniendo en cuenta, a los 33 familiares de pacientes esquizofrénicos, se concluyó que existe relación entre la sobrecarga y estrategias de afrontamiento específicas, sin embargo, se encontró que el género del cuidador, el tiempo que es cuidador y la fase de rehabilitación del paciente con esquizofrenia, promueve diferentes estrategias de afrontamiento.

Vásquez (2015) Realizó una investigación llamada “Grado de sobrecarga del cuidador de adultos mayores con demencia en el servicio de geriatría del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo”. El objetivo fue “conocer el grado de sobrecarga del cuidador de Adultos Mayores con demencia”. Se realizó la investigación de forma descriptiva y transversal, elaborándose una ficha de recolección de datos tanto del cuidador como del adulto mayor y se utilizó el test de Zarit. La muestra recaudada consistió de 44 adultos que tengan como mínimo 3 meses cuidando al paciente. Los resultados de la investigación afirman que el de los 44 cuidadores, 38.64% de ellos poseían sobrecarga ligera, por lo que se pudo ver que, la sobrecarga intensa de los cuidadores no es muy frecuente. Además, se

encontró el perfil de cuidador del adulto mayor es una mujer de aproximadamente 48 años con educación primaria que trabaja a tiempo completo.

Alvarado (2013) realizó una investigación titulada “Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil. Centro de atención Del adulto mayor Tayta Wasi. Lima-Perú 2013”. El objetivo de la investigación fue “conocer el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil”. La metodología que se llevó a cabo en esta investigación fue cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, teniendo la entrevista estructurada y el test de Zarit como técnicas de recolección de información. Los resultados plantean que de la muestra de 48 cuidadores familiares que acuden al programa del adulto mayor del centro, la mayor parte presenta sobrecarga leve (54,2%), en media medida presentan sobrecarga intensa (31,3%) y en menor medida no presentan sobrecarga (14,5%).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Inteligencia emocional

Para Trujillo y Rivas (2005) los orígenes del concepto de inteligencia emocional se remontan hasta Charles Darwin y Francis Galton. En el caso de Darwin, este consideraba como una ventaja para la supervivencia y la adaptación, la comunicación y expresión de las emociones; mientras que Galton fue uno de los pioneros en la investigación sobre las diferencias individuales en las habilidades cognitivas de las personas. Según Gómez (2017) Thorndike utilizó en 1920 el término inteligencia emocional con una connotación social, describiéndola como una capacidad para entender y motivar a los demás, en donde la cognición y las emociones trabajan en conjunto.

Pero no fue hasta 1983 que Howard Gardner juntó estos dos conceptos previos, llamándolos inteligencia personal, en su teoría de las inteligencias múltiples, añadiendo los términos de inteligencia intrapersonal, referido al conocimiento de los aspectos internos de cada uno, e inteligencia interpersonal, referido a la capacidad para notar los estados de ánimo de las personas. Aunque el concepto de inteligencia emocional ya rondaba por diversos artículos, libros e investigaciones de variados autores, no es hasta 1995 con Daniel Goleman, que el concepto se hace de conocimiento popular. (Federación de Enseñanza de Andalucía, 2011)

A lo largo de los años, autores han generado modelos explicativos de la inteligencia emocional, teniendo como punto en común que esta es un conjunto de características y atributos personales dados en los ámbitos emocionales como sociales que facilitan el uso adecuado de las capacidades cognitivas y que permiten adaptarse al medio y hacer frente a las demandas que este representa. Por ello, influye directamente en el bienestar general y en la salud emocional de las personas. (Mayer, y Salovey 1997; Goleman, 1999 y Bar-On, 1997)

En distintas oportunidades, los autores dedicados a la inteligencia emocional, han logrado vincular el término con distintos ámbitos de la vida humana, en el caso de Bar-On, el autor ha realizado estudios que nos permiten hoy en día hablar sobre la relación que la inteligencia emocional y la salud física y mental poseen, encontrando una relación estadísticamente significativa al aplicar su inventario de inteligencia emocional a grupos de militares durante los años 200, 2003, 2004 y 2006. (Bar-On, Maree y Elias, 2007)

2.2.1.2. Modelos de la inteligencia emocional

Los modelos de la inteligencia emocional se dividen en dos y cada uno de ellos posee exponentes de alta relevancia teórica y práctica. (Gómez 2017)

Modelos mixtos: son los modelos que conciben a la inteligencia emocional como una combinación entre las habilidades cognitivas y los rasgos de la personalidad, como pueden ser la motivación, la tolerancia, la

persistencia, el asertividad y el control de impulsos. Entre sus principales modelos encontramos. (Gómez 2017)

- **Modelo de Goleman**

El autor , en 1999, define a la inteligencia emocional de la siguiente forma:

El término "inteligencia emocional" se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos. Se trata de un término, pues, que engloba habilidades muy distintas, aunque complementarias, a la inteligencia académica, la capacidad exclusivamente cognitiva medida por el cociente intelectual. (p. 350)

Inspirado en el modelo de inteligencia emocional de Salovey y Mayer, Goleman realiza una separación de la inteligencia emocional, dividiéndola en dos partes: “La inteligencia emocional intrapersonal compuesta por la conciencia de sí mismo, la autorregulación y la motivación. Por otro lado, estaría la inteligencia emocional interpersonal compuesta por la empatía y las habilidades sociales”. (Roca, 2013; Goleman, 1996)

Las cinco habilidades emocionales y sociales mencionadas previamente, serían descritas por Goleman, con un fin más orientado a los talentos del mundo laboral, estos serían los siguientes: (Goleman, 1996-1999)

1. **Conciencia de sí mismo:** es la capacidad de reconocer las emociones personales, para que sumado a la evaluación de las propias habilidades, la autoestima y las preferencias particulares, se llegue a una decisión que sea la mejor para la persona y le haga sentir bien consigo mismo, además de tener un impacto positivo en las personas.
2. **Autorregulación:** definida como la habilidad personal de realizar tareas de contenido cognitivo sin que las emociones interfieran en él, Logrando así, manejarlas al retrasar la gratificación de la búsqueda de

objetivos y realizar una labor más minuciosa. Además, implica el ser capaces de retomar prontamente las labores, y realizarlas de manera eficiente, luego de un episodio o periodo de estrés emocional.

3. **Motivación:** hace referencia a la habilidad de afrontar las frustraciones y perseverar ante los contratiempos, logrando así tener iniciativa, que, basada en las preferencias personales se transformarán en objetivos logrados.
4. **Empatía:** a diferencia de la habilidad de “conciencia de sí mismo” planteada como primer punto, la empatía en primer lugar consiste en reconocer las emociones ajenas y ser capaces comprender lo que significaría estar en la situación de la otra persona. En un segundo lugar, facilita el ajuste personal a la amplia diversidad de personas, con el fin de cultivar relaciones interpersonales efectivas.
5. **Habilidades sociales:** es la capacidad de interactuar fluidamente con el resto, interpretar correctamente las situaciones que involucren a otros, dirigir grupos, persuadir a terceros que opten por una mejor estrategia, negociar, resolver conflictos, trabajar en equipo y cooperar.

- **Modelo de Bar-On**

Originalmente el modelo de Reuven Bar-On fue creado con el fin de evaluar si realmente los modelos de mayor influencia en el campo de la inteligencia emocional, como los de Goleman y Mayer y Salovey, se encontraban en lo cierto con sus teorías.

Para ello, el autor genera un modelo que se basa en una inteligencia social emocional con componentes que se interrelacionan entre ellos, facilitando el entendimiento propio y de terceros, así como la capacidad para expresarse de manera efectiva, sin herir a las demás personas y relacionándose adecuadamente con ellas. Cuando la inteligencia social emocional se encuentra correctamente desarrollada en una persona, esta es capaz de hacer frente a las demandas y a los retos del ambiente, al resolver conflictos de

manera reflexiva y poseer relaciones interpersonales satisfactorias. (Bar-On, 2006)

El autor propuso en un inicio un modelo con quince componentes, sin embargo, en un segundo análisis, estos terminan constituyéndose en diez componentes que son la clave para la inteligencia social emocional, y cinco subcomponentes que facilitan su desarrollo. (Hultin, 2011)

En el 2006, Bar-On establece que los diez componentes principales son:

1. Autoconcepto: forma acertada de percibirse, entenderse y aceptarse
2. Comprensión emocional de sí mismo: conciencia y entendimiento de las propias emociones
3. Relaciones interpersonales: establecer vínculos satisfactorios con otros y relacionarse adecuadamente con los demás
4. Asertividad: expresar las emociones de manera efectiva y constructiva a las demás personas
5. Empatía: conciencia y entendimiento del sentir de los otros
6. Control de impulsos: controlar las emociones de manera efectiva y constructiva
7. Tolerancia al estrés: manejar las emociones de manera efectiva y constructiva
8. Solución de problemas: resolver problemas personales o ajenos de manera efectiva
9. Flexibilidad: adaptar y ajustar los pensamientos y sentimientos personales a nuevas situaciones
10. Prueba de la realidad: validar objetivamente los propios sentimientos y pensar en base a la realidad

Mientras que los cinco facilitadores son:

1. Independencia: autoconfianza y libre de dependencia emocional
2. Autorrealización: alcanzar metas y actualizar el potencial personal
3. Responsabilidad social: identificarse con el grupo al que se pertenece y cooperar con otros

4. Optimismo: ser positivo y contemplar el mejor lado de las situaciones
5. Felicidad: sentirse contento con uno mismo, los otros y la vida en general

Modelos de habilidades: se basan en que las habilidades cognitivas, como el procesamiento de la información, habilidades de percepción y la información emocional, como la creatividad emocional, trabajan en conjunto para mejorar, sin incluir el factor de la personalidad. El modelo más resaltante dentro de esta corriente es: (Portal, 2009; Gómez, 2017)

- **Modelo de Mayer y Salovey**

Los autores definen a la inteligencia emocional como un proceso mental humano que genera reconocimiento y comprensión las emociones propias y ajenas con el fin de darles un mejor uso y manejo. De esta manera, las emociones asisten a las capacidades cognitivas y se generen decisiones más acertadas con aporte personal y social. (Mayer, Salovey y Caruso, 2004)

Los autores dividieron las habilidades emocionales en cuatro, serían las siguientes:

1. La Percepción emocional: facilita la identificación de las emociones propias y ajenas, para ello se requiere de una correcta lectura de las expresiones faciales y corporales de terceros, así como el tono de voz. Además, implica reconocimiento de las sensaciones fisiológicas y cognitivas que las emociones generan. Al redirigir esta capacidad específicamente a uno mismo, esta otorga conciencia de las emociones, menor ambivalencia al expresar las emociones. (Brackett y Salovey, 2006)
2. Facilitación o asimilación emocional: este proceso se da al generar un trabajo conjunto en donde las emociones ayudan a las habilidades cognitivas, focalizando la atención a los procesos más importantes y necesarios para tomar decisiones más creativas, empáticas y de

beneficio personal según los objetivos que se poseen (Fernández y Extremera, 2005). De igual forma, este trabajo conjunto busca generar conocimiento en base a experiencias sobre las que la inteligencia actúa. (Mayer, Salovey y Caruso, 2004)

3. La comprensión emocional: se trata de una capacidad que implica percibir las señales emocionales, para poder reconocer las distintas emociones que cohabitan en su persona y en qué categoría estas se encuentran, esto con el fin de reconocer las causas que generaron el estado de ánimo y qué consecuencias estos tendrán. Asimismo, esta capacidad permite interpretar el significado de las emociones que se dan en el contacto interpersonal y cómo es que las emociones poseen transiciones de un estado a otro. (Brackett y Salovey, 2006)
4. La regulación emocional: en este proceso, las personas son capaces de reconocer sus emociones, tanto negativas como positivas, y mediante la reflexión, rescatar e intensificar las que le serán útiles y moderar o descartar las que no, con el fin de regularizarlas, tanto en sí mismos como en los demás. (Mayer y Salovey, 1997)

2.2.1.2. Métodos de medición de la inteligencia emocional

Los métodos empleados para medir la inteligencia emocional en tres: (Trujillo y Rivas, 2005; Extremera y Fernandez-Berrocal, 2004)

1. Test de competencias: basadas en proponerle problemas al evaluado y que este encuentre la solución correcta.
 - MEIS de Mayer, Salovey y Caruso
 - MSCEIT de Mayer, Salovey y Caruso
2. Cuestionarios de autodescripción: basados en listados de preguntas que invitan al evaluado a describirse mediante las respuestas
 - Trate Meta Mood Scale (TMMS) de Salovey Mayer, Goldman, Turvey y Palfai
 - Schutte Scale (SSEIT) de Nicola Schutte
 - Cuestionario de inteligencia emocional de Ice Bar-On de Bar-On

3. Método de los informadores: en este caso, se solicita la información a observadores, como podrían ser familiares, amistades, colegas o compañeros de estudio, entre otros.

Para Mejía (2012), los métodos de mayor fiabilidad serían mixtos, involucrando test de competencias o cuestionarios autodescriptivos y método de los informantes, pues los dos primeros métodos presentan ventajas y desventajas, con lo cual, el tercer método no sería complementario, sino que podrían ayudar a corroborar un resultado de manera más acertada. En ciertos casos, en las pruebas de autorreporte puede que el evaluado se encuentre sujeto a sesgos como la deseabilidad social o presente una percepción errónea de sí mismo, mientras que, por otro lado, los test de competencias resultan poco prácticos. (Gabel, 2005)

2.2.2 Sobrecarga del cuidador en el adulto mayor

2.2.2.1. Carga

La carga se presenta en dos tipos: objetiva y subjetiva. En el primer caso, se da la carga debido a una afectación directa de la vida cotidiana de los cuidadores, lo cual mayormente se da dependiendo del grado de discapacidad y/o necesidades que la persona cuidada posea. En el caso de la carga subjetiva, esta se da por un sentimiento de frustración que representa para el cuidador, el lidiar con las necesidades del paciente, pues siente que estas sobrepasan sus expectativas y habilidades. (Salazar y Torres, 2015)

2.2.2.2. Sobrecarga

La sobrecarga es un sentimiento de carga que excede la capacidad física y mental de la persona, para realizar una labor. (Portal, 2009)

Ferré, Rodero, Cid, Vives y Aparicio (2011), enlistaron algunos de los síntomas más comunes en cuidadores familiares, pues estos se ven expuestos a distintos estresores que afectan su calidad de vida, además de la percepción que poseen de esta, en el listado encontramos: ansiedad, cardiopatías, depresión,

hipertensión, insomnio, agudización de patologías premórbidas y aumento del consumo de fármacos. Por otro lado, Flores, Rivas y Seguel (2012) enlistan algunas de las emociones que los cuidadores pueden experimentar como “ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador”.

2.2.2.3 Causas de la sobrecarga

Gómez Trinidad nos dice que, en el caso de los cuidadores familiares, la sobrecarga puede darse por diversas razones, en un primer caso podrían ser los conflictos familiares causados a partir del desacuerdo entre el cuidador principal y el resto de familiares sobre qué acciones tomar con respecto al cuidado y a la salud del paciente. Es así como en algunos casos cuidador principal puede sentir que sus familiares no valoran el trabajo que hace con el paciente, teniendo muchas veces como consecuencia de esto, el divorcio. De igual forma, otra de las fuertes tensiones se debe a los cambios de roles, como en el caso del cónyuge, que pasar de ser un compañero y apoyo, a ser autoridad y protección. Las situaciones previamente descritas, entre otras a las que se encuentran expuestos los cuidadores principales y familiares del paciente, poseen una fuerte carga emocional que puede desatar conflictos familiares por la situación vivida.

Por otro lado, la vida personal del cuidador se ve afectada globalmente, pues muchos de los cuidadores informales son personas adultas con empleo, por lo cual han de modificar horarios de trabajo, tomar licencias o disminuir sus horas laborables para cumplir con las obligaciones del cuidado (Family Caregiver Alliance, 2011). En la mayoría de los casos, los cuidadores van ejerciendo la labor por un aproximado de cinco años durante el día y la noche, tanto en el día a día como en periodos de crisis. (Espinoza, Méndez, Lara y Rivera, 2009)

Además, la sobrecarga del cuidador se debe en gran parte a los trastornos de conducta del paciente, que pueden deberse a distintos factores propios de

alguna enfermedad física o mental del paciente y los cambios propios en la conducta del paciente debido a la edad. Estos factores, sumados con la dificultad que genera atender al paciente en las actividades de la vida diaria, suelen generar en los cuidadores la sensación de falta de capacidad para controlar y encontrar solución a las situaciones, así como dar mejores cuidados requeridos por el paciente. (Hidalgo, 2013)

De igual forma, se ha encontrado que los cuidadores no presentan sobrecarga por falta de recursos económicos, tiempo o rechazo al paciente, pues su labor es voluntaria. (Vásquez, 2017)

2.2.2.4. Cuidadores

Salazar y Torres (2015) afirman que “en una situación en la que se vea comprometida la salud del paciente, siempre debe haber una persona y/o institución a cargo de sus cuidados, definido como cuidador”. (p 20) Es así como los cuidadores son personas que asisten de manera recurrente o continua a personas que, independientemente de su edad o género, se encuentran en un estado de minusvalía o discapacidad, impidiéndoles realizar sus actividades personales, sociales o diarias, por lo que requiere de ayuda de una tercera persona en alguno o todos los aspectos previamente mencionados.

Los cuidadores pueden ser profesionales de la salud, personal asistente de centros de salud o personas sin preparación específica para la labor, pero con algún tipo de vínculo con la persona a cuidar. (Portal, 2009)

Cuidadores formales

Los cuidadores formales son aquellas personas que habiendo recibido estudios que los preparen para la labor del cuidado de una persona discapacitada, o no, son contratados por familiares o personas cercanas al paciente y recompensados económicamente por su trabajo, que posee un horario,

vacaciones y los beneficios que la ley le otorga a los trabajadores en líneas generales.

Leiderman (2013) refiere:

Las personas con este cargo pueden ser enfermeros o personal doméstico, así como profesionales y responsables de los establecimientos geriátricos, psiquiátricos o de rehabilitación...Los cuidadores formales tienen un tiempo para la preparación y adquisición de su rol, poseen un determinado estatus social por el trabajo elegido, reciben remuneración por este y pueden renunciar a la labor cuando lo deseen. (p.17)

Cuidadores informales

El cuidado informal, es el que se proporciona mayormente por un familiar del paciente, este no recibe paga y realiza la labor por el vínculo que se posee, por lo que presenta un alto grado de compromiso con el paciente y la labor del cuidado. (Leiderman, 2013)

Dentro de los cuidadores informales se encuentra el cuidador principal y el cuidador secundario. El Cuidador principal es quien asume la mayor parte de la responsabilidad de la tarea, si no es toda ella, por lo general es un rol asumido por el cónyuge o familiar femenino más próximo como las esposas, hijas, nietas o nueras, (Hidalgo, 2017), que asumen la labor, en muchos casos, sujetas a presiones y condiciones del entorno sociocultural y económico de un momento dado (Flores, Rivas y Seguel, 2017). Este es percibido por el resto de familiares, amistades o personal de salud que rodea al paciente, como la persona responsable de asumir el cuidado del paciente, aunque esto no implique el haber llegado a un acuerdo explícito. (Salazar y Torres, 2015)

Los cuidadores secundarios son mayormente familiares también, pueden ser una o más personas que prestan apoyo al cuidador principal para la asistencia al paciente, rediciendo así la carga en el cuidador principal y contribuyendo, en algunos casos, en la toma de decisiones que respectan al paciente. (Mendoza, 2015)

Al no recibir paga, el cuidador informal se encuentra expuesto a estrés, agotamiento físico y emocional, despersonalización por parte de los demás familiares no cuidadores y baja realización personal, (Alvarado, 2013) por lo que un alto número de cuidadores suelen presentar enfermedades por las cuales reciben tratamiento médico permanente. (Espinoza y Jofre, 2012)

Cuando el cuidador posee a una persona mayor a su cargo, la labor se torna más problemática, pues este tipo de población posee características particulares que lo vuelven más vulnerable y dependiente que una persona joven que requiere de un cuidador. Notando esto, Velásquez, López, López Diaz, Cataño, y Muñoz (2011) exponen en su artículo académico, que: “El panorama revela que los cuidadores de adultos mayores con discapacidad se pueden considerar como un grupo vulnerable con necesidades de promoción y prevención a los que se les debe proporcionar una adaptación a la realidad que experimentan” (p. 4); exponiendo que esta labor requiere de mayor presencia, cercanía emocional, generando mayor agotamiento por parte de los cuidadores. De igual forma, las autoras encontraron que el 41% de los cuidadores de adultos mayores, son personas de 60 años en adelante y el 29% presenta HTA, por lo que son una población vulnerable por un factor de ejercer la labor del cuidado y pertenecer al grupo etario de adulto mayor.

2.2.2.5. Labor del cuidador

Family Caregiver Alliance (2005), propuso las siguientes necesidades que los pacientes dependientes necesitan que sus cuidadores cumplan:

- Cuidados del aseo personal, como asistencia en los servicios higiénicos y en el vestirse
- Tareas del hogar, tales como cocinar y lavar, además de realizar las compras y velar por las finanzas
- Atención médica, no limitada a acompañar a las citas médicas o tratamientos de enfermedades crónicas, sino también a la administración de los medicamentos que el paciente ha de tomar

- Atención emocional, que recae en compañía y pláticas, así como realizar actividades en conjunto
- Supervisión continua del paciente para garantizar la seguridad en el hogar y fuera de él.

Cuando el cuidado es realizado específicamente por un familiar, las labores se extienden aún más, pues recae en ellos la toma de decisiones morales y a veces legales del paciente, como podría ser hospitalizar o ingresar a una residencia al paciente, así como optar por una muerte digna.

Sin embargo, el cuidado del adulto mayor posee mayor cantidad de demandas, pues en este caso el cuidador ha de asegurarse que todas sus necesidades estén cubiertas, sean estas físicas, psicosociales y/o funcionales. Esto implica mayor dedicación en tiempo, entrega y energía, pues está frente una persona que no solo su condición de discapacidad lo torna vulnerable, sino también su edad y las condiciones psicosociales que esto conlleva. (Gómez, 2017)

Por otro lado, se resaltan aspectos positivos relacionados al crecimiento personal, sobre la labor de cuidar a adultos mayores, tales como el incremento en la confianza de uno mismo al adquirir habilidades prácticas y fortalecerse ante las adversidades, facilidad de tener apoyo de terceros en momentos de dificultad como recompensa del cuidado que se brinda o brindó, mejoría en la percepción del adulto mayor y el aprendizaje de las historias de vida de ellos. (Pianzo y Kaplan, como se citó en Portal, 2009)

2.2.2.6. Adulto mayor

Para la realidad nacional, un adulto mayor está comprendido como una persona cuya edad sea 60 años o más, teniendo como grupo etario, un conjunto de derechos entre los cuales se encuentran el recibir apoyo familiar y social para garantizar una vida saludable en los aspectos físicos y mentales, poder acceder a programas y capacitaciones para seguir siendo un miembro productivo de la sociedad y ser partícipe de esta de manera económica, cultural y política. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2010)

Como toda etapa, la adultez mayor viene acompañada de una serie de cambios, tanto físicos como psicológicos y sociales, al notar variaciones que exceden al aspecto de la persona, sino que denota pérdida de destreza motora, declinación de las habilidades cognitivas y detrimento de actividades sociales como consecuencia de las variaciones anteriores. Además de esto, la personalidad se ve afectada, debido a que acentúan y rigidizan los rasgos de la personalidad, se generan sentimientos de inseguridad, se dan cambios en las relaciones interpersonales y denotan rigidez para aceptar los cambios. (Leiderman, 2013)

Esta etapa está considerada como la última por vivir, con los sueños consumados y la vida laboral culminada, restando el descanso y la tranquilidad en los años que quedan. Al pasar a la jubilación, la condición económica de los adultos mayores decae considerablemente, y junto con los problemas de salud que la edad conlleva (Alvarado, 2013). Esto se vuelve una problemática para la población mayor en diversos ámbitos de su vida, llevándolos a requerir de ayuda de terceros.

2.2.2.7. Discapacidad y necesidad de cuidado en el adulto mayor

El adulto mayor puede ser frágil al estar expuesto a diversos factores que podrían conducirlo a problemas de salud, esto podría ser una causa médica secundaria a factores sociales como podría ser la pobreza, también podría deberse a razones farmacológicas o psicológicas (Alvarado 2013). Si la persona ha llegado ya a desarrollar una enfermedad crónica, esta va a deteriorar paulatinamente su calidad de vida, generando necesidad de ayuda en distintos aspectos de su día a día. Sin embargo, cuando posee más de una enfermedad crónica que se encuentra en un avanzado estado de evolución, estas enfermedades intervienen en cada vez más aspectos de la vida del adulto mayor, volviéndolo discapacitado y requiriendo constante apoyo de un tercero para realizar actividades básicas, como, por ejemplo, comer, vestirse, ducharse y transportarse de un sitio a otro. Mientras más progresiva la discapacidad del adulto mayor, presenta más esfuerzos en la atención de su cuidador.

La discapacidad en el adulto mayor se ve influenciada por la percepción subjetiva de la salud propia del adulto mayor, la depresión y la integración a la sociedad, por lo que, si se controlan las limitaciones físicas, las variables psicológicas son las que poseen mayor efecto sobre la severidad de la discapacidad. Es así como se ha probado que las personas mayores que se encuentran mentalmente discapacitadas no necesariamente presentan depresión de antemano, sin embargo, las personas mayores con depresión suelen desarrollar dicho tipo de discapacidad. (Femia, Zarit y Johansson, 2001)

2.3. HIPÓTEISIS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

2.3.1. Hipótesis general

- Existe relación significativa entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima metropolitana.

2.3.2. Hipótesis específicas

- H1: Existe relación significativa entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana
- H2: Existe relación significativa entre el componente interpersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana
- H3: Existe relación significativa entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana
- H4: Existe relación significativa entre el componente de manejo del estrés y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana

- H5: Existe relación significativa entre el componente del estado de ánimo general y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Este estudio fue de tipo correlacional, con un diseño de corte transversal, ya que buscó conocer en un momento específico del tiempo la relación entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana sin manipular las variables.

3.2. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por adultos (mayores de 18 años) que fueran cuidadores familiares de pacientes adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana.

3.3. MUESTRA

La muestra fue de un total de 30 personas, la cual fue seleccionada de manera no probabilística e intencional por la tesista dentro de las instalaciones del hospital. Estos cumplieron con los criterios de inclusión y son la totalidad de la población.

- A. Unidad de análisis: Un cuidador de un paciente adulto mayor de un hospital de Lima metropolitana
- B. Unidad de muestreo: Un hospital de Lima metropolitana
- C. Criterios de inclusión: La muestra fue seleccionada según los criterios mencionados a continuación:
 - Ser cuidador familiar de un paciente adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana
 - Tener un periodo mínimo de 6 meses como cuidador familiar del adulto mayor
 - Tener una edad igual o por encima de los 18 años
 - Que su participación en la investigación sea voluntaria
- D. Criterios de exclusión: No se consideraron para la investigación a las personas que presenten los siguientes criterios:
 - Poseer un diagnóstico que lo o la discapacite mentalmente

- Recibir un pago mensual por el cuidado del paciente adulto mayor
- Poseer una discapacidad o limitación que lo lleve a ser cuidado también
- Que el paciente cuidado, cuide también de su cuidador
- Recibir el apoyo de otro cuidador formal
- Compartir el cuidado del adulto mayor con distintos miembros de la familia

factor trascendental indicadores solución de Adaptabilidad	Solución	de 16,30,46,61,72,76,90
en la habilidad para problemas, prueba de	problemas	,98,104,119
tener éxito en la realidad y flexibilidad.	Prueba de realidad	8,35,38,53,68,83,88,
vida, haciendo un Manejo del estrés, con sus		97,112,127
correcto uso de las indicadores tolerancia al	flexibilidad	14,8,43,59,74,87,103
capacidades estrés y control de		,131
cognitivas, impulsos. Finalmente, Manejo	del Tolerancia	al 4,20,33,49,64,78,93,
influyendo estado de ánimo con sus estrés	estrés	108,122
directamente en el indicadores, felicidad y	Control	de 13,27,42,58,73,86,10
bienestar general y optimismo. Lo	impulsos	2,110,117,130
en la salud previamente descrito sería Estado	de Felicidad	2,17,31,47,62,77,91,
emocional. medido mediante un ánimo		105,120
	Optimismo	11,20,26,54,80,106,1
		08,132

3.4.2. Sobrecarga del cuidador del adulto mayor

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Sobrecarga del cuidador	La sobrecarga es un sentimiento carga que excede la capacidad física y mental de la persona, para realizar una labor.	Se define operacionalmente la variable sobrecarga del cuidador, a través de sus dimensiones: la rechazo y falta de competencia. De igual forma, mediante respectivos indicadores, los cuales serán medidos mediante un cuestionario de 22 ítems con escala de respuestas.	Sobrecarga Rechazo Falta de competencia	1,2,3,7,8,10,11,12,13,14,17,22 4,5,6,9,18,19 15,16,20,21	Ordinal

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica

La técnica empleada en esta investigación es la aplicación de pruebas, utilizando los siguientes instrumentos

- Inventario de inteligencia emocional de BarOn, para analizar la variable de inteligencia emocional
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, para analizar la variable de sobrecarga en el cuidador del adulto mayor

3.5.2. Instrumentos

3.5.2.1. Inventario de inteligencia emocional de BarOn

Bar-On (1997) define la inteligencia emocional como “una agrupación de características y habilidades personales, emocionales y sociales, así como la capacidad de adaptarse y hacer frente a las demandas del medio”. Describe a la inteligencia emocional como fundamental en ser exitoso en la vida, haciendo un correcto uso de las capacidades cognitivas, interviniendo en la sensación intrínseca de bienestar y en la salud emocional.

Descripción

Estas habilidades personales son los componentes factoriales de la inteligencia no cognitiva y que BarOn evalúa en su inventario de inteligencia emocional, el cual genera un cociente emocional general y cinco cocientes emocionales distintos (intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo general) que están compuestos por quince subcomponentes. (Ugarriza, 2001)

Tabla 1: Escala de valores del inventario de inteligencia emocional (BarOn)

VALORES	ALTERNATIVAS
1	Rara vez o nunca
2	Pocas veces
3	A veces
4	Muchas veces
5	Con mucha frecuencia o siempre

Dimensiones del instrumento

- Componente intrapersonal: área dedicada al entendimiento y control de las emociones propias. Comprende los siguientes componentes: comprensión emocional de sí mismo, asertividad, autoconcepto, autorrealización e independencia.
- Componente interpersonal: área dedicada al entendimiento de las emociones ajenas. Comprende los siguientes componentes: empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social.
- Adaptabilidad: área dedicada al ajuste del contexto personal y ajeno. Comprende los siguientes componentes: solución de problemas, prueba de realidad y flexibilidad.
- Manejo del estrés: área dedicada a la regulación personal ante situaciones conflictivas. Comprende los siguientes componentes: tolerancia al estrés y control de los impulsos
- Estado de ánimo: área dedicada a la emotividad personal. Comprende los siguientes componentes: felicidad y optimismo. (Ugarriza, 2005)

Validez y confiabilidad

La confiabilidad del EQ-i ha sido examinada cuantiosamente con anterioridad. El modelo conceptual, así como los resultados que se obtienen son uniformes, estables y confiables (Bustamante, Kawakami y Reátegui, 2010).

La consistencia interna del inventario total es muy alta 0.93, para los componentes oscila entre 0.77 y 0.91. Los coeficientes más bajos los tienen los componentes de Flexibilidad 0.48, Independencia y Solución de Problemas 0.60. (Ugarriza, 2001)

Tabla 2: Baremos del inventario de inteligencia emocional (BarOn)

Categoría	Puntaje
Muy bajo	Menos de 69
Bajo	70 a 85
Promedio	86 a 114
Alto	115 a 129
Muy desarrollado	130 a más

3.5.2.2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

La sobrecarga es un sentimiento de carga que excede la capacidad física y mental de la persona, para realizar una labor. (Portal, 2009)

Descripción

Para medir la sobrecarga del cuidador, se utilizó la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, creada en el año 1982. La escala es utilizada para medir la sobrecarga subjetiva del cuidador basándose en 22 ítems presentados en escala Likert. El cuidador ha de marcar la opción más cercana a su realidad según las opciones que van desde el número 1 (que significa “nunca”) hasta el número 5 (que significa “casi siempre”). Al finalizar la escala se suman los puntajes, y se obtiene un resultado que puede oscilar entre los puntajes de 22 y 110.

Tabla 3: Valores de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

VALORES	ALTERNATIVAS
1	Nunca
2	Casi nunca
3	Algunas veces
4	Frecuentemente
5	Siempre

Dimensiones del instrumento

- Sobrecarga: área dedicada a la medición de la sensación de sobrecarga
- Rechazo: área dedicada a la medición del rechazo que el cuidador posee hacia el paciente.
- Falta de competencia: área dedicada a la medición de la sensación de no ser capaz de realizar la labor del cuidado como el paciente lo necesita.

Validez y confiabilidad:

Martin y colaboradores validaron y adaptaron en 1996 la escala de Zarit, encontrándose una confiabilidad de 0,71 en su estudio original, y de 0,71-0,85 en validaciones de otros países. La consistencia interna fue constatada con el alfa de Crombach, obteniendo 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en validaciones de otros países. Por lo tanto, la escala de Zarit ha demostrado poseer validez de contenido y constructo en distintas adaptaciones. (Hidalgo, 2013)

La confiabilidad en nuestro país se ha dado en lima metropolitana con una muestra de 300 cuidadores de adultos mayores, siendo el alfa de Cronbach 0.10, por lo que el Zarit es un instrumento altamente significativo (Janampa, 2017).

Tabla 4: Baremos de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Categoría	Puntajes
Sin sobrecarga	22 a 46
Sobrecarga leve	47 a 55
Sobrecarga intensa	56 a 110

3.6. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez definidas las características necesarias para la muestra, se eligieron a los cuidadores que fueron parte de la investigación y se conversó con cada uno de ellos de manera personal para invitarlos a participar de esta.

Antes de proceder a la presentación de la prueba, se les pidió a los participantes que lean, llenen y firmen el consentimiento informado que reafirme su deseo de ser parte de la investigación, se les explicó cómo se llenan las pruebas y se les brindó el tiempo que requirieron para el llenado de estas. De igual forma, se les brindó la opción de colocar su nombre en la hoja en caso deseen obtener sus resultados de forma personal.

Las pruebas son autoaplicadas, sin embargo, estas fueron supervisadas por la tesista, pues algunos miembros de la muestra poseían dificultades para la realización de las pruebas por factores propios de la avanzada edad de estos.

Para obtener los resultados, estos fueron procesados por el programa SPSS en su versión 22. El primer proceso a realizar fue la prueba de normalidad estadística de los puntajes obtenidos, resultando la mejor técnica a elegir el coeficiente de correlación de Pearson. Seguido, se realizó el análisis descriptivo de la muestra, obteniéndose los porcentajes de distribución según edad y sexo del cuidador y del paciente, grado de instrucción, tiempo de cuidado y estado civil.

El análisis psicométrico, tuvo como principal objetivo dar cuenta de las correlaciones entre las variables y las dimensiones de las mismas, a través del coeficiente de Pearson, luego se examinaron que relaciones estadísticamente significativas hay entre cada dimensión.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Para la investigación, se guardó la confidencialidad de la información de la muestra, levantada con el cuestionario, según lo dictan los códigos éticos de la psicología. Además, se obtuvo el permiso de cada sujeto de la muestra mediante la firma de un consentimiento informado

Esta investigación se realizó una vez obtenida la aprobación de la Facultad de Psicología de la Universidad Científica del Sur y del hospital del cual se recolectó la muestra, en el departamento de capacitación y docencia, psicología y enfermería.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 30 cuidadores familiares del adulto mayor. Del total, 22 (73.3%) fueron mujeres y 8 (26.7%) fueron hombres. La edad promedio que se encontró fue de 63 años con una desviación estándar (DS) de 15.76, siendo 25 años la edad mínima y 90 años la máxima. De igual forma se halló que 17 (56.7%) de los cuidadores del adulto mayor, son también adultos mayores.

Del total de encuestados, 1 (3.3%) posee instrucción primaria, 9 (30%) instrucción secundaria y 20 (66.7%) instrucción superior. Se obtuvo que 15 (50%) de los cuidadores del adulto mayor son solteros, 11 (36.7%) están casados, 2 (6.7%) son viudos y 2 (6.7%) están divorciados.

La mayoría de los cuidadores del adulto mayor que han sido encuestados son hijos de los pacientes, siendo estos 18 (60%) del total, luego en menor cantidad se encuentran los conyugues, siendo ellos 7 (23.3%). Finalmente, la minoría de los cuidadores son sobrinos o hermanos de los pacientes, siendo estos 2 (6.7%) y 1 (3.3%) respectivamente.

Los pacientes geriátricos que han estado al cuidado de los 30 cuidadores encuestados, han sido en su mayoría hombres, siendo estos 18 (60%) y mujeres 12 (40%). Asimismo, las edades de estos pacientes oscilan entre 63 y 99 años, siendo 91 la edad más frecuente con 5 (16.7%) pacientes que la poseen.

Finalmente, el tiempo que los cuidadores han estado a cargo de los pacientes varía entre 8 meses y 20 años, siendo 3 años el tiempo de cuidado más frecuente con un total de 7 (23.3%) cuidadores que cuentan con dicho tiempo.

4.2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla 5 y figura 1, podemos observar que, del total de la muestra, 7 (23.3%) de los cuidadores no presentaron sobrecarga, 9 (30%) de ellos presentaron sobrecarga leve y 14 (46.7%) presentaron sobrecarga intensa.

Tabla 5: Nivel de sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

	Frecuencia	porcentaje
<i>Sin sobrecarga</i>	7	23.0
<i>Sobrecarga leve</i>	9	30.0
<i>Sobrecarga intensa</i>	14	46.0
Total	30	100.0

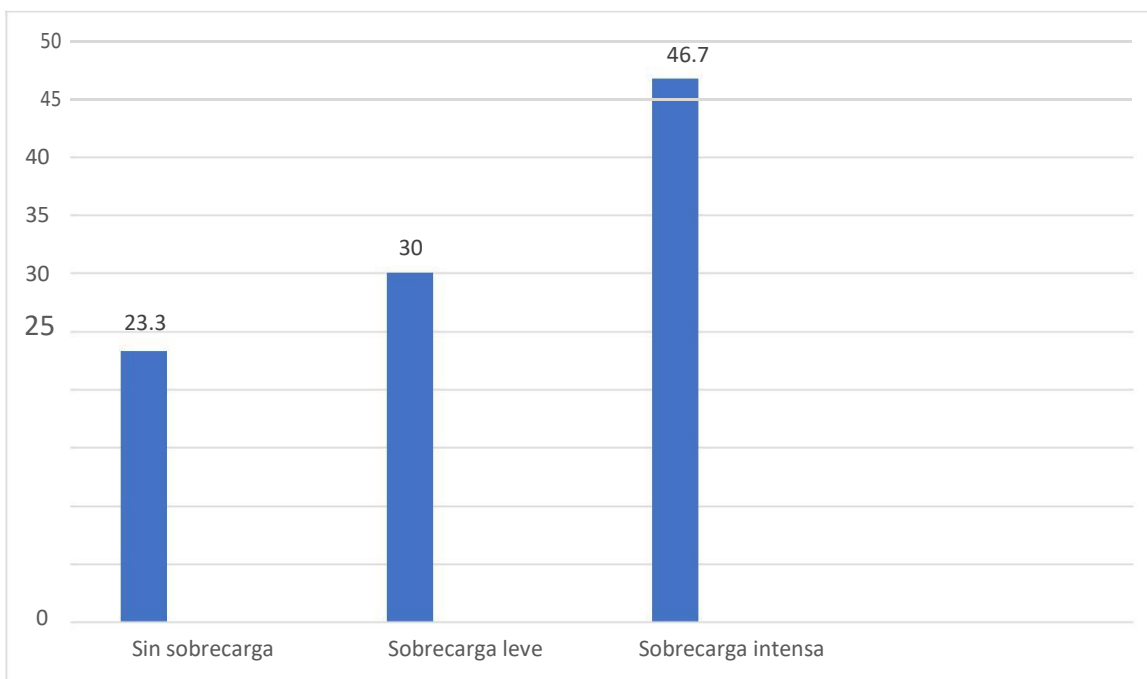


Figura 1: Nivel de sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

En la tabla 6 y la figura 2 podemos observar que, del total de la muestra, 1 (3.3%) cuidador posee un nivel muy bajo de inteligencia emocional, 12 (40%) cuidadores poseen un nivel bajo, otros 12 (40%) cuidadores poseen un nivel promedio, 5 (16.7%) cuidadores poseen un nivel alto y ningún cuidador posee un nivel muy desarrollado

Tabla 6: Nivel de inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

	Frecuencia	porcentaje
<i>Muy bajo</i>	1	3.3
<i>Bajo</i>	12	40.0
<i>Promedio</i>	12	40.0
<i>Alto</i>	5	16.7
Total	30	100.0

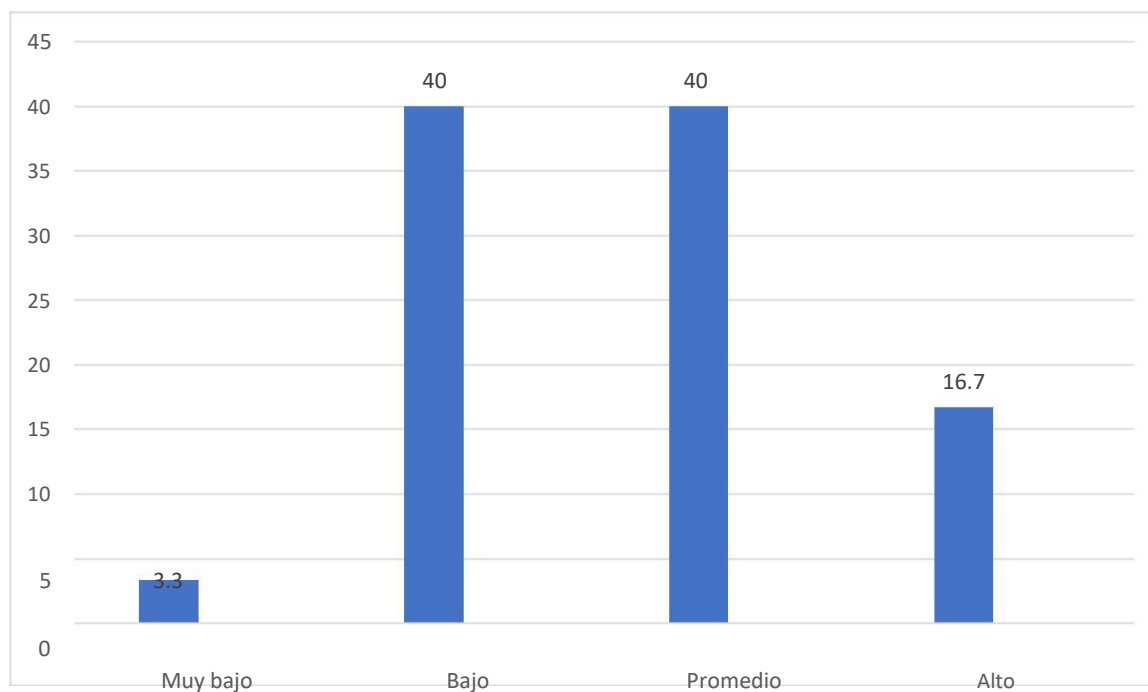


Figura 2: Nivel de inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

En la tabla 7 y la figura 3 podemos observar que, del total de la muestra, ningún cuidador obtuvo un puntaje de nivel muy bajo en la dimensión intrapersonal, 9 (30%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel bajo, 17 (56.7%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel promedio, 4 (13.3%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel alto y ningún cuidador obtuvo un puntaje de nivel muy desarrollado.

Tabla 7: Nivel de la dimensión intrapersonal de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

	Frecuencia	porcentaje
<i>Bajo</i>	9	30.0
<i>Promedio</i>	17	56.7
<i>Alto</i>	4	13.3
Total	30	100.0

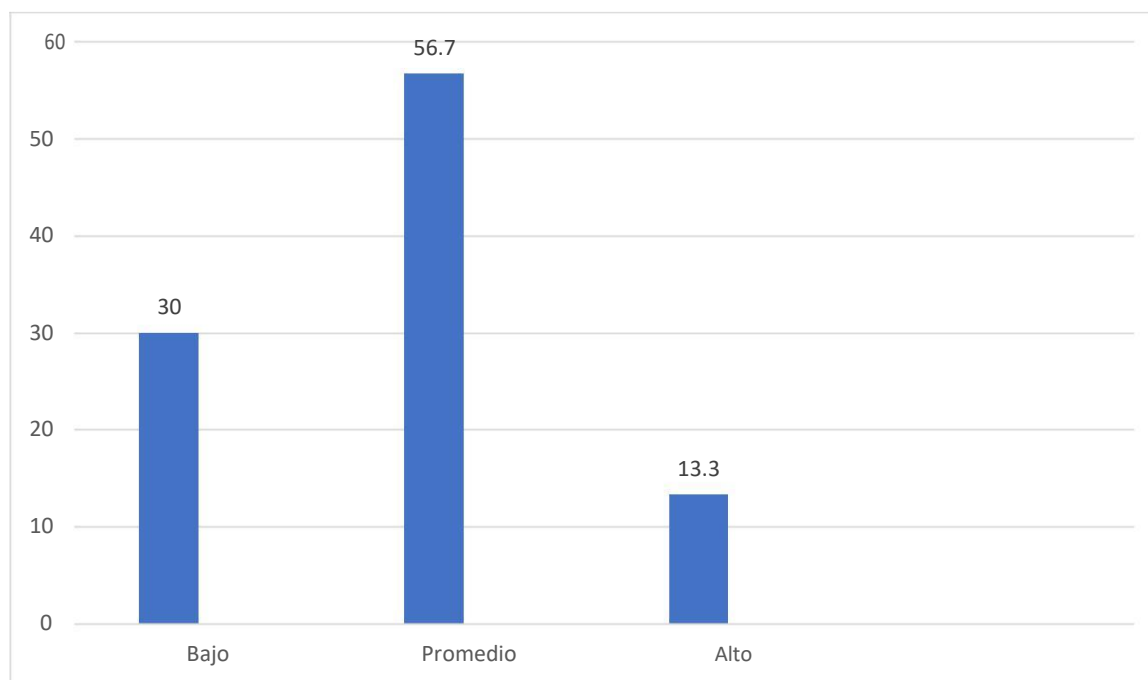


Figura 3: Nivel de la dimensión intrapersonal de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

En la tabla 8 y la figura 4 podemos observar que, del total de la muestra, 1 (3.3%) cuidador obtuvo un puntaje de nivel muy bajo en la dimensión interpersonal, 13 (43.3%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel bajo, 12 (40%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel promedio, 4 (13.3%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel alto y ningún cuidador obtuvo un puntaje de nivel muy desarrollado.

Tabla 8: Nivel de la dimensión interpersonal de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

	Frecuencia	porcentaje
<i>Muy bajo</i>	1	3.3
<i>Bajo</i>	13	43.3
<i>Promedio</i>	12	40.0
<i>Alto</i>	4	13.3
Total	30	100.0

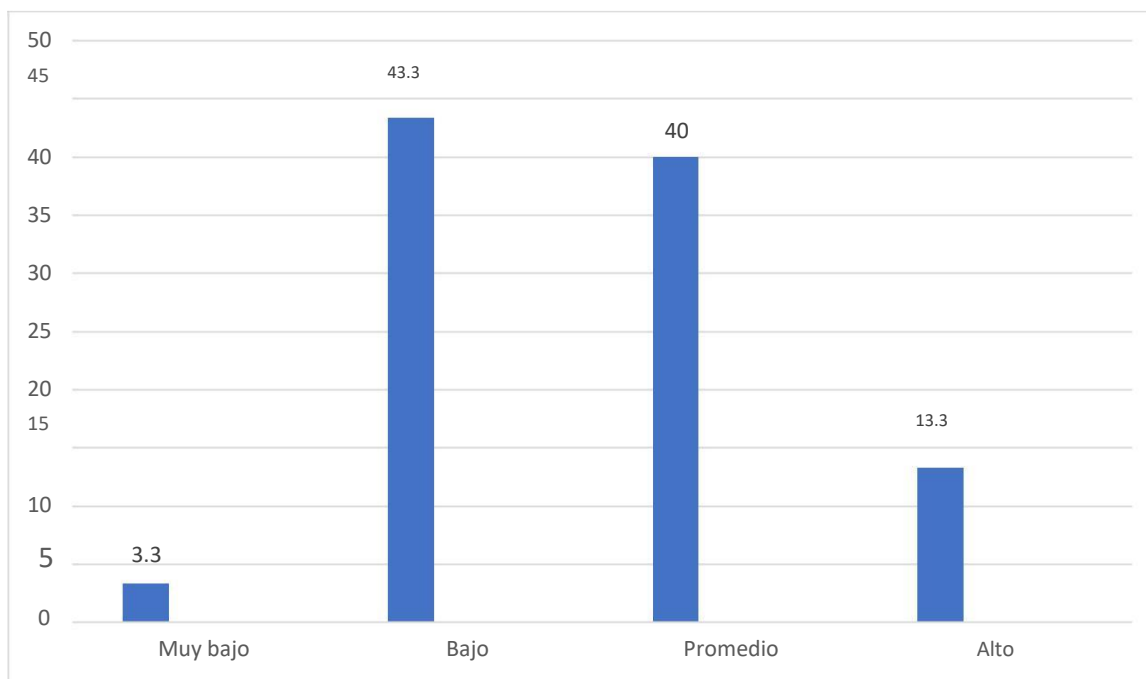


Figura 4: Nivel de la dimensión interpersonal de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

En la tabla 9 y la figura 5 podemos observar que, del total de la muestra, 1 (3.3%) cuidador obtuvo un puntaje de nivel muy bajo en la dimensión adaptabilidad, 8 (26.7%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel bajo, 19 (63.3%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel promedio, 2 (6.7%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel alto y ningún cuidador obtuvo un puntaje de nivel muy desarrollado.

Tabla 9: Nivel de la dimensión adaptabilidad de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

	Frecuencia	porcentaje
<i>Muy bajo</i>	1	3.3
<i>Bajo</i>	8	26.7
<i>Promedio</i>	19	63.3
<i>Alto</i>	2	6.7
Total	30	100.0

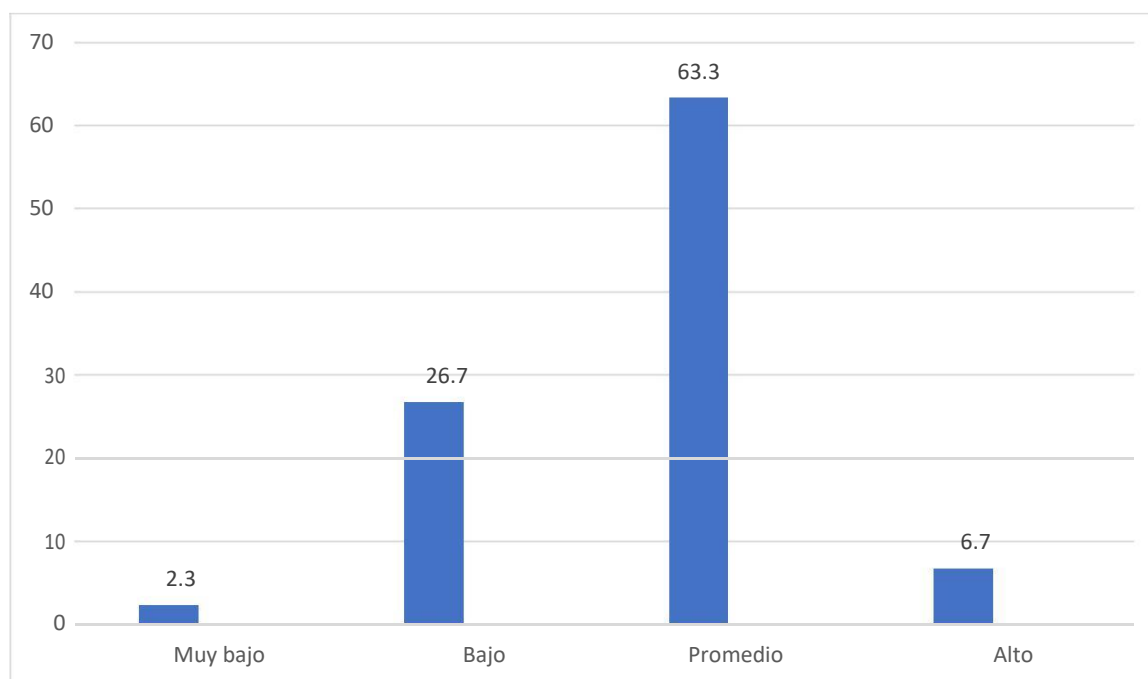


Figura 5: Nivel de la dimensión adaptabilidad de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

En la tabla 10 y la figura 6 podemos observar que, del total de la muestra, 4 (13.3%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel muy bajo en la dimensión manejo del estrés, 7 (23.3%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel bajo, 17 (56.7%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel promedio, 2 (6.7%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel alto y ningún cuidador obtuvo un puntaje de nivel muy desarrollado.

Tabla 10: Nivel de la dimensión manejo del estrés de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

	Frecuencia	porcentaje
<i>Muy bajo</i>	4	13.3
<i>Bajo</i>	7	23.3
<i>Promedio</i>	17	56.7
<i>Alto</i>	2	6.7
Total	30	100.0

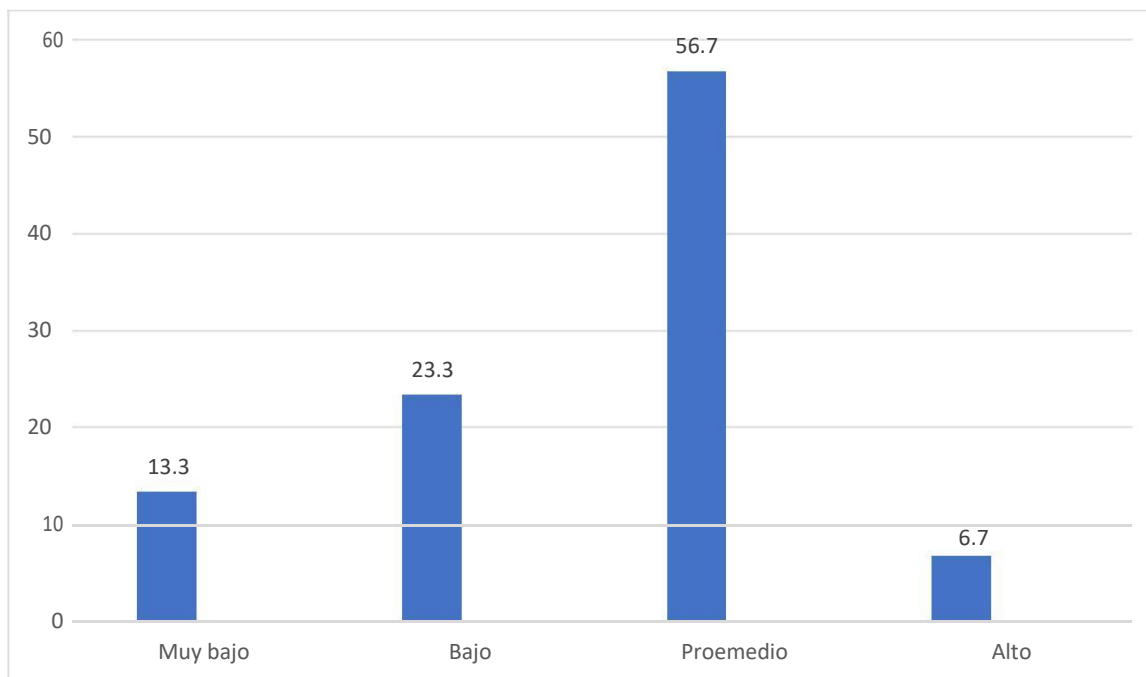


Figura 6: Nivel de la dimensión manejo del estrés de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

En la tabla 11 y la figura 6 podemos observar que, del total de la muestra, 3 (10%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel muy bajo en la dimensión estado de ánimo en general, 9 (30%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel bajo, 15 (50%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel promedio, 3 (10%) cuidadores obtuvieron un puntaje de nivel alto y ningún cuidador obtuvo un puntaje de nivel muy desarrollado.

Tabla 11: Nivel de la dimensión estado del ánimo en general de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

	Frecuencia	porcentaje
<i>Muy bajo</i>	3	10.0
<i>Bajo</i>	9	30.0
<i>Promedio</i>	15	50.0
<i>Alto</i>	3	10.0
Total	30	100.0

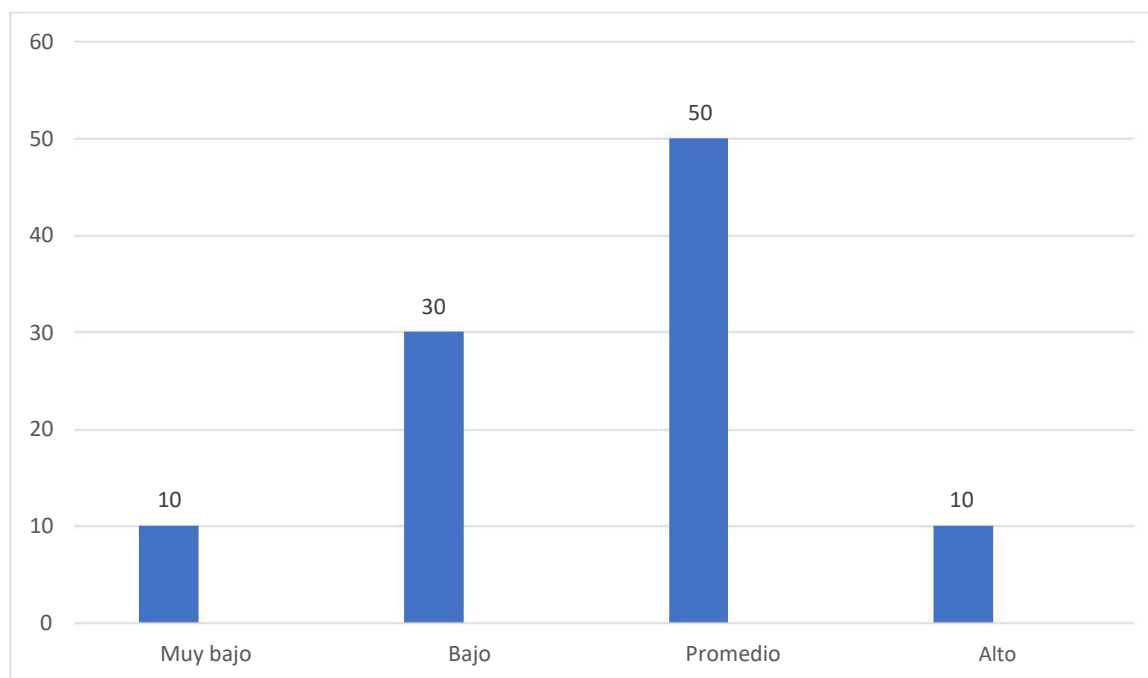


Figura 7: Nivel de la dimensión estado del ánimo en general de la inteligencia emocional de los cuidadores de adultos mayores de un hospital de Lima Metropolitana

4.3. PRUEBA DE NORMALIDAD

Tabla 12: Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

Variable	Estadístico	S-W gl	Sig.
Sobrecarga del cuidador	0.957	30	0.258
Inteligencia Emocional	0.904	30	0.011

Interpretación

La prueba de normalidad, evidenció que las variables y dimensiones presentan una distribución normal, por lo que para efectuar la prueba de hipótesis se utilizará el estadígrafo Coeficiente de correlación de Pearson para determinar la relación entre las variables del estudio.

4.3.1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS GENERAL

Hipótesis nula (H₀): No existe una relación significativa entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana.

Hipótesis alterna: Existe una relación significativa entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana.

En la Tabla 13, se puede observar un valor sig =0.000, que nos indica que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe relación significativa entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana. Además, indica una correlación de -0.697, siendo esta de tendencia inversa y con alta magnitud.

Tabla 13: Relación entre inteligencia emocional y sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana

		Inteligencia emocional
Sobrecarga del cuidador	Coeficiente de correlación	-0.697
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	30

4.3.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

4.3.2.1. Comprobación de hipótesis específica 1

H1: Existe una relación significativa entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana.

H0: No existe una relación significativa entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana.

En la Tabla 14, se puede observar un valor sig =0.000, que nos indica que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe relación significativa entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana. Además, indica una correlación de -0.598, siendo esta de tendencia inversa y con alta magnitud.

Tabla 14: Relación entre la dimensión intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana

		Intrapersonal
Sobrecarga del cuidador	Coeficiente de correlación	-0.598
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	30

4.3.2.2. Comprobación de hipótesis específica 2

H1: Existe relación significativa entre el componente interpersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación significativa entre el componente interpersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana.

En la Tabla 15, se puede observar un valor sig =0.004, que nos indica que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe relación significativa entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana. Además, indica una correlación de -0.512, siendo esta de tendencia inversa y con alta magnitud.

Tabla 15: Relación entre la dimensión interpersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana

		Interpersonal
Sobrecarga del cuidador	Coefficiente de correlación	-0.512
	Sig. (bilateral)	0.004
	N	30

4.3.2.3. Comprobación de hipótesis específica 3

H1: Existe relación significativa entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación significativa entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana.

En la Tabla 16, se puede observar un valor sig =0.000, que nos indica que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe relación significativa entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana. Además, indica una correlación de -0.653, siendo esta de tendencia inversa y con alta magnitud.

Tabla 16: Relación entre la dimensión de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana

		Adaptabilidad
Sobrecarga del cuidador	Coefficiente de correlación	-0.653
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	30

4.3.2.4. Comprobación de hipótesis específica 4

H1: Existe relación significativa entre el componente de manejo del estrés y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana. **H0:** No existe relación significativa entre el componente de manejo del estrés y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana.

En la Tabla 17, se puede observar un valor sig =0.016, que nos indica que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe relación significativa entre el componente de manejo del estrés y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana. Además, indica una correlación de -0.437, siendo esta de tendencia inversa y con moderada magnitud.

Tabla 17: Relación entre la dimensión de manejo del estrés y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana

		Manejo del estrés
Sobrecarga del cuidador	Coefficiente de correlación	-0.437
	Sig. (bilateral)	0.016
	N	30

4.3.2.5. Comprobación de hipótesis específica 5

H1: Existe relación significativa entre el componente estado de ánimo y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación significativa entre el componente estado de ánimo y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana.

En la Tabla 18, se puede observar un valor sig =0.001, que nos indica que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe relación significativa entre el componente de estado de ánimo y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana. Además, indica una correlación de -0.593, siendo esta de tendencia inversa y con alta magnitud.

Tabla 18: Relación entre la dimensión estado de ánimo y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana

		Estado de ánimo
Sobrecarga del cuidador	Coeficiente de correlación	-0.593
	Sig. (bilateral)	0.001
	N	30

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La investigación tuvo como propósito principal demostrar la relación entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital, especializado en el paciente geriátrico, de Lima Metropolitana, la cual contó con una muestra intencionada de 30 cuidadores del adulto mayor. En el presente capítulo se discutirán los hallazgos de la investigación, la cual se confirmó a través del nivel de significancia menor a 0.05. Esto, en contraste con los resultados de estudios previos y la teoría encontrada.

El perfil del cuidador que se ha encontrado es de una mujer (73.3%) de 63 años con instrucción superior (66.7%) y soltera (50%). De igual forma, variedad de estudios han encontrado que el perfil del cuidador es de una mujer soltera que excede a los 45 años (Ávila, García y Gaitán, 2015; Alonso, Garrido, Díaz, Casquero y Riera, 2004; Flores, Rivas y Seguel, 2012). Por otro lado, los hijos y el o la cónyuge son el mayor soporte familiar del adulto mayor y esto se ha podido observar en la presente investigación, teniendo como cuidador familiar de mayor porcentaje a los hijos y en segundo lugar al cónyuge (Lavoz, Villarroel, Jaque, Caamaño, 2009). Aunque, factores como el tiempo que los encuestados han cuidado de los pacientes geriátricos, su nivel de instrucción y su estado civil no parecen tener relación con la sobrecarga del cuidador

En el estudio se ha podido encontrar que el porcentaje más alto de cuidadores presenta sobrecarga intensa (46%), al igual que el estudio de Flores, Rivas y Seguel (2012) (59.7%) y a diferencia del estudio de Alvarado (2013) que indica mayoría de sobrecarga leve para los cuidadores familiares de adultos mayores, aunque ambos estudios concuerdan con el presente en minoría de cuidadores sin sobrecarga. Se ha observado que 17 (56.7%) de los 30 cuidadores son adultos mayores, de igual forma, 10 (71.43%) de los 14 cuidadores que presenta sobrecarga intensa, también son adultos mayores, por lo que, tal y como se demostró en la investigación de Alonso, Garrido, Díaz, Casquero y Riera (2004) con cuidadores de pacientes con demencia, el nivel de sobrecarga del cuidador aumenta con la edad de este debido a factores asociados a la adultez mayor, como pérdida de destreza motora, declinación

de las habilidades cognitivas y acentuación y rigidez de los rasgos de personalidad. (Leiderman, 2013)

La hipótesis general fue aceptada mediante el análisis de los datos, al obtener una significancia de 0.000, de igual forma se reconoce una relación alta e inversamente proporcional entre ambas variables (-0.697). Esto quiere decir, que la sobrecarga que los cuidadores poseen, es una sensación ligada a la percepción que ellos poseen de sí mismos, su capacidad para entender a los demás, empatizar con ellos, solucionar conflictos, adaptarse a los cambios y tolerar las situaciones estresantes, así como su emotividad personal en relación su etapa del ciclo vital. Por lo tanto, se ha hallado en la investigación que cuando el cuidador presenta un nivel promedio, alto o muy desarrollado de inteligencia emocional, la sensación de sobrecarga va a disminuir. Sin embargo, la inteligencia emocional, pese a que posee una relación estadísticamente significativa con la sensación de sobrecarga de los cuidadores del adulto mayor, no es la única variable relacionada con dicha sensación, tal y como lo afirman Ávila, García y Gaitán (2015) al encontrar que el nivel de sobrecarga se encuentra relacionado a distintos factores, como la cantidad de actividades de cuidado, las posibilidades ocupacionales, de integración y de distracción que posee el cuidador.

La dimensión intrapersonal de la inteligencia emocional posee un nivel de 0.000 de significancia, lo cual corrobora la hipótesis y la relación que esta posee con la sobrecarga del cuidador es estadísticamente significativa. Además de ello, esta dimensión es una de las más altamente relacionadas con la sobrecarga (-0.598), esto quiere decir, que el reconocimiento, entendimiento y el control de las emociones propias son las que reducirán la sensación de sobrecarga. Entonces, si los cuidadores poseen baja inteligencia intrapersonal, su nivel de sobrecarga aumentará, pues el rol del cuidador del adulto mayor se encuentra cargado de situaciones que no pueden ser cambiadas, y si las emociones que estas situaciones causan no están siendo procesadas de forma adecuada, el desfogue que el cuidador realizará no representará una solución real y a largo plazo para reducir la magnitud de la emoción y por lo tanto el estrés (Hidalgo, 2013). Es así, como no solo reconocimiento y el manejo de las emociones, sino también el entendimiento de estas y, por lo tanto, las habilidades intrapersonales completas, se ven directamente implicadas en la descarga efectiva de

emociones que lleven a la reducción del estrés provocado por situaciones como la del cuidado del adulto mayor.

La población adulto mayor posee características específicas que los lleva a ser considerados una población vulnerable que requiere de cuidados distintos no solo debido a sus limitaciones físicas, sino también por la vulnerabilidad y sensibilidad emocional (Leiderman, 2013). Por ello, Velásquez, López, López Díaz, Cataño y Muñoz (2011) consideran que la labor del cuidado a esta población requiere de mayor presencia y cercanía emocional, lo cual, de no ser logrado, genera agotamiento en el cuidador. La conexión entre estos factores es evidente al encontrarse una relación estadísticamente significativa con un nivel de significancia de 0.004 entre la dimensión Interpersonal de la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor. Añadido a esto, se encuentra también que la correlación entre estos dos factores es de alta magnitud e inversamente proporcional, representándose con el valor de -0.512.

Es así como se destaca la importancia de las habilidades interpersonales como la empatía para poder realizar el cuidado al adulto mayor de acuerdo a sus necesidades particulares por la edad que poseen y el diagnóstico específico que los llevó a ser cuidados. Barbarro, Garrido, Díaz, Casquero y Rivera (2004) realizaron un estudio en el que pudieron encontrar que las personas que cuidan de adultos mayores con algún tipo de demencia poseen mayor sobrecarga que los que cuidan de adultos mayores con alguna discapacidad física. Esto, debido a que el adulto mayor con demencia requiere comprensión del diagnóstico, pensamientos y sentimientos del paciente, más apoyo emocional y escucha, por lo tanto, mayor empleo de las habilidades interpersonales.

La dimensión de adaptabilidad posee un nivel de significancia de 0.000, corroborando su relación con la sobrecarga del cuidador, y con una correlación alta e inversamente proporcional (-0.653). Esta dimensión es la que mejor se correlaciona con la sobrecarga, de las cinco dimensiones de la inteligencia emocional. Dicho resultado concuerda con más de un autor.

Uno de estos autores es Gómez (2017) el cual afirma que los cuidadores que poseían niveles más bajos de inteligencia emocional, además de puntajes bajos en adaptabilidad presentan síntomas depresivos, mayor percepción de carga y ansiedad. De igual forma, Ávila, García,

y Gaitán (2015) hallaron en su investigación que el nivel de conocimientos prácticos sobre el cuidado del paciente no reducen la sintomatología de depresión, sino que, la que la reduce, es la formación educativa que contribuye a un manejo reflexivo de las exigencias que plantea el ser cuidador, fomentando la adaptación y el afrontamiento ante las condiciones de cuidado. En tercer lugar, concuerda también Hidalgo (2013) quien encontró que una estrategia de afrontamiento que poseen los cuidadores es la de supresión de actividades, modificando así sus rutinas con la reducción de actividades personales. Esta estrategia pretende lograr una óptima adaptación a la situación de cuidado, sin embargo, el paciente adulto mayor no será cuidado de manera momentánea y la supresión de actividades de parte del cuidador se extendería de forma indefinida, generando sensación de girar en torno al paciente.

Es así como la capacidad de solucionar problemas en base al conocimiento y aceptación de la realidad en conjunto con la flexibilidad, genera que los cuidadores se encuentren conscientes de las características específicas del cuidado de un adulto mayor, como podría ser, la duración indefinida del cuidado, adaptándose mejor a la situación de cuidado y evitando la sensación de sobrecarga.

Dentro de los resultados, se encontró una relación significativa entre la dimensión Manejo del Estrés de la variable inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor teniendo una significancia de 0.016. Sin embargo, esta dimensión obtiene el menor resultado en correlación con la sobrecarga, siendo esta de -0.437. Debido a que el cuidador del adulto mayor tiende a rechazar la posibilidad de ayuda, percibiendo su estado como de soledad y frustración ante una situación sin solución que ningún otro puede comprender, con forme avanza el tiempo de cuidado, esta percepción se afianza en el cuidador agravando la sensación de sobrecarga (Antúnez, 2013). Dicho fenómeno es consecuencia de una pobre tolerancia al estrés que dificulta la regulación personal en situaciones de conflicto, generando la sensación de desamparo y desesperanza, pobre búsqueda de soluciones y resignación. Lo cual, a su vez son sensaciones que forman la sobrecarga del cuidador y la depresión en este. (Ávila, García, Gaitán, 2015)

Finalmente, como parte del último objetivo específico, se encontró en el presente estudio una relación estadísticamente significativa entre la dimensión Estado de Ánimo de la inteligencia emocional, comprendida por la felicidad y el optimismo, y la sensación de sobrecarga del

cuidador con un nivel de significancia de 0.001 y una correlación de -0.593, demostrando que las personas que poseen emociones negativas y se concentran exclusivamente en ellas poseen un nivel alto de sobrecarga. Dicha afirmación podría deberse a que las personas que se concentran en las emociones negativas tienden a realizar menores intentos de solución de problemas creyendo no ser capaces de superarlos, pues como se afirma en el estudio de Femia, Zarit y Johansson (2011), la convicción de ser capaz de realizar ciertas actividades es potencialmente igual de importante como la capacidad de realizar las actividades. Vemos así que la capacidad de solución de problemas es uno de los factores más asociados a la reducción de la sensación de sobrecarga y que esta capacidad no se debe al control de impulsos y manejo del estrés propiamente sino a la aceptación y comprensión de la realidad.

Los hallazgos del presente estudio aportan información adicional que corrobora lo previamente mencionado, al encontrarse una alta e inversa correlación entre las tres dimensiones de la sobrecarga del cuidador y la inteligencia emocional: sobrecarga (-0.656), rechazo (-0.507) y falta de competencia (-0.605). Aunque la dimensión de rechazo posea la correlación más baja de las tres, esta sigue siendo alta y como se encontró en el estudio de Vásquez (2017) este rechazo no es hacia el paciente en sí, por lo que, en la investigación se halla que el rechazo es hacia el rol de cuidador pues este se da muchas veces por la presión que la familia ejerce sobre el cuidador para vivir el rol de la persona responsable del paciente geriátrico.

CONCLUSIONES

- Con respecto a la hipótesis general, existe relación significativa entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima metropolitana. Con un nivel de significancia $p=0.000$ $p < 0.05$
- Con respecto a la hipótesis específica 1, existe relación significativa entre el componente intrapersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana. Con un nivel de significancia $p=0.000$ $p < 0.05$
- Con respecto a la hipótesis específica 2, existe relación significativa entre el componente interpersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana. Con un nivel de significancia $p=0.004$ $p < 0.05$
- Con respecto a la hipótesis específica 3, existe relación significativa entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana. Con un nivel de significancia $p=0.000$ $p < 0.05$
- En cuanto a la hipótesis específica 4, existe relación significativa entre el componente de manejo del estrés y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana. Con un nivel de significancia $p=0.016$ $p < 0.05$
- En cuanto a la hipótesis específica 5, existe relación significativa entre el componente del estado de ánimo general y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana. Con un nivel de significancia $p=0.001$ $p < 0.05$

RECOMENDACIONES

Primero: Realizar más investigaciones que correlacionen otras variables complementarias a la inteligencia emocional, con la sobrecarga del cuidador del adulto mayor. Esto con la finalidad de conocer más factores implicados y tener un panorama más amplio para su prevención.

Segundo: En centros especializados en el adulto mayor, implementar charlas para ellos y los cuidadores con la finalidad de la prevención de la sobrecarga del cuidador y la promoción de la salud de este. En estas, habría que informar sobre las implicancias que posee el cuidado de la población geriátrica y se dé a conocer cómo llevar este cuidado dependiendo de la edad de quien cuida y del diagnóstico de quien necesite cuidado. Esto como parte del programa de salud del adulto mayor preservar la salud global del paciente y la familia.

Tercero: Implementar programas que brinden terapias grupales para el cuidador con sobrecarga, pues en los estudios de implementación de programas para la reducción de sobrecarga del cuidador, los cuidadores reportan mejoría al estar en contacto con personas en situaciones similares a la suya y recibir información y consejos sobre el cuidado del paciente, mas no reportan mejoría al recibir psicoterapia personalizada. (Alonso, Garrido, Díaz, Casquero y Riera, 2004)

Cuarto: Concientizar sobre la importancia de la inteligencia emocional, enfatizando la habilidad de adaptabilidad, y otros factores protectores, como habilidades que se pueden desarrollar para preservar la salud personal y la armonía familiar durante la etapa del cuidado del adulto mayor.

Referencias Bibliográficas

- Alonso Babarro, A., Garrido Barral, A., Díaz Ponce, A., Casquero Ruiz, R., & Riera Pastor, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención primaria*, 33(2), 61-67.
- Alvarado Flores, D. C. (2014). Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil: Centro de Atención del Adulto Mayor "Tayta Wasi": Lima-Perú, 2013.
- Antúnez, M. L. B. (2013). La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. *Nuberos Científica*, 2(10).
- Ávila Toscano, J. H., García Cuadrado, J. M., y Gaitán Ruiz, J. (2015). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista colombiana de psicología*, 19 (1), 71-84.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A Test of Emotional Intelligence Multi Health Systems*: Toronto.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18.
- Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 19(3), 63-93.
- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*, 18.
- Del Valle, I. D., & Castillo, M. Á. S. (2010). Inteligencia Emocional: una revisión del concepto y líneas de investigación/Emotional intelligence: a concept review and research lines. *Cuadernos de estudios empresariales*, 20, 107.
- Díaz, J. J. M. (2013). Reseña teórica de la inteligencia emocional: modelos e instrumentos de medición. *Revista científica*, 1(17), 10-32.
- Extremera Pacheco, N., Fernández Berrocal, P., Mestre Navas, J. M., & Guil Bozal, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de psicología*, 36(2).
- Family Caregiver Alliance (2005) El cuidado de un paciente: una experiencia universal. *Caregiver*. Recuperado de <https://www.caregiver.org/el-cuidado-de-los-adultos-con-trastornos-cognitivos-y-de-la-memoria-caring-adults-cognitive>

- Federación de Enseñanza de Andalucía (2011) La inteligencia emocional. *Temas para la educación: revista digital para profesionales de la enseñanza*, (12), 1-3. Recuperado de <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7866.pdf>
- Femia, E. E., Zarit, S. H., & Johansson, B. (2001). The disablement process in very late life: a study of the oldest-old in Sweden. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(1), P12-P23.
- Ferré-Grau, C., Rodero-Sánchez, V., Cid-Buera, D., Vives-Relats, C., & Aparicio-Casals, M. R. (2011). Guía de cuidados de enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria. *Tarragona: Publidisa*.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.
- Gabel Shemueli, R. (2005). Inteligencia emocional: perspectivas y aplicaciones ocupacionales.
- Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Hidalgo, L. (2013). *Sobrecarga y Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia* (Doctoral dissertation, Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima).
- Hultin, M. (2011). Emotional Intelligence: The Three Major Theories in the Field. Janampa, J, (2017). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor (tesis de licenciatura en enfermería)
- Lavoz, E. E., Villarroel, V. M., Jaque, R. L., & Caamaño, P. R. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio " José Durán Trujillo", San Carlos, Chile. *Theoria*, 18(1), 69-79.
- Leiderman, E. A. (2013). *Sobrecarga del cuidador, calidad de vida y sintomatología depresiva en familiares cuidadores convivientes de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar*(Doctoral dissertation, Universidad de Palermo).
- Mayer, J., Salovey, E. y Caruso, D (2004) Emotional Intelligence: Theory, Findings and Implications. *Psychological Inquiry*, 15 (3), 197-215. Recuperado de <http://ei.yale.edu/wp->

content/uploads/2013/12/pub56_MayerSalovey2004_EITheoryFindingsImplications.pdf

- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2006) Ley de las personas adultas mayores. *El Peruano*. Recuperado de <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/28803.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018) Envejecimiento y salud. *WHO*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Portal Moreno, R. (2014). *Inteligencia emocional y adaptación en hijas que cuidan a su familiar con demencia*. Universidad de Granada.
- Ramírez, N. G., Castillo, I. A., & Ortíz, A. L. S. (2013). La carga de los cuidadores de adultos mayores con demencia en una región rural. *Psicología y Salud*, 24(1), 35-43.
- Salazar Ramírez, S. C., & Torres Arévalo, J. T. (2015). *Tesis*. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22499>
- Sluyter, D. J., & Salovey, P. (Eds.). (1999). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications DC*. BasicBooks.
- Sotto Mayor, M., Sequeira, C., & García, B. (2013). Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención. *Gerokomos*, 24(3), 115-119.
- Trujillo Flores, M. M., & Rivas Tovar, L. A. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *Innovar*, 15(25), 9-24.
- Ugarriza, N (2001) Adaptación y estandarización del inventario de inteligencia emocional de Bar-On ICE – En jóvenes y adultos muestra de Lima Metropolitana.
- Vásquez Dávila, N. L. (2017). Grado de sobrecarga del cuidador de adultos mayores con demencia en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2015.
- Velásquez, V., López, L., López, H., Cataño, N., & Muñoz, E. (2011). The effect of an educational program for elderly people's caregivers. *Revista de Salud Pública*, 13(4), 610-619.
- Villanueva, E. R. (2013). INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CONCEPTOS AFINES: AUTOESTIMA SANA Y HABILIDADES SOCIALES. *Recuperado el, 7.*

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Inteligencia emocional y sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana

Autora: Luciana Via Pimentel Galdos

Problema	Justificación	Objetivos	Variables	Indicadores	Índice	Método
¿Cuál es la relación entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana?	<p>1. Establecer si existe relación entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador.</p> <p>2. Conseguir un entendimiento más amplio del sentimiento de sobrecarga en los cuidadores familiares</p>	<p>General</p> <p>• Existe relación significativa entre la inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador de un adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana.</p> <p>Específicos</p> <p>• Conocer la relación entre el componente</p>	<p>Variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inteligencia Emocional Sobrecarga del cuidador <p>Variables control</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad Género Tiempo de cuidado Parentezco con el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Comprensión emocional de sí mismo Asertividad Autoconcepto Autorrealización Independencia Empatía Relaciones Interpersonales Responsabilidad Social Solución de problemas 	<p>1. Inventario de inteligencia emocional de BarOn para adultos</p> <p>2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit</p>	<p>Tipo:</p> <p>No experimental, descriptivo y transversal</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>Correlacional descriptivo</p>

3. Conocer que intrapersonal y la dimensiones de sobrecarga del la inteligencia cuidador del adulto emocional se mayor en un hospital de relacionan con Lima Metropolitana el sentimiento de sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor, o la ausencia de este
4. Le otorgará al especialista una herramienta más para emplear en la creación de nuevas técnicas y procedimientos
- Conocer la relación entre el componente interpersonal y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana
 - Conocer la relación entre el componente de adaptabilidad y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana
 - Conocer la relación entre el componente de

- Prueba de la realidad
- Flexibilidad
- Tolerancia al estrés
- Control de Impulsos
- Felicidad
- Optimismo

Estrategias:

Se aplicará el instrumento a la muestra. Se procesará la información recopilada en el programa estadístico SPSS Statistics, en su versión 22 para generar la presentación de gráficos y tablas

terapéuticos para cuidadores familiares de un paciente adulto mayor que presente sobrecarga del cuidador.

manejo del estrés y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana

- Conocer la relación entre el componente del estado de ánimo general y la sobrecarga del cuidador del adulto mayor en un hospital de Lima Metropolitana

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo con DNI.....

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SOBRECARGA EN EL CIUDADOR DEL ADULTO MAYOR DE UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA - 2017**" habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo para fines de investigación, guardando la máxima confidencialidad de información que brindará, sin perjudicarlo en lo absoluto.

ANEXO 3: INVENTARIO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL BARON

Evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Especialidad: _____ Fecha: _____

Inventario de inteligencia emocional (BarOn)

Introducción

Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permiten hacer una descripción de ti mismo(a). Para ello, debes indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo a como te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase.

1. Rara vez o nunca es mi caso
2. Pocas veces es mi caso
3. A veces es mi caso
4. Muchas veces es mi caso
5. Con mucha frecuencia o siempre es mi caso.

Instrucciones

Lee cada una de las frases y selecciona UNA de las cinco alternativas, la que sea más apropiada para ti, seleccionando el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que escogiste según sea tu caso. Marca con un aspa el número.

Si alguna de las frases no tiene que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta cómo te sentirías, pensarías o actuarías si estuvieras en esa situación. Notarás que algunas frases no te proporcionan toda la información necesaria; aunque no estés seguro(a) selecciona la respuesta más adecuada para ti. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", ni respuestas "buenas" o "malas". Responde honesta y sinceramente de acuerdo a cómo eres, NO como te gustaría ser, no como te gustaría que otros te vieran. NO hay límite de tiempo, pero, por favor, trabaja con rapidez y asegúrate de responder a TODAS las oraciones.

1. Para superar las dificultades que se me presentan actúo paso a paso.
2. Es duro para mí disfrutar de la vida.
3. Prefiero un trabajo en el que se me diga casi todo lo que tengo que hacer.
4. Sé como enfrentar los problemas más desagradables.
5. Me agradan las personas que conozco.
6. Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.
7. Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.
8. Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto(a).
9. Reconozco con facilidad mis emociones.
10. Soy incapaz de demostrar afecto.
11. Me siento seguro(a) de mí mismo(a) en la mayoría de situaciones.
12. Tengo la sensación de que algo no está bien en mi cabeza.
13. Tengo problemas para controlarme cuando me enojo.
14. Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.

15. Cuando enfrento una situación difícil me gusta reunir toda la información que pueda sobre ella.
16. Me gusta ayudar a la gente.
17. Me es difícil sonreír.
18. Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás.
19. Cuando trabajo con otros tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías.
20. Creo que puedo controlarme en situaciones muy difíciles.
21. Realmente no sé para que soy bueno(a).
22. No soy capaz de expresar mis ideas.
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos con los demás.
24. No tengo confianza en mí mismo(a).
25. Creo que he perdido la cabeza.
26. Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago.
27. Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
28. En general, me resulta difícil adaptarme.
29. Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo.
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.
31. Soy una persona bastante alegre y optimista.
32. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.
33. Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso.
34. Pienso bien de las personas.
35. Me es difícil entender cómo me siento.
36. He logrado muy poco en los últimos años.
37. Cuando estoy enojado(a) con alguien se lo puedo decir.
38. He tenido experiencias extrañas que no puedo explicar.
39. Me resulta fácil hacer amigos(as).
40. Me tengo mucho respeto.
41. Hago cosas muy raras.
42. Soy impulsivo(a), y eso me trae problemas.
43. Me resulta difícil cambiar de opinión.
44. Soy bueno para comprender los sentimientos de las personas.
45. Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.
46. A la gente le resulta difícil confiar en mí.
47. Estoy contento(a) con mi vida.
48. Me resulta difícil tomar decisiones por mi mismo(a).
49. No puedo soportar el estrés.
50. En mi vida no hago nada malo.
51. No disfruto lo que hago.
52. Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.
53. La gente no comprende mi manera de pensar.
54. Generalmente espero lo mejor.
55. Mis amigos me confían sus intimidades.
56. No me siento bien conmigo mismo(a).
57. Percibo cosas extrañas que los demás no ven.
58. La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto.
59. Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.
60. Cuando intento resolver un problema analizo todas las posibles soluciones y luego escojo la que considero mejor.

61. Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento.
62. Soy una persona divertida.
63. Soy consciente de cómo me siento.
64. Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.
65. Nada me perturba.
66. No me entusiasman mucho mis intereses.
67. Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decírselo.
68. Tengo tendencia a fantasear y a perder contacto con lo que ocurre a mi alrededor.
69. Me es difícil llevarme con los demás.
70. Me resulta difícil aceptarme tal como soy.
71. Me siento como si estuviera separado(a) de mi cuerpo.
72. Me importa lo que puede sucederle a los demás.
73. Soy impaciente.
74. Puedo cambiar mis viejas costumbres.
75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
76. Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.
77. Me deprimó.
78. Sé como mantener la calma en situaciones difíciles.
79. Nunca he mentado.
80. En general me siento motivado(a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.
81. Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten.
82. Me resulta difícil decir "no" aunque tenga el deseo de hacerlo.
83. Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías.
84. Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos.
85. Me siento feliz con el tipo de persona que soy
86. Tengo reacciones fuertes, intensas, que son difíciles de controlar.
87. En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.
88. Soy consciente de lo que me está pasando, aun cuando estoy alterado(a).
89. Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.
90. Soy capaz de respetar a los demás.
91. No estoy muy contento(a) con mi vida.
92. Prefiero seguir a otros a ser líder.
93. Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.
94. Nunca he violado la ley.
95. Disfruto de las cosas que me interesan.
96. Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.
97. Tiendo a exagerar.
98. Soy sensible ante los sentimientos de las otras personas.
99. Mantengo buenas relaciones con los demás.
100. Estoy contento(a) con mi cuerpo
101. Soy una persona muy extraña.
102. Soy impulsivo(a).
103. Me resulta difícil cambiar mis costumbres.
104. Considero que es muy importante ser un(a) ciudadano(a) que respeta la ley.
105. Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
106. En general tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surgen problemas.

107. Tengo tendencia a depender de otros.
108. Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles
109. No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
110. Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten.
111. Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.
112. Soy capaz de dejar de fantasear para volver a ponerme en contacto con la realidad.
113. Los demás opinan que soy una persona sociable.
114. Estoy contento(a) con la forma en que me veo.
115. Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.
116. Me es difícil describir lo que siento.
117. Tengo mal carácter.
118. Por lo general, me trabo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema.
119. Me es difícil ver sufrir a la gente.
120. Me gusta divertirme.
121. Me parece que necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan.
122. Me pongo ansioso(a).
123. No tengo días malos.
124. Intento no herir los sentimientos de los demás.
125. No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.
126. Me es difícil hacer valer mis derechos.
127. Me es difícil ser realista.
128. No mantengo relación con mis amistades.
129. Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo(a).
130. Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.
131. Si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar.
133. He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.

ANEXO 4: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT**ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT****I. PRESENTACION**

El presente cuestionario tiene como propósito obtener información acerca del nivel de carga que genera el cuidar a un familiar adulto mayor. Se le agradece que proporcione una respuesta lo más sincera posible, pues esta será confidencial.

Gracias por su participación.

II. DATOS GENERALES

Completar los espacios en blanco y marca con un aspa (X) según corresponda

1. Edad:

2. Sexo: a) Masculino () b) Femenino ()

3. Estado civil: a) Soltero () b) Casado () c) Conviviente () d) Viudo ()
e) Divorciado ()

4. Grado de instrucción: a) Primaria () b) Secundaria () c) Superior ()

5. Parentesco con el paciente: a) Hermano () b) Sobrino () c) Hijo ()
d) otro:.....

6. Sexo del paciente: a) Masculino () b) Femenino ()

7. Edad del paciente:.....

8. Tiempo de enfermedad del paciente:.....

9. Tiempo que lleva cuidando al paciente:

10. Recibe tratamiento: a) Regular () b) Irregular () c) A veces ()

INSTRUCCIONES

Para contestar utilice las alternativas de respuesta y marque con un aspa (X) donde crea conveniente.

	Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre
1	¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?					
2	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
3	En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?					
4	¿Siente que su familiar depende de Ud.?					
5	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?					
6	¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
7	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
8	¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?					
9	¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
10	¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
11	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
12	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
13	¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
14	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?					
15	¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar?					
16	¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar?					
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
18	¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
19	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21	¿Cree Ud. que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar, además de sus otros gastos?					
22	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?					

ANEXO 5: CORRELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA PRUEBA DE ZARIT CON LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Correlación entre la dimensión de sobrecarga y la Inteligencia Emocional

		Sobrecarga
Inteligencia Emocional	Correlación de Pearson	-.656
	Sig. (bilateral)	.000
	N	30

En la tabla se puede observar una correlación de -0.656 de la dimensión de sobrecarga de la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana y la inteligencia emocional, siendo esta de tendencia inversa y con alta magnitud.

Correlación entre la dimensión de rechazo y la Inteligencia Emocional

		Rechazo
Inteligencia Emocional	Correlación de Pearson	-.507
	Sig. (bilateral)	.004
	N	30

En la tabla se puede observar una correlación de -0.507 de la dimensión de rechazo de la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana y la inteligencia emocional, siendo esta de tendencia inversa y con alta magnitud.

Correlación entre la dimensión de falta de competencia y la Inteligencia Emocional

		Falta de competencia
Inteligencia Emocional	Correlación de Pearson	-.605
	Sig. (bilateral)	.000
	N	30

En la tabla se puede observar una correlación de -0.605 de la dimensión falta de competencia de la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana y la inteligencia emocional, siendo esta de tendencia inversa y con alta magnitud.