

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADO/A

EN TERAPIA FÍSICA

**SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL Y SOCIAL DE LOS CUIDADORES DE LOS
PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, EN LA ASOCIACIÓN DE
DISCAPACIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS (FF.AA.) DURANTE LA PANDEMIA
COVID-19, QUITO 2020**

ELABORADO POR:

TATIANA TASIPANTA LEÓN

QUITO, DICIEMBRE 2020

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como propósito determinar la sobrecarga física, emocional y social de los cuidadores de los pacientes con traumatismo craneoencefálico durante la pandemia de Covid-19 mediante la aplicación de la escala de sobrecarga de cuidador de Zarit en asociación de discapacidades de las FF.AA. es un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal que se incluyó a 21 personas incorporadas como cuidadores informales a cargo de un paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) moderado o grave. Donde se observó que los hombres eran los principales cuidadores y que el 50% de las personas presentan sobrecarga intensa en la escala de Zarit y la dimensión más afectada es la física mientras que el otro 50% presentan no sobrecarga.

Palabras clave: síndrome de sobrecarga, cuidador, traumatismo craneoencefálico

ABSTRACT

The purpose of this work was to determine the physical, emotional and social overload of caregivers in patients with head trauma during the Covid-19 pandemic. The Zarit Caregiver Overload Scale was used as an application tool at (site). This study is an observational, descriptive, cross-sectional study that included 21 individuals enrolled as informal caregivers of a patient with moderate or severe traumatic brain injury (TBI). Where it was observed that men were the main caregivers and that 50% of the people present intense overload in the Zarit scale and the most affected dimension is the physical one while the other 50% present no overload.

Keys words: overload syndrome, caretaker, head trauma

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía, mi apoyo, mi consuelo y por darme la fuerza para sobrellevar todos los momentos difíciles. A mis padres por su apoyo durante esta travesía de mi vida, por su confianza, amor en cada momento importante y difícil de mi vida, en especial por su paciencia. A mi hermana Michelle por ser mi amiga, confidente y apoyo incondicional en cada momento. A mi hermano Israel por ser mi inspiración en este proyecto y mi carrera, por la fuerza y motivación que me brinda cada día. A mi amiga Estefanía Armendariz por su apoyo y amistad durante el inicio y fin de nuestra carrera.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y al Niñito de Isinche por la fuerza y sabiduría que me brindaron en cada momento.

A mis padres por su apoyo incondicional, por sus enseñanzas, por todo su amor en los momentos más difíciles que pasamos que sin ninguno de los dos nada de esto sería posible. Sobretudo agradezco infinitamente su apoyo económico.

A mis hermanos por su apoyo en cada momento de mi vida, por cada momento de risas que los tres disfrutábamos y me ayudaban a distraerme, por su paciencia y complicidad.

A mis abuelitos Rafael, Teresa, Luz Delfina por su amor, apoyo en cada momento y sobre todo por sus oraciones en los momentos difíciles que pasé de mi salud.

A mi directora de tesis Lorena Rueda por guiarme en este proceso de estudio, por sus enseñanzas durante la carrera y sobre todo por su apoyo y ayuda durante los duros momentos de salud que atravesé.

A todas las personas que fueron parte de este estudio, quienes sabiendo la situación que atravesamos me brindaron su ayuda.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---------------------------------------------------------------------|------|
| INTRODUCCIÓN..... | VIII |
| CAPITULO I: ASPECTOS BASICOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 1 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN..... | 3 |
| 1.3 OBJETIVOS..... | 4 |
| 1.3.1 Objetivo General..... | 4 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos..... | 4 |
| 1.4 METODOLOGÍA..... | 5 |
| 1.4.1 Tipo de estudio..... | 5 |
| 1.4.2 Diseño y tamaño de la muestra..... | 5 |
| 1.4.3 Fuentes, técnicas e instrumentos..... | 6 |
| CAPITULO II..... | 8 |
| 2.1. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO..... | 8 |
| 2.1.1 Concepto..... | 8 |
| 2.1.2 Epidemiología..... | 8 |
| 2.1.3 Escala de Glasgow..... | 10 |
| 2.1.4 Consecuencias de un TCE..... | 13 |
| 2.2 IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN EN EL PACIENTE CON TCE..... | 14 |
| 2.2.1 Evaluación Del Paciente Con Trauma Craneoencefálico..... | 15 |
| 2.2.2 Proceso de rehabilitación del TCE..... | 18 |
| 2.3 COVID-19..... | 19 |
| 2.3.1 Consecuencias..... | 19 |
| 2.3.2 Fisioterapia en el manejo del paciente COVID-19..... | 20 |
| 2. 4 NIVEL DE SOBRECARGA..... | 20 |
| 2.4.1 Cuidador..... | 20 |
| 2.4.3 ¿Qué factores forjan una gran personalidad del cuidador?..... | 21 |
| 2.4.4 El cambio adaptativo..... | 22 |
| 2.4.5 Autoestima y desarrollo personal..... | 23 |
| 2.6 SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL Y SOCIAL..... | 25 |
| 2.7 COVID-19 Y SOBRECARGA..... | 27 |
| 2.8 HIPÓTESIS..... | 28 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| 2.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 29 |
| CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 34 |
| 3.1 ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS GENERALES | 34 |
| 3.1.1 Categorizar a la población de estudio..... | 34 |
| 3.1.2 Aplicación de la escala de sobrecarga del cuidador Zarit | 42 |
| 3.1.3 Análisis e interpretación de datos obtenidos de Zarit | 44 |
| DISCUSIÓN | 49 |
| CONCLUSIONES..... | 52 |
| RECOMENDACIONES..... | 53 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 54 |
| ANEXOS..... | 59 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1 Operacionalización de variables..... | 29 |
| Tabla 2 Datos de categorización de la población..... | 34 |
| Tabla 3 Escala de Zarit y su aplicación a la población estudiada..... | 42 |
| Tabla 4 Conjunto de preguntas de dominio físico | 44 |
| Tabla 5 Conjunto de preguntas de dominio emocional | 45 |
| Tabla 6 Conjunto de preguntas de dominio social | 47 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|----------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Clasificación del trauma craneoencefálico..... | 12 |
| Figura 2. Escala de Glasgow | 12 |
| Figura 3. Genero del Cuidador | 37 |
| Figura 4. Tipo de Trauma..... | 38 |
| Figura 5. Edad del paciente | 38 |
| Figura 6. Edad del Cuidador | 39 |
| Figura 7. Talla del paciente..... | 39 |
| Figura 8. Talla del Cuidador..... | 40 |
| Figura 9. Peso del paciente | 41 |
| Figura 10. Peso del Cuidador | 41 |
| Figura 11. Dominio Físico | 45 |
| Figura 12. Dominio Emocional..... | 47 |
| Figura 13. Dominio Social..... | 48 |

INDICE DE ANEXOS

| | |
|-----------------------------------------------|-----|
| <i>Anexo 1. Escala de Zarit</i> | 599 |
| <i>Anexo 2 Consentimiento informado</i> | 60 |

INTRODUCCIÓN

El trauma craneoencefálico es “un daño del cerebro producido por una fuerza externa que puede ocasionar una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo” (Zufiría, 2018). Considerando lo que es un TCE podemos mencionar que la corresponsabilidad es tanto de los fisioterapeutas en su recuperación, pero con mayor responsabilidad y tiempo de los familiares que se encuentran a su cuidado; la misma que debido a la emergencia sanitaria mundial se ha visto en la obligación de permanecer en los domicilios y tomando medidas de seguridad sanitaria al paciente neurológico, por pertenecer a un grupo de mayor riesgo de contagio. Debido a esta emergencia sanitaria los cuidadores pueden presentar sobrecarga más intensa y así mayores demandas económicas, de tiempo y cuidado. Porque ahora serán ellos los encargados de realizar su terapia física, cuidado personal entre otras cosas más (Huete, F. , Pérez, Z., Gutiérrez, M., & Herrero, R, 2010). Diferentes estudios mencionan que el compromiso motor del paciente con lleva a una mayor sobrecarga y menor calidad de vida en cuidadores. El estrés fue de menor a mayor tiempo con los pacientes de TCE (del Mar Musazzi, M., Aladro, I., Catoira, N., Vidal, A., Aguiló, A., & Viale, L., 2020).

Es por ello, que un área importante de estudio es la determinación de sobrecarga física, emocional y social de los cuidadores durante la pandemia de COVID- 19, considerando que son los principales responsables del cuidado y no existe un reconocimiento total hacia ellos. Es importante entender su contexto, sus vínculos y en especial el sacrificio.

Por consiguiente, la presente investigación está conformada por tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos. Donde el capítulo I se describe generalidades resaltando el problema de investigación que es el síndrome de sobrecarga del cuidador. En el capítulo II se detalla el marco teórico y conceptual del traumatismo craneoencefálico y el síndrome de sobrecarga. En el capítulo III se detalla los resultados obtenidos durante la investigación aplicando la escala de sobrecarga del cuidador Zarit.

CAPITULO I: ASPECTOS BASICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo entero especialmente en el Ecuador por varios factores, éstos sean por herencia genética, complicación en los partos, accidentes profesionales y no profesionales, se han evidenciado muchos pacientes con problemas neurológicos. Un problema neurológico es el traumatismo craneoencefálico el cual tras un impacto se produce un daño progresivo y van apareciendo lesiones cerebrales primarias, pero también lesiones cerebrales secundarias (CH, D. , 2018). Además, la presencia de lesiones primarias y lesiones secundarias denominadas insultos extra neurológicos interfieren en la atención, la memoria, las funciones frontales, sentimientos y la conducta y posterior al TCE la evaluación nos dirige al deterioro intelectual, la movilidad voluntaria y el nivel de conciencia (Carreón., H., 2017).

El traumatismo o también llamado “enfermedad traumática”, representa un grave problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados, compone la primera entidad como causa de mortalidad. Se considera que cada siete segundos ocurre un trauma craneoencefálico (TCE) y un fallecimiento cada cinco minutos, muy particularmente entre la población joven (CH, D., 2018).

Debido a ello deben ser cuidados por alguna persona; es así que cuidar a estas personas implica modificar funciones, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico (Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V., 2015). En varias investigaciones se obtuvo como resultado en el año 2015 entre 54 cuidadores, la media de edad 48, de las cuales 70% eran mujeres y 52% convivientes. Se detectó un 67% de sobrecarga con rango entre 47-80 puntos, distribuidos según sobrecarga intensa (43%) sobrecarga leve (24%) y ausencia de sobrecarga (33%) (Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V., 2015)

Actualmente el país y el mundo entero están pasando por una situación muy difícil como lo es el coronavirus o también llamado Covid-19. El coronavirus es una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, causan infecciones respiratorias. Estas infecciones suelen cursar con fiebre y síntomas respiratorios (tos y disnea o dificultad para respirar). En los casos más graves, pueden causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e, incluso, la muerte (OMS, 2019).

Por esa razón en el país se tomó medidas de confinamiento en las casas, por esa razón los pacientes no asistían a sus terapias y los cuidadores tuvieron a tener más sobrecarga por que aumentaron sus responsabilidades.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo un previo conocimiento sobre el tema, esta investigación trata sobre la sobrecarga física, emocional y social de los cuidadores a causa del Covid-19 en pacientes con traumatismo craneoencefálico, considerando que el cuidador realizará varias actividades para el cuidado del paciente neurológico las cuales ya las venía haciendo y por el brote del Covid- 19 ha aumentado más su cuidado hacia ellos con el fin de darle una mejor calidad de vida.

Discurrir que la familia es el funcionario principal de la recuperación ampliada del paciente con un traumatismo craneoencefálico y las adaptaciones a la discapacidad. Existe una relación de consanguinidad en la mayor parte de los cuidadores y fue de (madre - hijo). Entonces las personas externas deben conocer que los cuidadores de estos pacientes tienen una aceptación de la responsabilidad, independencia y vida personal, tensión emocional familiar, autocontrol. (Carreón., H., 2017).

Tomando en cuenta la situación que está atravesando el país por el Covid-19, en el cual el presidente del Ecuador dispuso días de confinamiento. En estos días la familia puede experimentar ciertos cambios a nivel emocional y comportamental propios de la situación en la que nos encontramos y que afectan a todos los miembros de la familia. La más importante, que nunca se había dado antes y que nos ha repercutido a toda la población a la vez, ha sido la del confinamiento familiar. Por este confinamiento están apareciendo comportamientos y diversas emociones las cuales pueden ser el miedo, el enfado, la irritación y la frustración, reflejando las limitaciones que sufren al no poder encontrar soluciones a cada necesidad. Además, puede aparecer comportamientos como la apatía o estado de falta de motivación o de interés asociado a un estado de desesperanza (David de cubas, 2020).

Debemos considerar que el trabajo de un cuidador es de muy alta petición y ellos se preocupan de la persona que están cuidado, pero hay muy pocos que sienten desinterés de la parte física, emocional y social de los cuidadores (Prieto, S., Arias, N., Villanueva, E, & Jiménez, C., 2015). Entonces debe ser de suma importancia conocer las afecciones de los cuidadores con el fin de ayudarlos físicamente y emocionalmente.

Por lo tanto, esta investigación se realizó mediante investigaciones previas, libros, tesis, artículos y algunos conocimientos de expertos en el tema como doctores neurológicos, psicólogos, fisioterapeutas; especialmente a los cuidadores.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar la sobrecarga física, emocional y social de los cuidadores de los pacientes con traumatismo craneoencefálico, en la Asociación de discapacitados de las FF. AA. durante la pandemia de COVID-19, Quito 2020.

1.3.2 Objetivos Específicos

- 1.- Categorizar a la población objeto de estudio.
- 2.- Aplicar la escala de Zarit relacionada a la sobrecarga física y emocional de los cuidadores.
- 3.- Analizar e interpretar los datos obtenidos de la escala de Zarit.

1.4 METODOLOGÍA

1.4.1 Tipo de estudio

El modelo del presente estudio utilizó un enfoque cuantitativo en el cual consiste en ir de los casos generales a la particularización de casos es decir empezaremos por grupo de personas de un lugar específico con el fin de obtener datos que nos puedan ayudar a identificar la problemática.

Se utilizó el nivel de estudio observacional - descriptivo, el cual nos ayudó a analizar “cómo es” y “cómo se manifiesta” los componentes cómo fueron la sobrecarga física, emocional y social en los cuidadores de pacientes con TCE, establecimos características demográficas como el número de los cuidadores, la edad, el peso, talla tanto del cuidador como del paciente y profesión u ocupación del cuidador que también ayudo a la identificación de la sobrecarga de los cuidadores que se encontraron en la población de esta investigación en la cual utilizamos métodos como encuestas las cuales planteamos a los cuidadores de los pacientes con TCE y con ello identificamos la sobrecarga física, emocional y social por el que están pasando a causa del Covid-19. La investigación se realizó de una manera prospectiva es decir los hechos que están pasando u ocurriendo en el presente.

1.4.2 Diseño y tamaño de la muestra

Se utilizó el diseño cuantitativo el mismo que permitió utilizar métodos y técnicas diversas como gama de estrategias que ayudaron a reunir los datos para posterior la interpretación y la explicación y serán:

Este estudio es transversal, un tipo de investigación observacional la cual nos ayudó a analizar datos de variables recopiladas y serán observados en el mismo momento de tiempo sobre una población muestra definido (Rodríguez, M., & Mendivelso, F., 2018).

El universo que fue analizado en esta investigación, estuvo constituido por las personas de la Asociación de discapacidad de la FF.AA. La población de estudio estuvo comprendida de 21 participantes de los cuales tres salieron del estudio porque era cuidadores de pacientes con traumatismo craneoencefálico leve y un participante salió del estudio por no estar en el rango de edad requerido. Por ende, hubo la participación de 17 personas a la cual se le aplicó el test de Zarit. Además, el presente estudio tendrá una muestra no probabilística e intencional.

1.4.2.1 Criterios de inclusión

- a) Cuidadores a cargo de pacientes con TCE moderados y graves.
- b) Cuidadores con edad de 35-65 años.
- c) Cuidadores a cargo de pacientes con TCE de 25 a 65 años.

1.4.2.2 Criterios de exclusión

- a) La edad del cuidador sea menor a 34 años.
- b) Si el cuidador recibe un salario.

1.4.3 Fuentes, técnicas e instrumentos

El análisis de la información obtenida se realizó de forma cuantitativa es decir una estadística descriptiva donde nuestras fuentes fueron:

1.4.3.1 Fuentes primarias

Este estudio contiene información original no abreviada ni traducida, será información de primera mano las cuales fueron encuestas y métodos de observación.

1.4.3.2 Fuentes secundarias

Este estudio contiene datos sintetizados, interpretan y analizan fuentes primarias como libros, revistas, artículos.

Se utilizó la escala de Zarit como instrumento, sin embargo, por la situación que estamos atravesando por el COVID-19 las encuestas se realizaron de manera virtual a los correos de los participantes y si tenían alguna duda fueron resueltas por llamada telefónica.

1.4.3.3 Escala de sobrecarga del cuidador Zarit

El instrumento de esta investigación fue Escala de sobrecarga del cuidador Zarit.

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit evalúa la presencia y los niveles del sentimiento de sobrecarga. La escala de Zarit ayuda a medir el grado de bienestar de los cuidadores encargados de personas con alguna dependencia. Consta de 22 ítems de respuesta tipo Likert. La escala de Zarit evalúa los niveles de consciencia y percepción de

los cuidadores, relacionados con las fachadas de su vida la cual se ve alterada debido a las labores de asistencia hacia la persona dependiente. El cuidador tiene valores de continuidad para responder la escala de Zarit, entre el 1 (nunca) y el 5 (casi siempre). Los ítems de esta herramienta cuentan con el análisis de recursos financieros y sociales que se invierten para facilitar y mejorar las labores de cuidado (Rodríguez, Á., Córdoba, A., & Poches, D., 2016).

CAPITULO II

2.1. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO

2.1.1 Concepto

El trauma craneoencefálico (TCE) es una patología médico-quirúrgica definida por una variación cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza creando un daño estructural en el cerebro en la cual se incluye tejido cerebral y sus vasos sanguíneos (Charry, J., Cáceres, J., Salazar, A., López, L., & Solano, J., 2017). También podemos definir al traumatismo craneoencefálico (TCE) como una lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica. En esta definición incluye causas externas en la que puede dar como resultado la conmoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro o del tronco del encéfalo hasta el nivel de la primera vértebra cervical (CH, D., 2018).

El trauma craneoencefálico (TCE) también se caracteriza por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza con la presencia de al menos de uno de los siguientes signos o síntomas como son: cambio de la consciencia y/o amnesia causado por el trauma sufrido; cambios neurológicos o neurofisiológicos, de fractura de cráneo o lesiones intracraneanas aplicables al trauma. Entonces este trauma se da como producto de la liberación de una fuerza externa y esta puede ser de en forma de energía mecánica, química, térmica, eléctrica, radiante o una combinación de éstas y esto resulta en un daño estructural del contenido cerebral, incluyendo el tejido cerebral y los vasos sanguíneos que irrigan este tejido. También se define como la ocurrencia de muerte resultante del trauma que encierra los diagnósticos de lesión de la cabeza o injuria cerebral traumática los cuales pueden originan la muerte (Charry, J., Cáceres, J., Salazar, A., López, L., & Solano, J., 2017).

2.1.2 Epidemiología

Se estima que, la incidencia de TCE a nivel mundial es alrededor de 200 personas por cada 100.000 habitantes, además por cada 250-300 TCE leves hay 15-20 moderados y 10-15 graves. La relación es 2:3 afectando más a los hombres, con una edad de máximo riesgo situada entre los 15 y los 30 años, por lo que se considera un problema de salud pública. La causa más frecuente son los accidentes de tránsito que estima un 70%, seguido de hechos violentos y/o caídas desde su propia altura dependiendo del área geográfica en el que se

encuentre. La tasa global de mortalidad por trauma es de 19 por 100.000 habitantes; en América Latina de 75.5 por 100.000 habitantes (Charry, J., Cáceres, J., Salazar, A., López, L., & Solano, J., 2017).

El TCE afecta principalmente a la población de 15 a 45 años y en su mayor parte a los hombres y las tres causas más importantes para este daño cerebral es el accidente de tránsito (75%), caídas (20%), lesiones deportivas (5%). El TCE es la tercera causa de muerte en la población general y la principal causa de mortalidad en adultos jóvenes, además la mitad de los casos de traumatismo están relacionados con traumatismo craneoencefálico (TCE). Para apreciar la imagen médica y social del problema, debemos saber que diez millones de personas en Estados Unidos de América sufren TCE anualmente y en 20% de los mismos se encuentra lesión cerebral. Entre los 25 y 35 años de edad los accidentes, usualmente colisiones vehiculares, son la principal causa de trauma y en 70% hay TCE. La tasa de mortalidad del TCE severo es de aproximadamente 35% y la recuperación funcional es sólo de 40-50% (Mendoza, L., García, L., & Arroyo, G., 2017).

Podemos tomar en cuenta ciertos ejemplos donde se ha realizado estudios de la epidemiología de Traumatismo craneoencefálico y uno de ellos es en España donde existen 200 nuevos casos cada 100.000 habitantes. El 70% de éstos tienen una buena recuperación, el 9% fallecen antes de llegar al hospital, el 6% lo hacen durante su estancia hospitalaria y el 15% quedan funcionalmente incapacitados en diferentes grados (moderados, graves o vegetativos), teniendo en cuenta solamente los accidentes de tráfico como una de las etiologías más frecuentes del TCE, en España hubo 171.000 poli traumatizados, lo que ha supuesto un coste económico hospitalario de 180 millones de euros. Es así que podemos considerar que el TCE provoca un golpe sanitario y socioeconómico muy grande y así constituye la primera causa de muerte en los individuos menores de 45 años de edad y la tercera causa en todos los rangos de edad. (Jiménez, F., 2020).

En Europa, la incidencia es de 235 por 100 mil individuos y en Australia 322 por cada 100 mil individuos. En Brasil y otros países latinoamericanos, los estudios sobre el tema son escasos. Algunos estudios consumados presentaron datos de pacientes brasileños y fueron fundamentados en registros DATASUS, es decir, aquí se consideró los casos de TCE asociado con ingresos hospitalarios (Magalhães, A., Souza, L., Faleiro, R., Teixeira, A., & Miranda, A., 2017).

Entonces el trauma craneoencefálico causa la mayoría de las muertes por traumas a nivel mundial, la tasa es de 579 por 100.000 persona/año, principalmente debido a caídas y/o accidentes vehiculares y se puede asociar al sexo de las personas y este está

predominante en hombres, también a edad y/o país (más alta en países en vía de desarrollo). Está previsto que para el año 2030 supere a otras situaciones como causa de muerte y discapacidad. Esto impacta los sistemas de salud por el tratamiento y mantenimiento de los pacientes, las nuevas herramientas diagnósticas, centros de neurocirugía, y tratamientos de cuidados intensivos, los cuales pueden ayudar a disminuir las tasas de mortalidad en pacientes con TCE, pero a su vez, generan altos costos (Herrera, M., Ariza, A., Rodríguez, J., & Pacheco, A., 2018).

Tomando en consideración que varios estudios donde nos menciona que la población más afectada son los países tercermundistas, lo cual constituyen a casi toda Latinoamérica, que junto con el continente africano son los que más países de este nivel albergan. La incidencia de TCE varía considerablemente dependiendo del país o continente que se estudie, la mortalidad del TCE es mucho más alta en países tercermundista que en países del primer mundo debido a la demora de la atención en servicios de salud. El pronóstico es más favorable en países que cuentan con programas de prevención de lesiones, tienen una mejor y rápida atención sanitaria (Herrera, M., Ariza, A., Rodríguez, J., & Pacheco, A., 2018).

2.1.3 Escala de Glasgow

La disminución en la mortalidad del TCE puede ser atribuida a las medidas de salud pública a las medidas preventivas que comuniquen como es el uso de cinturones de seguridad, cascos para motociclistas y desarrollo de sistemas paramédicos con personal entrenado. Las lesiones traumáticas son una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. El TCE como lo mencionamos es producido por una fuerza externa la cual envuelve mecanismos fisiopatológicos complejos (Santos, W., Vancin, C, Lopes, M., Okuno, M., & Batista, R. , 2016).

La comprensión de las lesiones que ocasiona el trauma ha avanzado gracias a la fácil disponibilidad de la tomografía axial computarizada (TAC). Clínicamente se puede dividir a las víctimas de TCE en tres grupos de riesgos los cuales se clasificaron en bajo, moderado y alto riesgo y se caracterizan como: (Mendoza, L., García, L., & Arroyo, G., 2017):

Grupo de bajo riesgo: Son asintomáticos con posibles hallazgos de cefalea discreta y no progresiva; debilidad generalizada; hematoma, laceración, contusión y/o abrasión de la piel cabelluda; ausencia de criterios de riesgo moderado o alto (Ortega, J., Prieto, N., Choque, B., Degenhardt, M., Poveda, P., López, M., & López, A., 2018).

Grupo de riesgo moderado: Historia de cambio del estado de conciencia en el momento de la lesión o subsecuentemente, historia de cefalea de intensidad progresiva, intoxicación con alcohol y/o drogas, historia poco confiable de los sucesos, convulsiones postraumáticas, vómito, amnesia postraumática, trauma múltiple, tensión facial severa, signos de fractura de la base de cráneo, posible penetración o fractura deprimida de cráneo, sospecha de abuso físico en niños (Ortega, J., Prieto, N., Choque, B., Degenhardt, M., Poveda, P., López, M., & López, A., 2018).

Grupo de riesgo alto: Caracterizado por nivel de conciencia sumamente deprimido y no claramente relacionado con: alcohol, drogas u otra causa (Ej.: alteraciones metabólicas o padecimientos convulsivos); signos neurológicos focales; lesión penetrante de cráneo; fractura de cráneo palpable deprimida (Ortega, J., Prieto, N., Choque, B., Degenhardt, M., Poveda, P., López, M., & López, A., 2018).

La escala de Glasgow es un instrumento muy utilizado y fue elaborada por Teasdale en 1974 porque facilitó un registro y monitorización del nivel de conciencia de una manera simple y fiable para los pacientes que sufrieron un traumatismo craneoencefálico. Inicialmente, se desarrolló como una serie de representaciones de la capacidad de apertura ocular y de respuesta motora y verbal. En 1977, Jennett y Teasdale establecieron un valor numérico a cada componente e indicaron sumarlos para obtener una única medida global como la conocemos hoy (Corral, L., 2015).

La escala de Glasgow es decisiva para el pronóstico del trauma craneoencefálico. Clínicamente se clasifica en leve, moderado y severo mediante la escala de coma de Glasgow. En cuanto a los mecanismos de la lesión, las caídas son la principal causa de traumatismo, seguido de los golpes y accidentes automovilísticos (Herrera, M., Ariza, A., Rodríguez, J., & Pacheco, A., 2018).

La utilidad de esta escala, nos ayuda a estimar la gravedad y el pronóstico del traumatismo, se ha comprobado en el enfermo que sufre trauma grave, porque complementa con la valoración de otros parámetros de la escala. Sin embargo, existen diferencias referentes a la aplicación en los traumas leves y moderados (Zufiría, J., Prieto, N., Cuba, B., Degenhardt, M., Núñez, P., Serrano, M., & Raigada, A., 2018).

La Escala de coma de Glasgow (ECG), abarca 3 puntos (Coma Profundo) hasta 15 puntos (conciencia normal). Si la ECG es menor a 8 se discurre como un trauma craneoencefálico grave; si la estancia en el hospital es de 48H00 o más y se da uno de los siguientes factores: Cirugía Craneal, Tac anormal o ECG de 9-12 se considera un traumatismo moderado y un trauma leve si la ECG es entre 13-15. Un traumatismo leve se

subclasifica en: Leve real si la ECG es de 15 y Leve de alto riesgo si la ECG es entre 13-14 (CH, D., 2018).

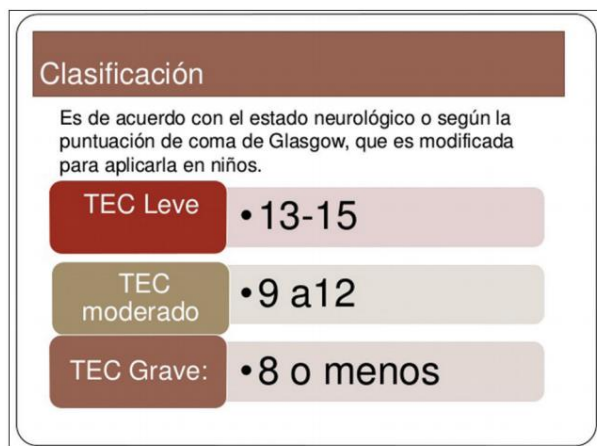


Figura 1. Clasificación del trauma craneoencefálico

Fuente: (Zufiría, J., 2018). Recuperado de <http://surgicalneurologyint.com/wp-content/uploads/2018/02/8733/SNI-9-16.pdf>



Figura 2. Escala de Glasgow

Fuente: (Zufiría, J. 2018) Recuperado de <http://surgicalneurologyint.com/wp-content/uploads/2018/02/8733/SNI-9-16.pdf>

Independientemente de su gravedad los TCE, pueden ser clasificados en su ingreso a emergencias donde podrán ser:

I. Bajo Riesgo: Casos asintomáticos; Cefalea; Vértigo; hematoma, laceración o abrasión del cuero cabelludo; ausencia de los criterios de riesgo moderado o alto. (Cáceres, V., 2018).

II. Moderado Riesgo: hace referencia al cambio que sufre la conciencia de la persona en el momento del traumatismo o posterior este, esto se puede dar por cefalea progresiva, intoxicación por alcohol o drogas, historia no fiable o inadecuada sobre el mecanismo del traumatismo, edad por debajo de los dos años; convulsión postraumática, vomito, pérdida de la memoria después del trauma, lesiones faciales graves, signos de fractura en la base de cráneo, sospecha de maltrato infantil, lesiones penetrantes leves en el cráneo, fracturas craneales (Anaguano., P., 2017).

III. Alto Riesgo: se afecta el nivel de conciencia deprimido y no atribuible con claridad al alcohol, drogas u otra causa, signos neurológicos, disminución progresiva de la conciencia, lesiones penetrantes severas en el cráneo (Zufiría, J., Prieto, N., Cuba, B., Degenhardt, M., Núñez, P., Serrano, M., & Raigada, A., 2018).

2.1.4 Consecuencias de un TCE.

Por incapacidad funcional entendemos la presencia de alguna alteración neurológica que limita su vida normal en diferente medida, desde la necesidad para su propio cuidado hasta la reincorporación a su ocupación laboral previa. Además, a raíz de un TCE, se pueden producir secuelas psicológicas tales como déficit de memoria, inatención, pensamiento desorganizado, desinhibición, irritabilidad, depresión o impaciencia que convertirán al menos a otro 6% de los no incluidos en la categoría de incapacitados funcionales en inadaptados socio laborales y familiares, con lo cual la tasa de incapacidad postraumática asciende al 21% (Jiménez, F., 2020).

El pasar por un traumatismo craneoencefálico sobre todo moderado y grave nos puede demostrar graves consecuencias que afectan a múltiples componentes: desde el desarrollo de un estado vegetativo o de mínima conciencia hasta déficits importantes en componentes sensorio motores, cognitivos o afectivos. Constantemente, se ha explicado la aparición de diferentes consecuencias como afasias, apraxias, limitaciones motrices, alteraciones visuoespaciales (Huertas-hoyas et al., 2015). También, suelen surgir déficits de tipo cognitivo como problemas de atención, memoria y funciones ejecutivas (García-Molina et al., 2015) (Velez., C. , 2016).

Incorporado todos estos déficits se va a tener un impacto funcional muy importante y será una fuente significativa de dependencia, dificultando las relaciones sociales y la reinserción laboral (García-Molina et al., 2015) (Gilibert, N.)

2.2 IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN EN EL PACIENTE CON TCE

La fisioterapia es una técnica de curación que puede desarrollar diferentes tareas para diagnosticar una capacidad funcional, la fuerza de un músculo o las características del movimiento de una articulación y es que la formación universitaria necesaria para asumir esta profesión prepara a los fisioterapeutas para actuar como miembros competentes de la Salud Pública (OMS, s.f.).

La rehabilitación tiene como efectividad la rehabilitación de pacientes con lesiones neurológicas secundarias a TCE para que obtengan su mejor desenlace funcional y la mejor calidad de vida. Una guía de manejo es una de las formas más efectivas de comunicar los puntos esenciales de un programa de rehabilitación en TCE. Se busca con la guía definir una serie de procesos útiles para la toma de decisiones en el paciente individual más que poner una camisa de fuerza o una serie de reglas rígidas por seguir en el manejo de estos pacientes (Barragán, R., Montiel, Á., Limón, I., Escobedo, V., & Loría, J, 2016).

Con conocimiento previos de lo que conlleva un TCE y su epidemiología convenimos creer que los costos de rehabilitación e incapacidad pueden presentar un alto costo. La mayoría de pacientes son adultos jóvenes en sus años más productivos económicamente. El impacto empieza con los efectos económicos que enfrenta la familia del traumatizado además la toma de decisiones en salud requiere de instrumentos validados para la gestión y verificar el cumplimiento de los resultados en los tiempos establecidos (Barragán, R., Montiel, Á., Limón, I., Escobedo, V., & Loría, J, 2016).

Un trauma craneoencefálico puede causar diferentes consecuencias y todo ello es de acuerdo a la gravedad que presente el paciente y estas consecuencias pueden ser: deficiencias, discapacidades y limitaciones. Las deficiencias son los trastornos que la enfermedad produce en la estructura corporal, la apariencia física o la función de un órgano o sistema. Las discapacidades reflejan las consecuencias en el rendimiento funcional y la actividad de una persona producidas por las deficiencias. Las limitaciones constituyen las desventajas que experimenta el individuo en su interacción y adaptación al medio, causadas por sus deficiencias y discapacidades. Debe tenerse en cuenta que trastornos sociales severos pueden encontrarse incluso después de trauma leve o moderado incluyendo

problemas laborales y familiares que muchas veces no se consideran en las estadísticas de morbilidad (Orrego, A. , 2017).

2.2.1 Evaluación Del Paciente Con Trauma Craneoencefálico.

En la evaluación inicial de un paciente con trauma craneoencefálico (TCE), debe ser el reflejo de las posibilidades terapéuticas disponibles para rehabilitación y con esta evaluación va a brindar numerosas posibilidades y diferentes conceptos para el tratamiento de los pacientes con TCE. El propósito de la evaluación es identificar problemas que puedan ser manejados y aquellos que influyan o restrinjan la elección de enfoques terapéuticos. Para lograr una evaluación adecuada esta debe ser realizada por personal experto en rehabilitación usando una combinación de pruebas clínicas y de escalas de evaluación funcional adecuadamente validadas (Mendoza, L., García, L., & Arroyo, G., 2017).

Los Traumas Craneoencefálicos son uno de las principales y más frecuentes valoraciones de daño corporal que se realiza, en el cual se evalúa el TCE con pérdida de la consciencia y en qué momento deben de valorarse, para detallar si estamos con un déficit neurológico transitorio o ya una secuela establecida (Calderón, C., & Fonseca, R. , 2016).

2.2.1.1 Examen neurológico del paciente con traumatismo craneoencefálico

El examen neurológico es una evaluación del sistema nervioso de un paciente y puede ser realizado por un médico o fisioterapeuta. Con este examen se puede medir los efectos o consecuencias que provoco el TCE en los pacientes, para estas evaluaciones es necesario unas guías de práctica clínica muy bien realizadas para la atención del paciente adulto con TCE grave o severo, en los cuales provocan más daño o mayores consecuencias después de un TCE (Alarcon., J. , 2018).

Es importante un examen físico, pero debemos tomar también con prioridad la evaluación del estado cognitivo y conductual premórbido. La evaluación debe incluir una historia de abuso de drogas o alcohol o enfermedad psiquiátrica en el momento del TCE, ya que estos por sí solos, son factores que alteran el pronóstico. El nivel de educación y el empleo también deben ser obtenidos. Los pacientes más jóvenes pueden tener registros escolares, incluyendo resultados de evaluaciones cognitivas previas, que pueden proveer un cuadro objetivo de destrezas cognitivas premórbidas. Todo paciente con TCE debe tener un examen neurológico completo que incluya una evaluación detallada del estado mental, nervios craneales, sistema motor, sistema sensitivo, reflejos, coordinación, postura y marcha (Alarcon., J. , 2018).

En la parte de fisioterapia se evalúa diferentes aspectos como:

2.2.1.2 Tono muscular

El tono muscular es la contracción pasiva de los músculos del cuerpo es el estado de reposo del músculo el cual conserva postura corporal sincronizándose con cada movimiento del cuerpo y esto por lo general se evalúa por observación. La atrofia se puede entender comprobando la circunferencia de una extremidad con el lado opuesto de la otra extremidad, las medidas deben ser desde un punto de referencia. Antes de ello se puede realizar una movilización pasiva de las extremidades con el paciente relajado. Los movimientos que se evalúan son flexo-extensión y rotaciones de brazo, flexo-extensión de muñeca, pronosupinación del antebrazo, flexo-extensión del codo y flexo-extensión de rodilla o cadera (Fernández, D., Díaz, J., Caballero, A., & Córdova, A., 2019).

2.2.1.3 Fuerza muscular

Cuando el paciente no manifiesta signos de espasticidad, se deben evaluar los motores primarios de los dedos, muñecas, codos, hombros, cuello, tobillos, rodillas y caderas. Es importante ubicar al paciente apropiadamente mientras se está realizando el examen (Castro, J., Ortega, F., Artero, E., Girela, M., Mora, J., Sjöström, M., & Ruiz, J., 2018).

2.2.1.4 Movimientos anormales

Hace referencia a posturas anormales o movimientos motores anormales que pueden resultar directamente de TCE o como derivación de efectos colaterales de algunos medicamentos y en los cuales se puede encontrar diferentes signos como: distonía, discinecias, coreoatetosis, balismos, temblor, mioclonías, asterixis. Los movimientos anormales interfieren con la función motora fina y gruesa inhibiendo los movimientos coordinados normales. Son evaluados mediante la observación durante el examen (Castillo de la Cruz, M., Delgado, L., Acosta, R., & Mendizabal, R., 2017).

2.2.1.5 Examen sensitivo

Las respuestas de los pacientes a la evaluación sensitiva son altamente subjetivas y dependientes de factores tales como el nivel de conciencia, atención y concentración. En un paciente con un nivel de conciencia deprimido, solo se puede realizar un examen burdo. En este caso, el examen involucra la evaluación de las muecas del paciente o la respuesta

motora a un estímulo doloroso (Castillo de la Cruz, M., Delgado, L., Acosta, R., & Mendizabal, R., 2017).

2.2.1.6 Coordinación y equilibrio

La coordinación es una alineación y organización de varias acciones motrices con el fin de llegar a un objetivo o tarea motora se considera los grados de libertad del aparato locomotor y así como la conexión de las estructuras coordinativas por la información del sistema nervioso. También Kiphard (1976, p.9) relata a la coordinación como “la interacción armoniosa, de acuerdo con la edad y en lo posible económica, de músculos, nervios y sentidos con el fin de producir acciones cinéticas precisas y equilibradas (motricidad voluntaria) y reacciones rápidas y adaptadas a la situación (motricidad refleja)” (Torralba, M., Vieira, M., Lleixà, T., & Gorla, J., 2016).

La coordinación se puede evaluar de distintas maneras por ejemplo en las extremidades superiores se puede realizar la prueba de dedo-nariz en la cual se puede encontrar variaciones como dismetría, y temblor intencional. Los movimientos alternantes rápidos se evalúan pidiéndole al paciente que flexione y extienda rápidamente los dedos, que haga el movimiento de oposición rápida de los dedos índice y pulgar, movimientos sucesivos de pronosupinaciones de la mano. Aquí el fisioterapeuta debe evaluar la rapidez, precisión y ritmo con que el paciente realiza los movimientos impuestos. La coordinación de las extremidades inferiores se evalúa con el talón de una extremidad recorra la distancia entre rodilla y halux de la extremidad contralateral. De nuevo son importantes la suavidad y seguridad del movimiento. También se le puede pedir al paciente que realice ochos o círculos en el aire con su halux (Ruiz, L., Manzano, J., Amengual, A., Otero, I., & Nieto, M., 2016).

2.2.1.7 Reflejos.

Después de un accidente de TCE puede existir asimetrías de reflejos o reflejos patológicos del tallo cerebral (los más importantes son: fotomotor, corneal, oculocefalogeno). Puede haber manifestaciones focales de déficit del Sistema Nervioso Central (SNC) en el cual pueden existir daños a nivel motor como lo son: hemiparesia o hemiplejía, parálisis facial central, etc; también puede existir una asimetría de reflejos osteotendinosos, aparición de reflejos anormales en adultos (signo de Babinski) (Tornés, A., 2015)

2.2.2 Proceso de rehabilitación del TCE

Las lesiones del Sistema Nervioso Central son consecuencias de haber sufrido un traumatismo craneoencefálico estas lesiones afectan a la persona tan profundo que la mayoría de los sistemas se implican. La rehabilitación de una persona con secuelas de Trauma Craneoencefálico solicita una extensa diversidad de servicios profesionales que demandan una gran coordinación y esfuerzo para obtener y lograr una excelente recuperación. Los pacientes con TCE deben recibir servicios coordinados de diagnóstico, manejo agudo, prevención y rehabilitación. Un proceso de rehabilitación integral debe comprender al menos los siguientes elementos (Cuervo, M., 2018):

- a) Un profesional preparado que coordine todos los esfuerzos y objetivos.
- b) La evaluación del paciente, identificación de sus necesidades y planeación del tratamiento adecuado.
- c) Prevenir el deterioro secundario.
- d) Maximizar el proceso natural de recuperación.
- e) Proveer los equipos, aditamentos y ayudas funcionales necesarias.
- f) Proveer las modificaciones ambientales adaptativas necesarias.
- g) Educar y asistir la familia a lo largo de todo el proceso de rehabilitación.

Esta visión de rehabilitación va a consistir en una diversidad de intervenciones específicas, en la cual se incluye el cuidado médico, enfermería, las terapias (física, ocupacional, del lenguaje), el apoyo psicológico, neurosicológico, apoyo de servicio social. La rehabilitación debe tener una orientación en las áreas funcionales como: la movilidad, el trabajo en las actividades de la vida diaria, control de esfínteres, cognición, funcionamiento emocional, dolor, alteraciones de la deglución o de la comunicación (Cuervo, M., 2018).

En todo este proceso es muy importante la participación de la familia del paciente este debe participar como miembro activo y principal del grupo de rehabilitación, pues la misma se encuentra comprometida llanamente y sufre las repercusiones físicas y emocionales de la incapacidad del paciente. Las metas del programa de rehabilitación a corto y a largo plazos deben ser realistas en términos de la discapacidad actual y el potencial de recuperación del paciente. Las metas deben ser acordadas por los pacientes, su familia y el equipo de rehabilitación y deben ser documentadas (Villán, M. , 2018).

2.3 COVID-19

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa originada por un virus que fue descubierto en febrero del 2019. Este virus y la enfermedad que da como resultado eran desconocidos antes de que explotara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019 actualmente la COVID-19 es una pandemia que está afectando a muchos países del mundo (OMS, 2019). A partir de diciembre de 2019, este virus que ha brotado llamado coronavirus 2019 (COVID-19) presenta una mortalidad de 3,7%, en comparación con una tasa de mortalidad de influenza inferior al 1%. El tratamiento actual de COVID-19 es de apoyo, y la insuficiencia respiratoria causada por el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) es la principal causa de mortalidad los primeros casos fueron confirmados de COVID-19 en Wuhan, China (Mehta, P., McAuley, D., Brown, M., Sanchez, E., Tattersall, R., & Manson, J., 2020).

2.3.1 Consecuencias

Una persona puede adquirir el virus del COVID-19 por contacto directo con otra persona la cual esté infectada por el virus. Esta enfermedad tiende especialmente a propagarse de persona a persona mediante gotículas las cuales son expulsadas desde la nariz o boca de una persona infectada y esto se da al toser, estornudar o hablar. Una persona puede contraer la COVID-19 si inhala estas gotículas de la persona que contenga el virus. Por ello es importante conservar al menos un metro (3 pies) de distancia de las personas y además es preciso lavarse las manos con agua y jabón o realizar una desinfección con gel antibacterial o alcohol (OMS, 2019).

Por esta razón del Covid-19 varios países implementaron medidas de precaución y bioseguridad. Una de ellas es la cuarentena que ha tenido que varios países por el incremento de casos a causa del Covid-19. Las crisis, las emergencias y las épocas de disturbios se han relacionado mucho con esta pandemia que está causando el confinamiento. A raíz de ello las personas se han tenido que quedar en sus casas y se evidencia que se ha presentado casos de sobrecarga, violencia, desempleo, cambios económicos en las familias (Ruiz, I., & Pastor, G. , 2020).

2.3.2 Fisioterapia en el manejo del paciente COVID-19.

El COVID19 es una enfermedad causada por un nuevo coronavirus, que afecta principalmente al sistema respiratorio. Los síntomas de COVID19 pueden variar desde enfermedad leve hasta neumonía. Algunas personas podrán presentar síntomas leves y tener una recuperación más ágil y fácil, mientras que otras pueden desarrollar síntomas más graves como insuficiencia respiratoria y llegar a convertirse en pacientes críticos que precisen ingreso en UCI. Los fisioterapeutas trabajan en centros de atención primaria de salud terminan participando en el tratamiento de pacientes ingresados en el hospital con COVID19 confirmado y/o sospechoso. La Fisioterapia es una profesión establecida en todo el mundo. En Australia y en el resto de los países, los fisioterapeutas a menudo trabajan en unidades hospitalarias agudas y en la UCI (Rodríguez, J. E. P., Skvirsky, S. S. W., Badillo, X., Florez, O., & Gómez, J. , 2020).

Existen varias ramas de la fisioterapia, pero la Fisioterapia cardiorrespiratoria se centra en el tratamiento de las diferentes afecciones respiratorias agudas y crónicas y tienen como objetivo alcanzar la reparación física después de padecer una enfermedad aguda. La Fisioterapia puede ser beneficiosa en el tratamiento respiratorio y la rehabilitación física de pacientes con COVID19. Los fisioterapeutas que están encaminados en el área de UCI están más especializados y realizan diferentes técnicas de drenaje de secreciones especialmente para pacientes con una ventilación mecánica y aquí se exponen signos de drenaje inadecuado de vías respiratorias, y pueden ayudar en el manejo postural de los pacientes con insuficiencia respiratoria grave asociada con COVID19, incluido el uso de la posición prona para optimizar la oxigenación (Lista, A., González, L., & Souto, S. , 2020).

2. 4 NIVEL DE SOBRECARGA

2.4.1 Cuidador

A causa de una lesión como el traumatismo craneoencefálico ha provocado el aumento de personas de discapacidad en la cual necesitan de un cuidador, es decir, una persona que realice los cuidados directos de la persona con dependencia. En la mayoría de los casos, estos cuidados son asumidos por un familiar, generalmente una mujer y será las cual se dedique únicamente al cuidado de la persona y el cuidador no recibe ayuda para realizar este trabajo. Sin embargo, el estrés que genera asumir esta responsabilidad lleva a que los cuidadores no puedan administrar su propio tiempo y descuiden su salud, lo que los hace vulnerables a sufrir enfermedades (Zepeda, P., & Muñoz, C. , 2019).

Una parte importante del cuidador es también la calidad de vida la cual se puede definir como "la percepción que una persona que tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, valores e intereses" (OMS, 2019). La Calidad de vida puede verse afectada de manera positiva o negativa por el entorno, la cultura, la escala de valores, y por aspectos como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos (Fhon, J., Janampa, J., Huaman, T., Marques, S., & Rodrigues, R. , 2016).

Los cuidadores pueden afrontar estrés en el cual la mayoría de los casos los lleva a un deterioro en sus funciones cognitivas que pueden obstruir en la asistencia y el cuidado adecuado al paciente también pueden sufrir limitaciones físicas, psicológicas y sociales que impiden la realización de su labor y pueden empeorar su calidad de vida (Fhon, J., Janampa, J., Huaman, T., Marques, S., & Rodrigues, R. , 2016).

En este proyecto las personas dependientes, serán las personas que han sufrido un trauma craneoencefálico y la mayoría de estas son cuidadas por personas del ámbito familiar no relacionadas a ningún servicio de atención profesional. El daño que suele implicar el rol de cuidador/a informal somete a la persona a un estrés continuo con secuelas negativas para la salud y esto puede derivar a un síndrome del cuidador quemado, que se identifica por agotamiento emocional y físico, sentimientos y actitudes negativas hacia la persona cuidada, y sentimientos de insatisfacción. Existen otros factores que se incluyen en la sobrecarga los cuales pueden ser creencias, valores, el apoyo social, el afrontamiento emocional de la persona cuidadora y el tipo de problema o discapacidad de la persona cuidada (Navarro, Y., López, M., Climent, J., & Gómez, J, 2019).

2.4.3 ¿Qué factores forjan una gran personalidad del cuidador?

- a. Seguridad. - afirma nuestra autoestima, la confianza en nosotros mismos, el orgullo de lo que somos, nuestra fortaleza interior.

Con ello nosotros podemos decir "tú vales, tú puedes" y ello les permite confiar en sí mismos y eso es confiar en el poder y en la sabiduría del Dios que te creo. Eres el hijo de Dios la fuerza que hay en él, está en ti. Sobre esta confianza no necesitamos demostrar nada, ni a nadie ni a ti mismo, ni convencer a nadie de tu verdad. La seguridad y confianza producen decisiones firmes y liderazgo (Regader., B, 2016) .

- b. Criterio. - es la orientación con la que afrontamos la vida y sus complejidades, proviene de principios, valores, creencias, paradigmas que rigen

nuestro modo de actuar. Es la voz de nuestra conciencia educada y cultivada, en medio de nuestra propia circunstancia, es la criba que separa el heno, del grano, que halla la centella de oro en el fondo de la arena del río (Rodríguez, M. , 2019).

c. Sabiduría. - es la perspectiva ponderada de la vida en el cual une el juicio, discernimiento, experiencia, visión, inteligencia, intuición, valoración a corto, a largo plazo y hacia la trascendencia (Rodríguez, M. , 2019).

La sabiduría es el arte mediante el cual nuestra percepción del mundo modela la experiencia, al servicio de nuestros valores. Tiene que ver más con la perspectiva que con los detalles. Muestra cómo encaja la información en el mundo que nos rodea. La sabiduría engloba y trasciende la inteligencia y la técnica. La inteligencia obtiene información y la utiliza, mediante la técnica. la técnica designa que ingredientes necesito para hacer una comida, pero la sabiduría arregla una excelente comida con los ingredientes disponibles (Regader., B, 2016).

d.- Poder. - la fuerza, el coraje, la magnanimidad para llevar a cabo cualquier cosa.

El poder es la capacidad, el compromiso, decisión de actuar, la energía vital para obtener opciones y decisiones, el entusiasmo, carisma que contagia y excita en los demás el ánimo de contribuir y convocar la sinergia. Es la persistencia para lograr que las cosas sucedan, primero una creación lógica luego la creación física. Los valores proporcionan las razones para actuar y dan el propósito al vivir (Regader., B, 2016).

2.4.4 El cambio adaptativo.

Tomemos en cuenta que un cambio se da cuando se puede presentar una crisis o algo grave. Las crisis son sucesos que ocurren en la vida de una persona, y cuando se presentan hace que esta cambie inesperadamente, implicando un conflicto emocional, obligándole a tomar decisiones que no siempre son fáciles; las crisis pueden ser: del desarrollo (evolutivas o naturales), accidentales (inesperadas y repentinas) o circunstanciales (anticipadas o previsibles) (Roelas, G., 2019).

Esta crisis obliga a tomar decisiones y para ello se necesita un líder y el cual debe tener y saber de liderazgo y el liderazgo va ligada por la multidisciplina que sobrelleva diferentes partes que son: individuales, sociales, conscientes, inconscientes, económicas, sociales del presente y del futuro por eso no se puede valer de técnicas, recetas esto debe ser tratado

con toda la excelencia y el respeto al más fino tejido de la humanidad. Quién vende o aplica a aquellas recetas de expertos que nos abruman con su complejidad y lenguaje deliberadamente rebuscado para consolidar al grupo de los iniciados. Para las realidades humanas y las complejidades sociales que hundan sus raíces culturales de las personas (Roelas, G., 2019).

Entonces todo acontece cuando con técnica se enfrenta problemas que escapan a la razón lógica a las ideas y se pierden los motivadores humanos: mentalidades, hábitos, costumbres, tradiciones, experiencias todo aquello que constituye el origen social el inconsciente colectivo y la idiosincrasia. Entonces el proceso del cambio adaptativo se desenvuelve como la vida en el vientre oscuro y cálido de lo todavía inexplicable, dentro de la oculta estructura de la sociedad y del alma se. El líder inspira, asiste, acompaña y ayuda en el papel que se le atribuya así cuando ayuda como la partera a dar a luz pero no ha creado la nueva vida entonces si algo afecta al grupo toca también al líder y en ambos lados queda afectada la zona de adaptativa y el líder tendrá que ayudar a adaptar a su grupo a la nueva realidad (Alvarado., A, 2020).

2.4.5 Autoestima y desarrollo personal

“El principal trabajo del hombre es darse un comienzo así mismo para así poder llegar alguien muy potencial y así será el fruto más importante de su voluntad propia personalidad”
Erich Fromm

Nuestra autoestima ha sido influenciada por varios años en la cual nos han hecho creer y nos hacen creer que, si tenemos lo que otros tienen, si somos como los otros son y trepamos hasta donde otros han trepado vamos a ser felices y vamos a estar más satisfechos con nuestras vidas, pero no es lo correcto es una ilusión. Es así que la autoestima es la valoración y aprecio que tenemos de nosotros mismos por las cualidades y circunstancias que hemos atravesado, la autoestima está claramente relacionado con las situaciones que pasen en el transcurso de la vida y el autoconcepto y qué son los conocimientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo (Chiriboga, E. , Barrezueta, A., & Aguirre, L. , 2018).

Entonces es así que la autoestima y el desarrollo personal se complementan entre sí es imposible avanzar en el camino de la evolución humana según un correcto crecimiento, pero lo más importante es tener en cuenta que nuestro crecimiento superó las barreras de lejos en primicia de entre las áreas del otro personal nuestra autoestima atrasara aún mayor de autenticidad y realidad. Tomemos en cuenta que la autoestima se encuentra directamente

vinculada a la personalidad tanto a la real como a la ficticia, está falsa personalidad a la que hacemos referencia es la basada en las cualidades pasionales del individuo y se alimenta de una imagen deteriorada, desintegrada tanto por exceso como por defecto de la auténtica estima, entonces por lo tanto la autoestima la podemos definir como el conjunto de creencias limitantes o desarrolladas y valores virtuosos y viciosos que el sujeto tiene acerca de quiénes de sus capacidades habilidades recursos y potencialidades pasadas presentes y futuras que le han conducido hasta dónde está y que le llevarán hasta donde crea que puede llegar (del Carmen Reina, M. , 2017).

Entonces la autoestima no es simplemente una idea o un sentimiento de una persona es una fuerza que genera la motivación y que inspira nuestras conductas todo esto permite apreciar que la vida de cada persona parte de la misión de cada una de sus vidas y es la de asumir la responsabilidad de crear en nuestro entorno y en nosotros la felicidad mayor, compromiso y mayor entrega. El ser humano tiene tres elementos básicos que son (Rojas, Q., & Milagros, V., 2017):

- a) El equilibrio del cuerpo que se basa en: ambiente y conductas.
- b) El equilibrio de la mente que son: procesos mentales, emocionales y de creencias
- c) Equilibrio espiritual: la identidad y la espiritualidad de cada persona

En este sentido los cuidadores al presentar una sobrecarga que lleva el cuidado de la persona con traumatismo craneoencefálico provocan que exista un bajo autoestima entonces aquí entra la eficacia personal en el cual puede que las personas con sobrecarga emocional y física este disminuido entonces la eficacia personal o excelencia se basa en un perfecto equilibrio de tres cualidades humanas que es sinceridad, valor y prudencia. La sinceridad con nosotros mismos para reconocer tanto los valores como los defectos. Valor para afrontar la realidad el trabajo y el esfuerzo que supone darnos cuenta de nuestros defectos y limitaciones o imagen deteriorada. La prudencia todo sin sacudidas bruscas hay que hacerlo todo paso a paso sin prisa, pero sin pausa sin arrancadas de caballo y paradas de hace como el cuidado que se requiere para cualquier acto de alta precisión con ello la autoestima y el desarrollo personal llenen conjuntamente (Rojas, Q., & Milagros, V., 2017).

Entonces el desarrollo personal consiste en conseguir ajustar a la realidad o lo más próximo que podamos además este proceso se convierte mediante el cual las personas intentan llegar a desarrollar todas sus potencialidades o fortalezas y alcanzar sus objetivos, deseos, inquietudes, anhelos, etc., movidos por un interés de superación, así como por la necesidad de dar un sentido a la vida. Conseguir un desarrollo plenamente en todos y cada

uno de los aspectos de la vida (familiar, social, laboral, íntimo, personal, etc.) a veces puede tornarse un poco difícil (Collado, E., & Vindel, A. , 2014).

Desarrollo personal es lo mismo que autorrealización y lo podemos definir partiendo de dos obsesiones o sentidos que la marca la primera es lo que se produce cuando la persona llega a vivir plenamente con su vida conscientemente experimenta su realidad como ser humano disfrutando de una existencia integrada con el mundo que le rodea y sentirse uno mismo en la relación con el mundo, la segunda dando un sentido profundo poco común en occidente autorrealización o desarrollo personal supone llegar a descubrir nuestra identidad existencial nuestra identidad última o lo que es lo mismo nuestra esencia (Collado, E., & Vindel, A. , 2014).

Lo que somos realmente no como seres humanos de carne y hueso sino como identidad última o esencia inmutable al alcanzar en este estado de reconocimiento surgen cada uno de nosotros un anuncio de sentirnos uno mismo algo íntimo y profundo tal vez todas estas cosas mencionadas no sean la realidad de las personas o de los cuidadores de diferentes pacientes; no se sienten realizados y sobre todo tienen un bajo autoestima para la vida con la que llevan por qué debe ser difícil o deben sentir difícil cuidar a un paciente con algún tipo de enfermedad grave y no poder desarrollarse personalmente (Alonso, D. , 2017).

2.6 SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL Y SOCIAL

La sobrecarga del cuidador tanto física como emocional parte de las consecuencias que deja un traumatismo craneoencefálico donde no solo se presenta en el paciente ya que afecta directamente a nivel familiar el padecimiento de un traumatismo en uno de sus miembros será causa de un fuerte golpe moral. Por lo general, una única persona, el cuidador principal, asumirá la mayor parte del trabajo, es decir, asume la mayor parte de la atención al paciente en situación de dependencia. Diferentes autores destacan que el cuidado de una persona en una situación grave de dependencia supone un esfuerzo que puede llegar a ser comparado a una jornada laboral. Así, el cuidador principal soporta una sobrecarga de trabajo que afecta de forma negativa a su calidad de vida en forma de estrés o incapacidad para afrontar tareas. Se estima que la presencia de trastornos psiquiátricos en los cuidadores es del 50%, entre ellos se encuentran la ansiedad, la depresión, las somatizaciones y el insomnio (Gilibert, N.)

Este cuidado continuo hacia el paciente con TCE afecta las diferentes dimensiones de la salud de los familiares cuidadores poniéndoles en un mayor riesgo de estrés emocional y diversas enfermedades tanto físicas como mentales. Esta situación se vuelve una carga

creciente para los cuidadores que posteriormente genera agotamiento, disminución en la calidad de vida tanto de los afectados como de sus cuidadores que puede ser o no un familiar el que se encargue de su cuidado. (Li-Quiroga, M., Alipázaga, P., Osada, J., & León, F. , 2015).

Existen diferentes factores relacionados a la carga, tanto objetiva como subjetiva, del cuidador. Entre ellos se indican la intensidad y tipo de gravedad que produjo el traumatismo craneoencefálico, también depende del tipo de familiar cuidador que se haga cargo, nivel educativo, edad del paciente y cuidador. Dichos factores, sumados a la variabilidad regional de los niveles de carga, resaltan la importancia de estudiar múltiples realidades que permitan estimar la magnitud de este problema (Li-Quiroga, M., Alipázaga, P., Osada, J., & León, F. , 2015).

La carga del cuidador es un fenómeno explicado de forma delimitada. Así mismo, nuestras características culturales hacen que los resultados de muchos estudios realizados en otras realidades, sobre todo en Estados Unidos y Europa, no puedan ser extrapolables y no se evalúe adecuadamente la magnitud del problema. Las familias en países latinoamericanos brindan, con mayor frecuencia que en otras realidades, apoyo directo a las personas enfermas lo que les hace más vulnerables a los problemas descritos (Li-Quiroga, M., Alipázaga, P., Osada, J., & León, F. , 2015).

La sobrecarga física, emocional y social de los cuidadores de pacientes con traumatismo craneoencefálico. Este estado dependencia que provoca el traumatismo y sus consecuencias, como pérdidas cognitivas y funcionales, demanda de atención domiciliaria y cambios en la vida diaria de muchas familias. A la familia se le asigna la responsabilidad de ayudar a sus miembros afectados. Los cuidadores familiares son parte de la red informal de apoyo, que consta de familiares, amigos, y vecinos, que trabajan sin paga (Mendes, P., Figueiredo, M., dos Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. , 2019).

Sin embargo, hay familias que deciden contratar a expertos para el cuidado de su familiar, pero también muchos familiares deciden hacerlo ellos, posiblemente debido a sus valores culturales, la falta de servicios de cuidado formal adecuados o la falta de recursos financieros para contratar un cuidador. La realidad que enfrenta un miembro de la familia cuando tiene una persona dependiente en casa es preocupante debido a la demanda de cuidados especiales, con una marcada variación de tareas. Las cuales son complejas y pueden generar aislamiento físico, psicológico y social (Mendes, P., Figueiredo, M., dos Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. , 2019).

2.7 COVID-19 Y SOBRECARGA

Inmediatamente después del brote del virus, existió una alerta sobre la gravedad del mismo y el cual advertiría sobre la crisis del «confinamiento» esto provocó el repliegue de las personas hacia sus casas como forma de autoprotección, limitando la movilidad y suspendiendo el trabajo, impidiendo la obtención de alimentos, obstruyendo el acceso a servicios de salud y educación, prohibiendo las visitas a sus familiares. Con todo ello las personas han buscado maneras de trabajar y de suministrar alimentos e insumos agropecuarios (Montoya, V. , 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que la amenaza del COVID-19 y el confinamiento están ocasionando un fuerte golpe psicológico. El aislamiento, el distanciamiento físico, el cierre de escuelas y lugares de trabajo son desafíos que afectan, y provoca estrés, ansiedad, miedo y soledad. Se daba la alerta sobre el amenazador impacto psicológico (a corto, mediano y largo plazo) del COVID-19, reflejado en manifestaciones clínicas psicológicas alrededor de los posibles trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (Ruiz, A., Arcaño, K., & Pérez, D., 2020).

Todos los factores nombrados anteriormente provocan una sobrecarga en el cuidador del paciente con trauma además de ello los o las cuidadores tienen más responsabilidades en su casa y en estos tiempos de pandemia los niños y adolescentes son especialmente vulnerables, ya que los entornos en los que viven y se desarrollan se ven alterados. Este confinamiento ha provocado el aumento de la sobrecarga del cuidador de los pacientes con TCE pues ahora los cuidados han incrementado más con el mismo paciente y con la demás familia. La cuarentena en el hogar por esta enfermedad son condiciones que pueden generar altos niveles de estrés. El estrés psicosocial de los cuidadores, el cierre de los centros de rehabilitación provoca un alto nivel de estrés en los cuidadores (Espada, J., Orgilés, M., Piqueras, J., & Morales, A., 2020).

2.8 HIPÓTESIS

El nivel de sobrecarga física, emocional y social ha aumentado a causa del covid-19 en los cuidadores de pacientes con traumatismo craneoencefálico, de la Asociación de Discapacitados de las FF. AA. Quito 2020.

2.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1

Operacionalización de variables

| Variable | Definición conceptual | Dimensiones | Definición operacional | Indicadores | Escala |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|
| Sobrecarga | El síndrome de sobrecarga del cuidador se caracteriza por ser un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio en el que los cuidadores. | -Física -Emocional | - Sensación de cansancio y agotamiento con aparición o desmejora de problemas de salud (Mendes, P., Figueiredo, M., dos Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. , 2019). - Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo (Mendes, P., Figueiredo, M., dos Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. , 2019). | Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre | Cuantitativa |
| TCE | Disfunción cerebral ocasionada por un impacto externo, generalmente | -Leve -Moderado -Grave | - no suele existir pérdida de conocimiento o si existe su duración suele | - 13-15 -9-12 - <8 | Cuantitativa |

| | | | | | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------|
| | un golpe violento en la cabeza. | | <p>estar limitada a los minutos posteriores a la contusión.</p> <p>- TCE moderado: el periodo de pérdida de conocimiento es mayor a 30 minutos y el paciente que lo sufre tiene dificultades para aprender información nueva.</p> <p>- TCE grave: pérdida de conocimiento es mayor a un día y el paciente tiene dificultades para aprender.</p> | | |
| Sexo | El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos | <p>- Masculino</p> <p>- Femenino</p> | - Masculino es un ser humano de sexo masculino principalmente, el hombre produce la hormona de testosterona. | -%de cuidadores hombres -% de cuidadores mujeres. | Cuantitativa |

| | | | | | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| | como hombre y mujer, y a los animales como macho y hembra. | | -Femenino es una persona denominada mujer la cual produce estrógenos. | | |
| Edad del cuidador | La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. | - 35 - 45 años - 46 – 56 años -57- 65 años | Cada dimensión fue hecha en intervalos. | - % de pacientes entre 35 – 45 años. - % de pacientes entre 46 – 56 años. - % de pacientes entre 57 – 65 años. | Cuantitativa |
| Edad del paciente | La edad se refiere al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. | 25 – 35 años 36 – 46 años 47 – 57 años 58 - 65 años | Cada dimensión fue hecha en intervalos. | - % de pacientes entre 18 – 28 años. - % de pacientes entre 29 – 39 años. - % de pacientes entre 40 – 45 años. | Cuantitativa |

| | | | | | |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Talla del paciente | Es la altura, elevación o la medida de una persona que se puede calcular desde los pies a la cabeza, este se puede medir por metros y centímetros. | 1.50 – 1.60 metros -1.61 – 1.69 metros - > 1.69 metros | Cada dimensión fue hecha en intervalos. | -% de pacientes con talla de 1.50 – 1.60 metros. -% de pacientes con talla de 1.61 – 1.69 metros. -% de pacientes con talla > 1.69 metros. | Cuantitativa |
| Talla del cuidador | Es la altura, elevación o la medida de una persona que se puede calcular desde los pies a la cabeza, este se puede medir por metros y centímetros. | -1.50 – 1.60 metros -1.61 – 1.69 metros - > 1.69 metros | Cada dimensión fue hecha en intervalos. | -% de cuidadores con talla de 1.50 – 1.60 metros. -% de cuidadores con talla de 1.61 – 1.69 metros. -% de cuidadores con talla > 1.69 metros | Cuantitativa |
| Peso del paciente | Masa o cantidad de peso de un individuo. Se expresa en unidades de libras o kilogramos (| - 40.7 kg – 54.5 kg - 55 kg – 66 kg - 67 – 76 kg | Cada dimensión fue hecha en intervalos. | -% de pacientes con peso de 40.7 kg – 54.5 kg. -% de pacientes con peso de | Cuantitativa |

| | | | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| | (OMS, 2015) | | | 55 kg– 66 kg. -% de pacientes con peso de 67 kg – 76 kg | |
| Peso del cuidador | Masa o cantidad de peso de un individuo. Se expresa en unidades de libras o kilogramos. (OMS, 2015) | - 40.7 kg – 54.5 kg - 55 kg – 66 kg - 67 – 76 kg | Cada dimensión fue hecha en intervalos. | -% de cuidadores con peso de 40.7 kg – 54.5 kg. -% de cuidadores con peso de 55 kg– 66 kg. -% de cuidadores con peso de 67 kg – 76 kg. | Cuantitativa |

Elaborado por: Tatiana Tasipanta León

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS GENERALES

Se presenta los resultados de los pacientes que están a cargo de los cuidadores y en los cuales se observa una menor cantidad de pacientes con traumatismo craneoencefálico leves los cuales de acuerdo a los criterios de inclusión no serán parte del estudio.

3.1.1 Categorizar a la población de estudio

Tabla 2

Datos de categorización de la población

| | | % |
|---------------------------------|--------------------|-----|
| Sexo | Masculino | 59% |
| | Femenino | 41% |
| Tipo de traumatismo craneal | Leve | 14% |
| | Moderado | 48% |
| | Severo | 38% |
| Edad del paciente en intervalos | 25 – 35 años | 32% |
| | 36 – 46 años | 42% |
| | 47 – 57 años | 21% |
| | 58 - 65 años | 5% |
| Edad del cuidador en intervalos | 35 - 45 años | 33% |
| | 46 – 56 años | 61% |
| | 57- 65 años | 6% |
| Talla del paciente en rangos | 1.50 – 1.60 metros | 23% |
| | 1.61 – 1.69 metros | 71% |

| | | |
|------------------------------------|-------------------------|-----|
| | >1. 69 metros | 6% |
| Talla del cuidador en rangos | 1.50 – 1.60 metros | 56% |
| | 1.61 – 1.69 metros | 33% |
| | >1. 69 metros | 11% |
| Peso del paciente en intervalos | 40.7 kg – 54.5 kg | 6% |
| | 55 kg – 66 kg | 65% |
| | 67 – 76 kg | 29% |
| Peso del cuidador en intervalos | 40.7 kg – 54.5 kg | 11% |
| | 55 kg – 66 kg | 45% |
| | 67kg – 76 kg | 44% |
| Profesión u ocupación del cuidador | Ama de casa | 20% |
| | Docente | 10% |
| | Jubilados | 30% |
| | Enfermero rehabilitador | 5% |
| | Militar activo | 15% |
| | Tecnólogo | 15% |
| | Servidora pública | 5% |

Elaborado por: Tatiana Tasipanta

La población estudiada estuvo comprendida por cuidadores de personas con traumatismo craneoencefálico en la asociación de discapacitados de las fuerzas armadas, es así que esta población de estudio estuvo comprendida de 21 participantes los cuales tres salieron del estudio porque era cuidadores de pacientes con traumatismo craneoencefálico leve y un participante salió del estudio por no estar en el rango de edad requerido. Por ende, hubo la participación de 17 personas a la cual se le aplicó el test de Zarit y una encuesta para la recolección de datos para su categorización.

En la tabla número uno se observó los datos de categorización donde se observó que el 59% pertenece al sexo masculino y el 41% pertenece al sexo femenino, según varios

estudios el sexo que prevalece para el cuidado de pacientes es el sexo femenino sin embargo en este estudio nuestro mayor porcentaje es el sexo masculino quién se encarga del cuidado de los familiares.

Con respecto al tipo de traumatismo craneal el paciente, se clasificó en leve, moderado y severo. Donde el 14% pertenece al trauma leve, el 48% al trauma moderado y un 38% a un trauma severo. Aquí se tomó en cuenta el traumatismo moderado y severo ya que estos conllevan una mayor responsabilidad y cuidado por parte del cuidador. Los pacientes que sufrieron este tipo de traumatismos tienden a tener más repercusiones en la parte física e independencia de sus actividades y es así que requerirá más ayuda por parte de su cuidador

Con relación a la edad del paciente se dividió en intervalos de 10 en 10 tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión es así que los intervalos quedaron de: 25 – 35 años; 36 – 46 años; 47 – 57 años; 58 - 65 años. Donde el 5% pertenece a una edad menor de entre 25 y 35 años y el mayor porcentaje que es de 42% está en el intervalo de 36 – 46 años. Mientras que en la edad del cuidador comprende una edad de intervalos de 10 en 10 de igual forma tomando los criterios de inclusión y exclusión por ende quedaron intervalos de: 35 - 45 años; 46 – 56 años y 57- 65 años es así que el 61 % están entre el intervalo de 46 – 56 años. Analizando la edad del cuidador su mayor porcentaje se encuentra entre 46 y 56 años, dónde está edad nos indica que es adulta y es una edad donde las personas asumen con mayor responsabilidad sus actos; además cuentan con una gran energía y fuerza para realizar las cosas como el traslado de un lugar a otro o un cambio de posición del familiar y una alta actividad laboral.

Con respecto a la talla del paciente se obtuvo que el 71% está entre el intervalo de 1.61 mts. a 1.69 mts., mientras que la talla del cuidador comprende que el 23% está entre 1.50 metros y 1.60 metros, y el 6% está mayor a 1.69 mts. Esto nos abre en un campo donde se puede observar que los cuidadores son de estatura mediana y que esto puede de una u otra forma afectar al cuidado del familiar porque el cuidador puede realizar mayor esfuerzo y adoptar posturas erróneas.

Además, se tomó en cuenta el peso del paciente y del cuidador donde el peso del paciente está el 65% entre 55 kilos y 66 kilos, mientras que el peso del cuidador sus mayores porcentajes son de 45% está entre 55 kilos y 66 kilos, y el 44% entre 67 kilos y 76 kilos. Comprendiendo esto; que su peso y su masa corporal ayuda a que el cuidador pueda ejercer mayor trabajo pesado, Lo cual a pesar de no tener una altura mayor a su familiar tiene un mayor peso. Con ello puede realizar diferentes actividades que comprende el traslado del paciente de un lugar a otro o el cambio de posición, levantarlo al familiar o hacer todo el trabajo pesado.

También se obtuvo datos de la profesión u ocupación del cuidador donde cómo se puede observar en la tabla 1 existen diferentes profesiones, pero lo más común que se encontró fue que el 30% eran jubilados y el 70% aún se encuentran ejerciendo su trabajo se toma en cuenta estos datos porque para la toma de datos en lugar fue un área de las FF. AA. y por ello se concluye que el mayor porcentaje de cuidadores es masculino.

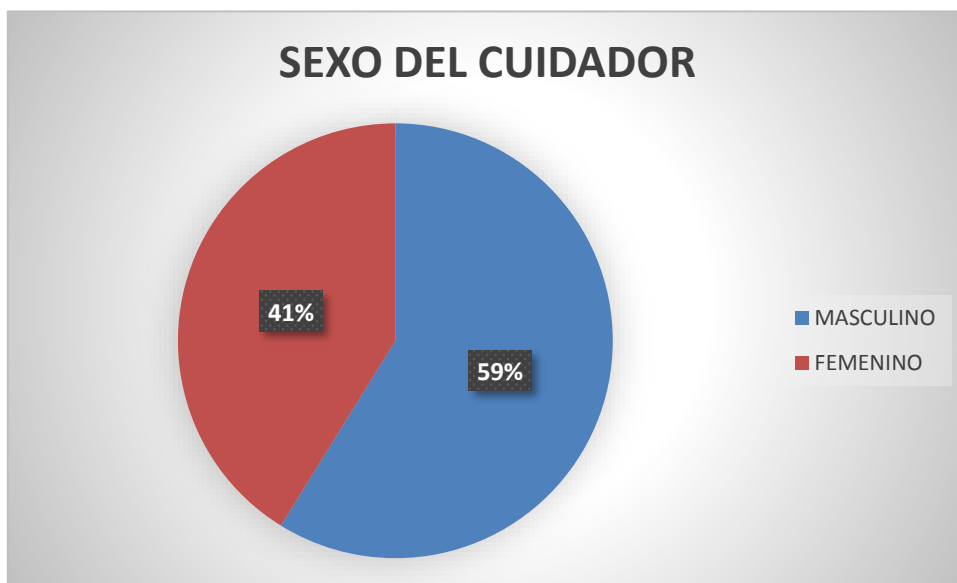


Figura 3. Género del Cuidador

Elaborado: Tatiana Tasipanta

Se realizó una representación en figuras de la tabla 2 para una mejor observación de los porcentajes que se presentó en dicha tabla. En este caso podemos observar que el 59% de la población que entro en el estudio fue de sexo masculino mientras que el 41% pertenece al sexo femenino, según varios estudios el sexo que prevalece para el cuidado de pacientes es el sexo femenino sin embargo en este estudio nuestro mayor porcentaje es el sexo masculino quién se encarga del cuidado de los familiares.

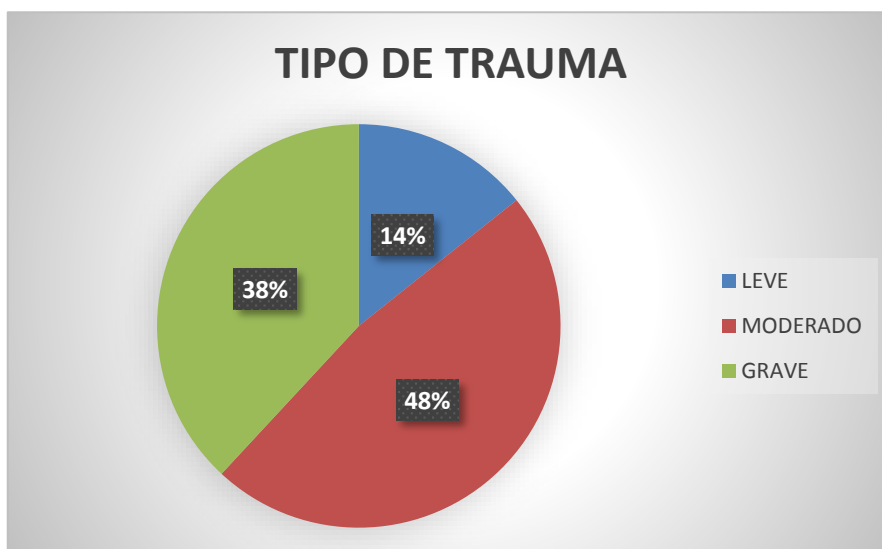


Figura 4. Tipo de Trauma

Elaborado: Tatiana Tasipanta

Se realizó una representación en figuras de la tabla 2 para una mejor observación de los porcentajes entonces con respecto al tipo de traumatismo craneal el paciente, se clasificó en leve, moderado y severo. Donde el 14% pertenece al trauma leve, el 48% al trauma moderado y un 38% a un trauma severo. Aquí se tomó en cuenta el traumatismo moderado y severo ya que estos conllevan una mayor responsabilidad y cuidado por parte del cuidador. Los pacientes que sufrieron un traumatismo leve fueron excluidos del estudio ya que ellos no requieren mayor cuidado.

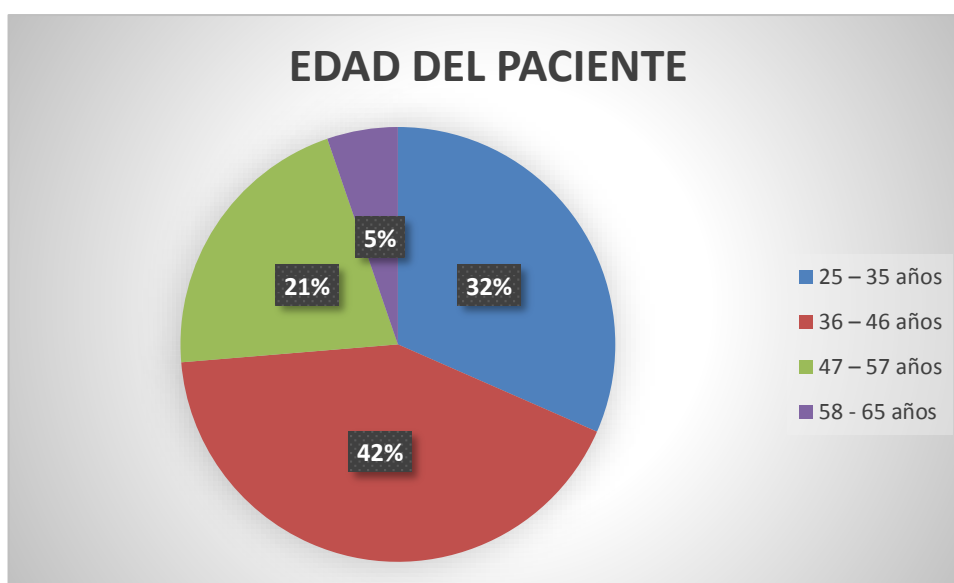


Figura 5. Edad del paciente

Elaborado: Tatiana Tasipanta

En esta figura se puede apreciar que el 42% de los pacientes que son cuidados están entre la edad de 36 – 46 años donde las personas tienden a ser más activas, salen a trabajar, hacer ejercicio, pasear con la familia y diferentes actividades.

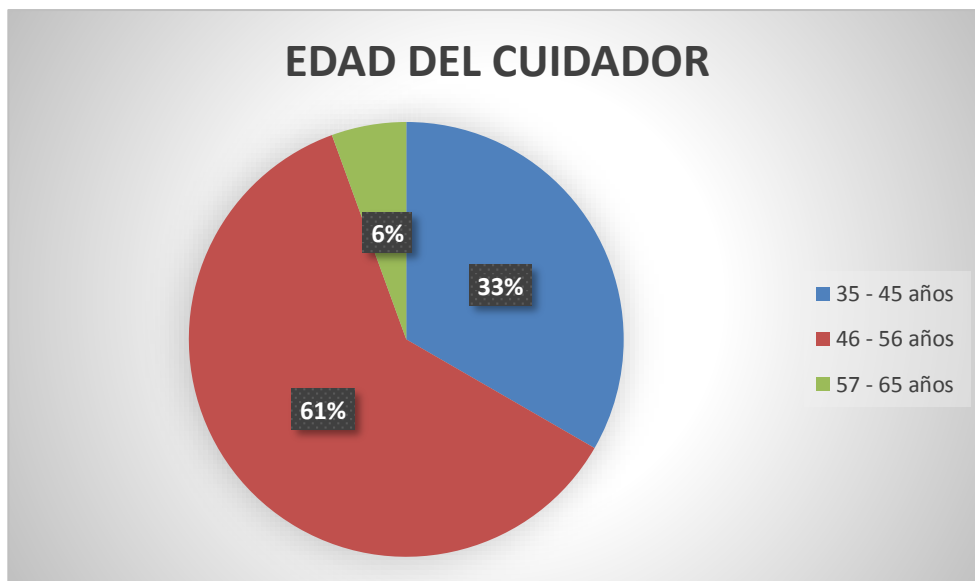


Figura 6. Edad del Cuidador

Elaborado: Tatiana Tasipanta

Con respecto a la edad del cuidador se puede observar que el 61% de los cuidadores están entre el intervalo de edad de 46 - 56 años, a esta edad las personas continúan trabajando, están en una etapa laboral alta.

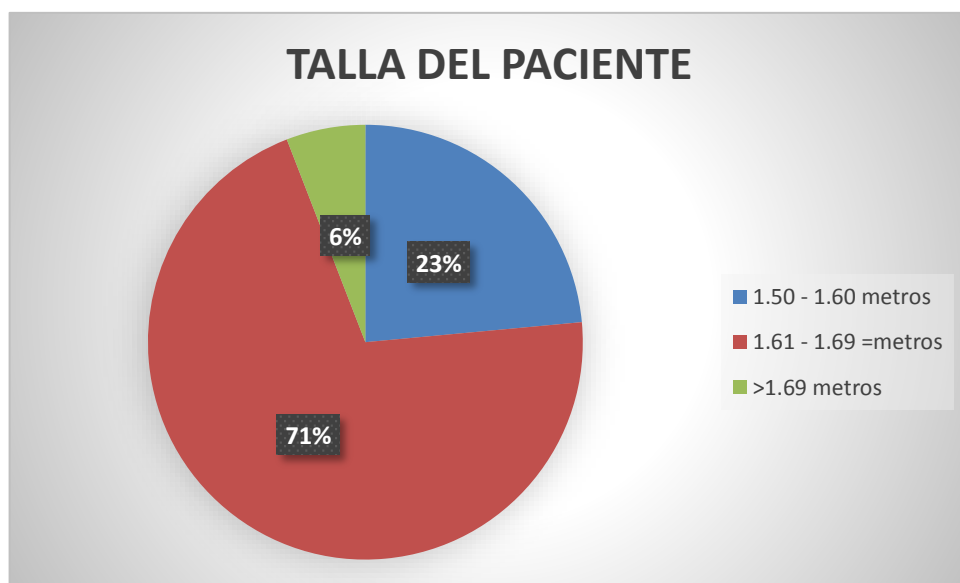


Figura 7. Talla del paciente

Elaborado: Tatiana Tasipanta

Según la gráfica el 71% de pacientes cuidados están comprendidos entre la talla de 1.61 – 1.69 metros, están en una estatura mediana en la cual pueden ser movilizados y trasladados de un lugar a otro con mayor facilidad además el 23% de pacientes que están entre 1.50 y 1.60 metros también pueden ser movilizados y trasladados con facilidad.

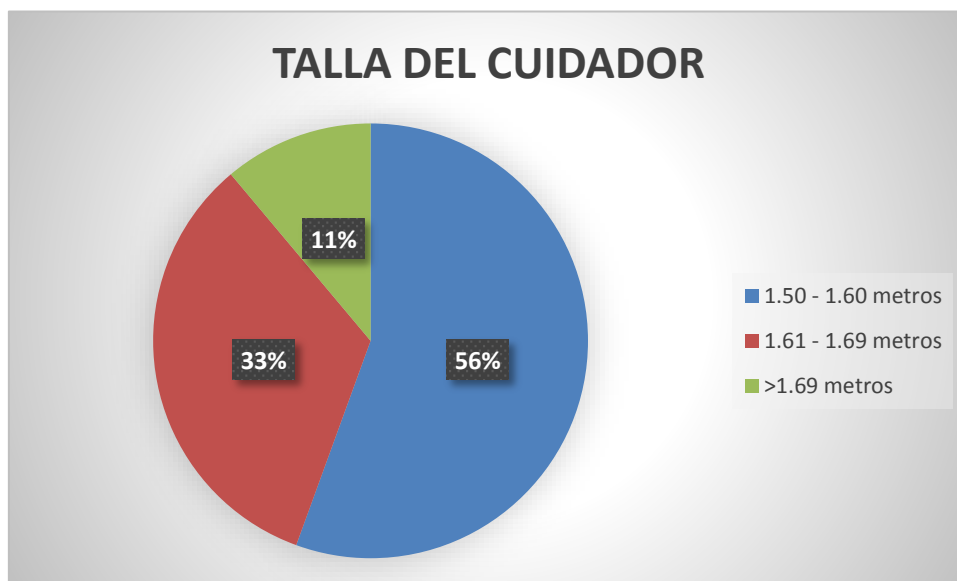


Figura 8. Talla del Cuidador

Elaborado: Tatiana Tasipanta

Tomando en cuenta la talla del paciente donde el 71% estaba entre 1.61 – 1.69 metros mientras que en el cuidador el mayor porcentaje que es de 56% está entre 1.50 – 1.60 metros, es así que puede existir diversas dificultades físicas donde el cuidador con menor talla tenga más conflictos de movilizar, desplazar al paciente que tiene una mayor talla ya que al ser menos alto el cuidador y más alto el paciente puede ocasionar en el cuidador problemas físicos y por lo tanto una sobrecarga física.

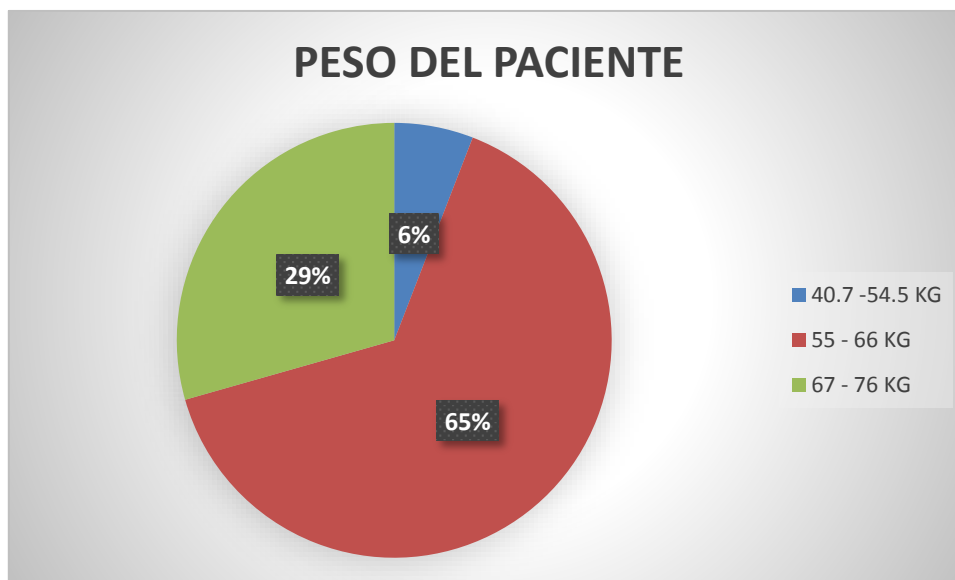


Figura 9. Peso del paciente

Elaborado: Tatiana Tasipanta

Como se puede observar el 65% de pacientes están en un intervalo de peso de 55 kg – 66 kg, es un peso relativamente bueno ya que el paciente debe mantener una buena alimentación sin embargo el exceso de peso como es el caso del 29% de pacientes que están entre 67 kg – 76 kg puede causar dificultades físicas al cuidador.



Figura 10. Peso del Cuidador

Elaborado: Tatiana Tasipanta

En el peso del cuidador se puede observar un porcentaje similar como sería el 45% de cuidadores entre 55 kg – 66 kg y el 44% entre 67 kg – 76 kg, con ello el peso del cuidador

se encuentra en un intervalo bueno para así poder realizar las actividades de fuerza que requiera el paciente.

3.1.2 Aplicación de la escala de sobrecarga del cuidador Zarit

Tabla 3

Escala de Zarit y su aplicación a la población estudiada.

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | BASTANTES VECES | CASI SIEMPRE | TOTAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------|-----------------|--------------|-------|
| ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesitas? | 3 | 2 | 8 | 1 | 3 | 17 |
| ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted? | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 17 |
| ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades? | 4 | 3 | 6 | 1 | 3 | 17 |
| ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? | 10 | 5 | 2 | 0 | 0 | 17 |
| ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | 12 | 5 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia? | 6 | 5 | 3 | 3 | 0 | 17 |
| ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar? | 1 | 0 | 12 | 1 | 3 | 17 |
| ¿Siente que su familiar depende de usted? | 1 | 1 | 9 | 3 | 3 | 17 |
| ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar? | 9 | 4 | 3 | 1 | 0 | 17 |
| ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? | 7 | 1 | 6 | 2 | 1 | 17 |
| ¿Siente que no tiene la vida privada | 8 | 6 | 2 | 1 | 0 | 17 |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|----|
| que desearía debido a su familiar? | | | | | | |
| ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar? | 7 | 3 | 6 | 1 | 0 | 17 |
| ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar? | 11 | 3 | 2 | 1 | 0 | 17 |
| ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar? | 7 | 3 | 5 | 1 | 1 | 17 |
| ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? | 8 | 1 | 5 | 2 | 1 | 17 |
| ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | 11 | 2 | 3 | 1 | 0 | 17 |
| ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? | 10 | 3 | 3 | 1 | 0 | 17 |
| ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas? | 9 | 3 | 5 | 0 | 0 | 17 |
| ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar? | 8 | 3 | 4 | 2 | 0 | 17 |
| ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar? | 3 | 0 | 9 | 2 | 3 | 17 |
| ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace? | 2 | 3 | 5 | 1 | 5 | 16 |
| En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar? | 8 | 3 | 4 | 2 | 0 | 17 |

Elaborado por: Tatiana Tasipanta

Cómo se mencionó en la metodología se utilizó la escala de Zarit cómo se puede observar en la tabla 2, donde se aplicó las 22 preguntas a los 17 participantes. Sin embargo, en la pregunta número 21 que menciona “¿Cree que podría cuidar de su familia mejor de lo que hace?” Constó de 16 respuestas es decir que una persona no la respondió en este caso puede ser porque no la entendió o porque simplemente no la quiso responder. Sin embargo,

este fue un problema menor que se tuvo ya que la encuesta se hizo de manera virtual y si la persona tenía alguna duda fue contestada con una llamada telefónica.

3.1.3 Análisis e interpretación de datos obtenidos de Zarit

En el análisis e interpretación de datos se realizó por nómina, es decir se adjuntó preguntas físicas preguntas emocionales y preguntas sociales y de esa manera se obtuvo resultados como los que se va a ver a continuación.

En la tabla número 4, vamos a encontrar preguntas respecto a un dominio físico donde se presentó siete preguntas en las cuales como ya se vio anteriormente sus respuestas tenía cinco acciones: que nunca, casi nunca, a veces, bastantes veces, casi siempre.

Tabla 4

Conjunto de preguntas de dominio físico.

| PREGUNTAS (DOMINIO FÍSICO) | NUNCA | NUNCA CASI | A VECES | BASTANTE S VECES | CASI SIEMPRE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|------------|------------------------|-----------------|
| ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesitas? | 20% | 10% | 45% | 5% | 4% |
| ¿Siente que su familiar depende de usted? | 10% | 10% | 50% | 15% | 15% |
| ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? | 45% | 10% | 30% | 10% | 5% |
| ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar? | 45% | 15% | 5% | 5% | 0% |
| ¿Cree que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | 65% | 10% | 20% | 0% | 5% |
| ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar? | 15% | 0% | 55% | 15% | 15% |
| ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace? | 10.5% | 21.1% | 36.8 % | 5.3 % | 26.3 % |
| TOTAL | 33% | 9% | 34% | 8% | 7% |

Elaborado por: Tatiana Tasipanta

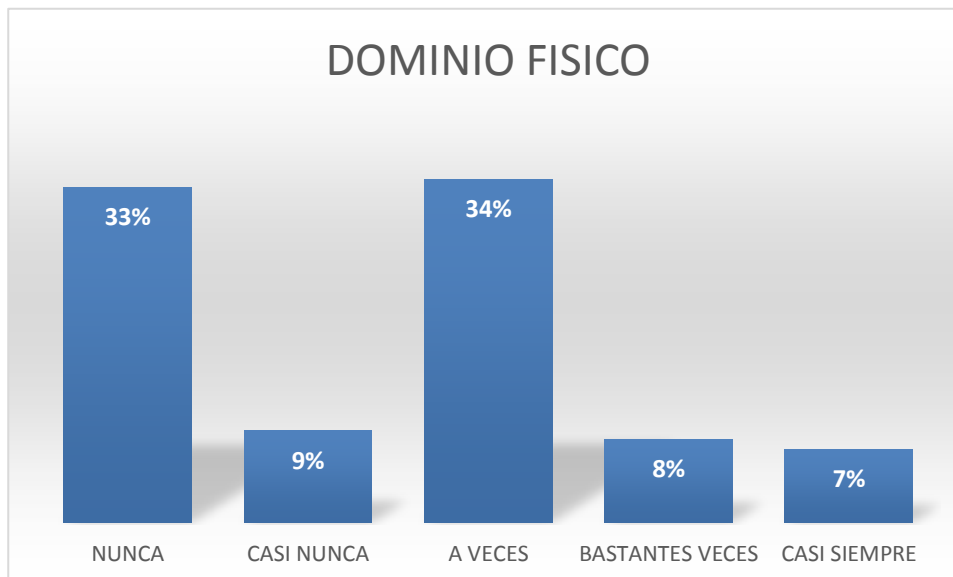


Figura 11. Dominio Físico

Elaborado: Tatiana Tasipanta

Considerando la figura 11 podemos observar que en el dominio físico el 33% no presenta una sobrecarga física, el 9% casi nunca, mientras que el 34% a veces presentan molestias o dolores, bastantes veces el 8%, y casi siempre el 7%. Los porcentajes para una sobrecarga física son medianamente altos tomando en cuenta desde la respuesta de a veces ya que como se observó anteriormente el tener una talla menor al paciente provoca mayor esfuerzo físico, sin embargo, no se puede descartar cualquier molestia que presente el cuidador a nivel músculo esquelético de los cuidadores que optaron por una respuesta de nunca y casi nunca.

En la tabla 5 se puede observar 10 preguntas las cuales están relacionadas al dominio emocional del cuidador. Todos los participantes respondieron las preguntas sin embargo no todos escogieron las opciones que daba el test.

Tabla 5

Conjunto de preguntas de dominio emocional

| PREGUNTAS (DOMINIO EMOCIONAL) | NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | BASTANTE S VECES | CASI SIEMPRE |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted? | 30% | 20% | 25% | 10% | 15% |
| ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades? | 20% | 20% | 40% | 5% | 15% |
| ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? | 55% | 30% | 15% | | |
| ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | 70% | 30% | | | |
| ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar? | 10% | 5% | 60% | 10% | 15% |
| ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar? | 55% | 25% | 15% | 5% | |
| ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? | 45% | 5% | 35% | 10% | 5% |
| ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? | 60% | 15% | 30% | | 5% |
| ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar? | 50% | 15% | 25% | 10% | |
| TOTAL | 44% | 18% | 31% | 8% | 11% |

Elaborado por: Tatiana Tasipanta

Con respecto a la figura 4 podemos observar que en este dominio emocional existe un 44% donde los participantes respondieron nunca, es decir, no siente una sobrecarga emocional además a este porcentaje 44% le podemos adjuntar el 18% que es casi nunca. También está el 31% que es a veces donde los cuidadores pueden en ocasiones sentir una sobrecarga emocional, agotamiento psicológico, estrés, angustia, tensión al estar cuidando a su paciente.

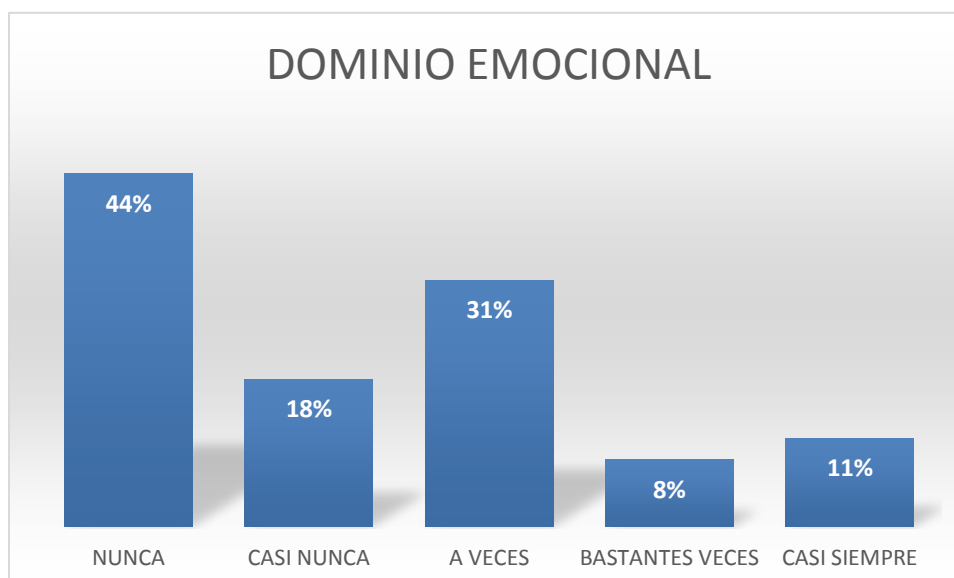


Figura 12. Dominio Emocional

Elaborado por: Tatiana Tasipanta

Se puede observar que en el dominio emocional la mayor respuesta a las preguntas planteadas en la escala de Zarit fue el 44% nunca, mientras que el 11% casi siempre, esta relación del 44% puede hacer referencia a que la mayor parte de cuidadores en este estudio es la población masculina.

Cómo se mencionó antes, en la tabla 6 también se desglosaron preguntas con origen social, es así que se puede observar que los participantes no escogieron la opción casi siempre que daba la escala de Zarit.

Tabla 6

Conjunto de preguntas de dominio social

| PREGUNTAS (DOMINIO SOCIAL) | NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | BASTANTES VECES | CASI SIEMPRE |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------|-----------------|--------------|
| ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia? | 35% | 30% | 20% | 15% | 0% |
| ¿Siente que no tiene la vida privada que | 50% | 35% | 10% | 5% | 0% |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|----|----|
| desearía debido a su familiar? | | | | | |
| ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar? | 45% | 15% | 35% | 5% | 0% |
| ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar? | 70% | 15% | 10% | 5% | 0% |
| ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas? | 55% | 15% | 30% | | 0% |
| TOTAL | 51% | 22% | 21% | 8% | 0% |

Elaborado por: Tatiana Tasipanta

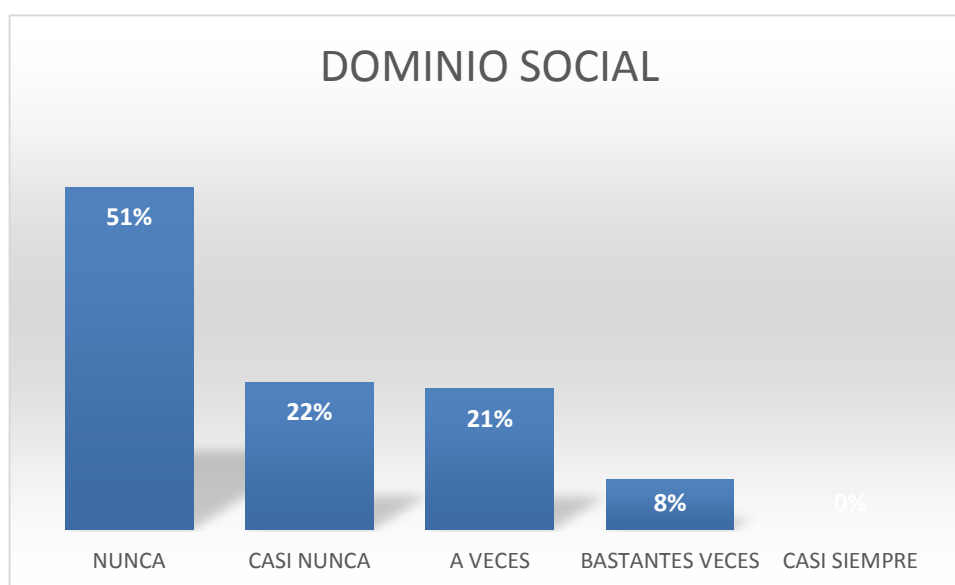


Figura 13. Dominio Social

Elaborado por: Tatiana Tasipanta

Con respecto a la figura 13 podemos observar que en el dominio social el 51% de los cuidadores respondieron nunca, es decir los cuidadores sienten que el cuidar a su familiar no les impide tener una relación social con su familia o amigos. Además, podemos mencionar que en este dominio el cuidador no presenta una sobrecarga ya que se mostró un 0% en la respuesta de casi siempre.

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la sobrecarga física y emocional en los cuidadores de los pacientes con traumatismo craneoencefálico durante la pandemia de Covid-19. Dando como resultado que el 50% de los participantes tenían una intensa sobrecarga y el otro 50% no presentaba sobrecarga y es así que se determinó que hubo un ligero incremento de sobrecarga en el cuidador durante la pandemia de Covid-19. En este estudio la muestra estuvo conformada por 21 personas de las cuales según los criterios de exclusión quedaron 17 participantes entre ellos hombres y mujeres y los resultados encontrados fueron representativos para los dos géneros.

De estudios hecho previamente sobre la sobrecarga obtuvimos que el nivel de sobrecarga presentada en los cuidadores de pacientes de adulto mayor es bajo (65.4%), no presentando sobrecarga, con una media de 1.52 (Córdoba, A., Latorre, F., & Mariño, A. , 2012). Varios estudios hechos previamente no tienen un enfoque en pacientes que sufrieron un traumatismo craneoencefálico.

En cuanto a los resultados de las características de la población se obtuvo que el mayor porcentaje correspondía al sexo masculino los cuales a causa de las responsabilidades del cuidado han sufrido una sobrecarga sin embargo en varios estudios la mayor población de cuidador es el sexo femenino y se puede confirmar en el estudio de Córdoba, A., Latorre, F., & Mariño, A (2012) sobre la “Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer”, en donde de 52 cuidadores el 82.7% eran mujeres (Córdoba, A., Latorre, F., & Mariño, A. , 2012). Esto no desmerita que en este estudio el mayor porcentaje de participantes sea de sexo masculino.

Además, la edad del cuidador comprende que el 86% es adulto que rige entre las edades de 34 – 64 años. Mientras que la edad del paciente estaba con el 80% entre las edades de 34 – 64 años considerados adultos. Según varios estudios la edad del cuidador y paciente es importante como se corrobora en el estudio de “Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor” donde la edad promedio del adulto mayor fue de 74,8 años y en los cuidadores fue de 44,3 años que está en el rango de adulto (Fhon, J., Janampa, J., Huaman, T., Marques, S., & Rodrigues, R., 2016). En el estudio “Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional” la edad promedio del cuidador es de 39.97 años lo cual está en el rango de adulto. En este estudio se tomó en cuenta la talla del paciente y cuidador; el peso del cuidador y del paciente. Donde los cuidadores están en un rango de talla pequeña que es de 1.50 a 1.60 metros con un peso moderado de entre 55 – 66 kg mientras tanto el

paciente o familiar comprende una talla de estatura media entre 1.61 – 1.69 metros con un peso moderado que esta entre 55 – 66 kg.

En diferentes estudios los datos en relación a la categorización de la población son muy importantes porque permitirá tener un enfoque global para tener una idea de cómo estos datos obtenidos (edad, sexo, peso, talla) se asocian con la carga del cuidador ya que así se podrá tener la posibilidad de diseñar intervenciones que ayuden a prevenir y/o disminuir la carga (García, D., & Sanabria, J., 2020).

Para poder determinar el nivel de sobrecarga que tiene el cuidador de pacientes con traumatismo craneoencefálico se aplicó la escala de Zarit la cual consta de 22 preguntas relacionadas tanto a la sobrecarga física y emocional. Como se mencionó consta de 22 preguntas con respuestas que son de nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), bastantes veces (3), casi siempre (4). En el estudio titulado “Necesidades y sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con traumatismo craneoencefálico” utilizaron dos instrumentos para medir la sobrecarga los cuales fueron “cuestionario de necesidades familiares” y Zarit (Díaz, D., Arango, J., Espinosa, I., & Rivera, A., 2014).

El test de Zarit ha sido utilizado en varios estudios con una alta fiabilidad como se encontró en el estudio de “Escala de sobrecarga del cuidador Zarit estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga” donde se encontró que la escala fue aplicada a 100 cuidadores consiguiendo un alto nivel de fiabilidad para la Escala Total ($\alpha = 0,88$) y así exponiendo que la Escala Zarit es un instrumento multidimensional, útil para medir sobrecarga en cuidadores primarios informales (Rodríguez, Á., Córdoba, A., & Poches, D., 2016).

Para alcanzar nuestro objetivo general se desarrolló un análisis e interpretación de todos los datos obtenidos a la aplicación de la escala de Zarit. Para mayor comprensión se realizó dominios o grupos de la parte física, emocional y social. Sin embargo, en un estudio sobre “Evaluación de la sobrecarga al cuidador de pacientes discapacitados a través de Zarit y Gijón, centro de salud n°1 Ibarra, 2018”, la interpretación datos lo realizaron tomando una pregunta que englobe lo físico, emocional y social y así obtener un resultado (Guamán Mugmal, P. , 2019).

Limitaciones

Este estudio presentó algunas limitaciones, una de ellas fue la dificultad para la toma de datos considerando la pandemia de Covid-19 en la cual muchos hospitales, clínicas, fundaciones entre otras cosas se mantuvieron cerradas o con límite de entrada a personas y

eso dificultó el contacto con las personas por lo cual la toma de datos se hizo de manera virtual y de esta forma los participantes no pudieron resolver alguna duda que tenían respecto a las preguntas del test.

Aplicación clínica

Según los resultados obtenidos en este estudio existe una sobrecarga física y emocional en los cuidadores por lo tanto será de suma importancia crear un protocolo de prevención musculoesquelética en los cuidadores sin descuidar la parte psicológica de los mismos. Es así que como fisioterapeutas no solo se debe tener un enfoque al paciente con traumatismo sino también al cuidador.

CONCLUSIONES

1. Según mostró la categorización de los cuidadores, se observó que el sexo masculino, se encarga del cuidado de las personas que sufrieron un traumatismo craneoencefálico donde la sobrecarga intensa estuvo comprendido con edades superiores a 36 años, además los cuidadores evaluados tienen diferentes profesiones y ocupaciones que han sido de cierta manera alteradas en sus horarios de trabajo. Como datos adicionales e importantes se tomó en cuenta la talla del cuidador donde un 55% comprende una talla entre 1.50 a 1.60 metros mientras que el 35% comprende una talla superior a 1.61 – 1.69 metros; tanto el peso del cuidador como del paciente varía en este caso el 60% de los pacientes tienen un peso moderado y un 40% un peso elevado mientras que el 50% de los cuidadores tienen un peso moderado, el 40% un peso elevado; con todo ello podemos deducir que si el paciente tiene un peso elevado será más difícil su traslado y desplazamiento para el cuidador que tiene un peso menor. Los cuidadores evaluados, en su mayoría son familiares cercanos que se encargan de los cuidados y a su vez tienen que hacer grandes sacrificios lo que indica que la sobrecarga del cuidador, está relacionado con la edad, el sexo, la ocupación, el peso del paciente, la talla del paciente y del cuidador y el tipo de traumatismo cerebral.

2. El presente estudio utilizó la escala de Zarit la cual consta de 22 preguntas relacionadas a la parte física, emocional y social del cuidador donde como resultado se observó que el 50% de los participantes presenta un nivel de sobrecarga intensa, lo que se llama “Síndrome del cuidador”, mientras que el otro 50% no presenta sobrecarga.

3. Los resultados obtenidos mediante los dominios físico, emocional y social varían donde el 55% de los participantes sienten un decaimiento en su salud. En el dominio social el 65% de los participantes sienten que su situación de cuidador no afecta la relación social con sus amigos y familiares. En el dominio emocional el 45% de los participantes sienten agobio al estar cerca de su familiar. De esta manera este estudio nos demostró un ligero aumento de la sobrecarga de los cuidadores en pacientes con TCE durante la pandemia de Covid-19 ya que el hacerse cargo de todos los cuidados del familiar quebranta de manera física, emocional y social al cuidador.

RECOMENDACIONES

Después de analizar los temas tratados con anterioridad se puede realizar las siguientes recomendaciones al servicio de salud y a los familiares.

Se espera que el presente estudio ayude en futuras investigaciones, donde la recolección de datos pueda ser más accesible entre el investigador y los investigados, debido a que la situación actual en la que vivimos que es el Covid-19 se pudo realizar la encuesta de manera virtual, por lo que no hubo un contacto personal; lo cual es necesario para responder alguna duda por parte de la población.

En la parte de fisioterapia se recomienda realizar terapias grupales con los cuidadores enfocándose en la parte física y control postural al realizar diferentes actividades como el levantar al paciente de la cama, cambiarlo de posición o transferencias de cama a silla de ruedas. También pueden realizar diferentes charlas de promoción y prevención enfocado en la salud del cuidador, para así reducir los problemas físicos, emocionales y sociales del cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

- David de cubas. (2020). Cómo nos afecta el covid-19 en nuestras familias. *España: Comunidad Valenciana*.
- Alarcon., J. . (2018). Evidencias científicas relacionadas con los accidentes de tráfico y su manejo clínico del trauma craneoencefálico: estudio comparativo, revisión sistemática y evaluación de guías de práctica clínica. (*Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona*).
- Alonso, D. . (2017). El desarrollo personal de las personas con diversidad funcional a través del proceso creativo. *Autoestima y autonomía*.
- Alvarado., A. (2020). *¿Cómo liderar en tiempos de crisis?* Obtenido de <https://www.incae.edu/es/blog/2020/04/30/como-liderar-en-tiempos-de-crisis.html>
- Anaguano., P. (2017). Factores de riesgo asociados al trauma cráneo encefálico pediátrico. (*Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados*).
- Barragán, R., Montiel, Á., Limón, I., Escobedo, V., & Loría, J. (2016). Costo directo de la atención primaria del traumatismo craneoencefálico (TCE) leve en adultos mediante grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) en el tercer nivel de atención médica. *Gac Med Mex*, 152(6), 755-60.
- Buide.,María Augusta. (Octubre de 2012). Grado de eficacia del tratamiento kinésico frente a las AVD en pacientes con hemiplejia post ACV. (*tesis de grado*). Buenos Aires, Argentina.
- Cáceres, V. (2018). ¿ son realmente casos de emergencia o urgencias mayores los que acuden a los servicios de emergencia? *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 4(4), 127-127.
- Calderón, C., & Fonseca, R. . (2016). Valoración médico legal de las secuelas de TCE moderado a severo: a propósito de un caso. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33(2), 151-158.
- Carreón., H. (2017). Repercusión social en la persona con traumatismo craneoencefálico. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(2), 133-138.
- Castillo de la Cruz, M., Delgado, L., Acosta, R., & Mendizabal, R. . (2017). Normas sugeridas en el manejo inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) leve, moderado y severo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 71(2), 70-81.
- Castro, J., Ortega, F., Artero, E., Girela, M., Mora, J., Sjöström, M., & Ruiz, J. (2018). Midiendo la Fuerza Muscular en Jóvenes: Uso del Salto Horizontal como un Índice General de la Aptitud Muscular-Ciencias del Ejercicio. *PubliCE*.
- CH, D. . (2018). El traumatismo craneoencefálico. 33(1).
- CH, D. (2018). El traumatismo craneoencefálico.
- Charry, J., Cáceres, J., Salazar, A., López, L., & Solano, J. (2017). Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neurocirugía*, 43(2), 177-182.

- Chiriboga, E., Barrezueta, A., & Aguirre, L. (2018). Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. *Revista Lasallista de investigación*, 15(2), 300-314.
- Collado, E., & Vindel, A. (2014). Desarrollo personal y bienestar. . *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. España*.
- Cómo nos afecta el covid-19 en nuestras familias. (2020). *España: Comunidad Valenciana*.
- Córdoba, A., Latorre, F., & Mariño, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 35-45.
- Corral, L. (2015). Escala de coma de Glasgow.
- Cuervo, M. (2018). Efecto rehabilitatorio en las funciones ejecutivas y su relación con la calidad de vida en TCE severo.
- de Graterol, E., & de Lorbes, M. (2014). El liderazgo ético en organizaciones postmodernas. *Revista de artes y humanidades UNICA*, 9(22), 59-78.
- del Carmen Reina, M. (2017). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*, 2(1), 55-69.
- del Mar Musazzi, M., Aladro, I., Catoira, N., Vidal, A., Aguiló, A., & Viale, L. (2020). Compromiso psicofísico en cuidadores de niños con parálisis cerebral. *Neurología Argentina*.
- Díaz, D., Arango, J., Espinosa, I., & Rivera, A. (2014). Necesidades y sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con traumatismo craneoencefálico. *Psicología desde el Caribe*, 393-415.
- Diccionario enciclopédico ilustrado. (1992). Diccionario enciclopédico ilustrado. Barcelona: Oceano .
- Espada, J., Orgilés, M., Piqueras, J., & Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. (h. org/10.5093/clysa2020a14, Ed.) *Clínica y Salud. Avance online*.
- Fernández, D., Díaz, J., Caballero, A., & Córdova, A. (2019). Entrenamiento de fuerza y resistencia en hipoxia: efecto en la hipertrofia muscular. *Biomédica*, 39(1), 212-220.
- Fhon, J., Janampa, J., Huaman, T., Marques, S., & Rodrigues, R. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en enfermería*, 34(3), 251-258.
- Fhon, J., Janampa, J., Huaman, T., Marques, S., & Rodrigues, R. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en enfermería*, 34(3), 251-258.
- García, D., & Sanabria, J. (2020). *Relación entre el nivel de sobrecarga y la calidad de vida en una muestra de cuidadores informales de pacientes con trauma craneoencefálico por accidente de tránsito*.
- García, M. (2020). Liderazgo carismático y su influencia en la satisfacción laboral docente. Estudio de caso. Polo del Conocimiento. *Revista científico-profesional*, 5(3), 850-864.
- Gilibert, N. (s.f.). Daño cerebral adquirido: causas, consecuencias y tratamiento.
- Guamán Mugmal, P. (2019). *Evaluación de la sobrecarga al cuidador de pacientes discapacitados a través de Zarit y Gijón, centro de salud n° 1 Ibarra*. 2018 (Bachelor's thesis).

- Herrera, M., Ariza, A., Rodríguez, J., & Pacheco, A. (2018). Epidemiología del trauma craneoencefálico. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 17(S2), 3-6.
- Huete, F., Pérez, Z., Gutiérrez, M., & Herrero, R. (2010). Sobrecarga del cuidador principa. *Revista Enfermería CyL*, 2(1).
- Huete, F., Pérez, Z., Gutiérrez, M., & Herrero, R. (2010). Sobrecarga del cuidador principa. *Revista Enfermería CyL*, 2(1).
- Jiménez, F. (2020). Las infravaloradas secuelas del traumatismo craneoencefálico. . *Mente y cerebro*, 17(6), 74-79.
- Li-Quiroga, M., Alipázaga, P., Osada, J., & León, F. . (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(4), 232-239.
- Lista, A., González, L., & Souto, S. . (2020). ¿ Qué papel desempeña la Fisioterapia en la pandemia mundial por COVID-19? *Fisioterapia*.
- Logroño, E., & Cercas, A. (2018). Estudio de la motivación del cuidador principal de la persona dependient. *Escuela Politécnica del Ejercito (Espe)*, 12(1).
- Magalhães, A., Souza, L., Faleiro, R., Teixeira, A., & Miranda, A. (2017). Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico no Brasil. *Rev Bras Neurol*, 53(2), 15-22.
- Mehta, P., McAuley, D., Brown, M., Sanchez, E., Tattersall, R., & Manson, J. (2020). COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *The Lancet*, 395(10229), 1033-1034.
- Mendes, P. F. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. 32(1), 87-94.
- Mendes, P., Figueiredo, M., dos Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. . (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94.
- Mendoza, L., García, L., & Arroyo, G. (2017). Epidemiología del trauma craneoencefálico evaluado por tomografía axial computada. *Revista de Sanidad Militar*, 57(5), 299-302.
- Mendoza, L., García, L., & Arroyo, G. (2017). Epidemiology of cranial-encephalic trauma evaluated by computed axial tomography. *Revista de Sanidad Militar*, 57(5), 299-302.
- Ministerio de Salud. (2020). *Ministerio de Salud pública*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/?s=semaforo+rojo>
- Montoya, V. . (2020). Confinamiento/aislamiento: del lenguaje preventivo de la COVID-19 a la pragmática de la guerra en Colombia.
- Navarro, Y., López, M., Climent, J., & Gómez, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33, 268-271.
- Núñez.,L. (2005). El manejo del paciente neurologico. *Rev Mex Neuroci*.
- OMS. (2015). Peso corporal.
- OMS. (2019). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). *Organizacion mundial de alud*.

- OMS. (2019). Calidad de vida.
- OMS. (s.f.). *Fisioterapia*. Obtenido de Organización mundial de la Salud: <https://www.who.int/es>
- Orrego, A. . (2017). Hipopituitarismo posterior a lesión traumática cerebral. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*, 3(3), 5-10.
- Ortega, J., Prieto, N., Choque, B., Degenhardt, M., Poveda, P., López, M., & López, A. (2018). Traumatismo craneoencefálico leve. *Surgical neurology international*.
- Prieto, S., Arias, N., Villanueva, E., & Jiménez, C. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna De México*, 31(6).
- Regader., B. (2016). Los 5 grandes rasgos de personalidad: sociabilidad, responsabilidad, apertura, amabilidad y neuroticismo. *Psicología y mente*.
- Rehren, A. (2019). Liderazgo presidencial y democratización en el Cono Sur de América Latina. *Revista de Ciencia Política*, 14(1-2), 63-87.
- Rodríguez, Á., Córdoba, A., & Poches, D. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquía)*, 8(2), 87-99.
- Rodríguez, Á., Córdoba, A., & Poches, D. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquía)*, 8(2), 87-99.
- Rodriguez, J. E. P., Skvirsky, S. S. W., Badillo, X., Florez, O., & Gómez, J. . (2020). FISIOTERAPIA Y SU RETO FRENTE AL COVID-19: FISIOTERAPIA Y COVID-19.
- Rodriguez, M. . (2019). Correlación entre el aprendizaje combinado (B-Learning) y el liderazgo transformacional. *Revista Internacional de Tecnologías en la Educación*, 6(2), 93-105.
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Rev Médica Sanitas*, 21, 141-6.
- Roelas, G. (2019). Crisis vitales y depresión en un paciente con insuficiencia renal crónica . *Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2019*.
- Rojas, Q., & Milagros, V. (2017). La autoestima.
- Ruiz, A., Arcaño, K., & Pérez, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2).
- Ruiz, I., & Pastor, G. . (2020). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*.
- Ruiz, L., Manzano, J., Amengual, A., Otero, I., & Nieto, M. (2016). Coordinación motriz y rendimiento académico en adolescentes RETOS. *Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 29, 86-89.
- Santos, W., Vancin, C, Lopes, M., Okuno, M., & Batista, R. . (2016). Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow em um hospital universitário. *Einstein (São Paulo)*, 14(2), 213-218.

- Tornés, A. (2015). Manejo del trauma craneoencefálico en la atención primaria en salud. *Revista Médicas UIS*, 28(1), 15.
- Torralba, M., Vieira, M., Lleixà, T., & Gorla, J. (2016). Evaluación de la coordinación motora en educación primaria de Barcelona y provincia. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 16(62), 355-371.
- Torres, O. (2008). Estrategia pedagógica para la rehabilitación neurológica. (tesis de maestría), 121-122. Habana, Cuba.
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Argumentos. *Revista de Crítica Social*, 17.
- Velez, C. . (2016). Caracterización del traumatismo craneoencefálico en el Servicio de Emergencia, Hospital IESS de Portoviejo. (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados).
- Villán, M. . (2018). Métodos para la evaluación motora objetiva de pacientes con daño cerebral adquirido en neuro-rehabilitación funcional . (Doctoral dissertation, Universidad Politécnica de Madrid).
- Weitzman, M. (2005). Terapias de rehabilitación en niños con o en riesgo de parálisis cerebral. *Rev Ped Elec*, 2(1), 47-51.
- Zambrano, V. (Abril de 2017). Grado de calidad que recibe el paciente por parte del terapeuta físico en el hospital Pablo Arturo Suarez en diciembre del 2016. (tesis de grado). Quito, Pichincha, Ecuador.
- Zepeda, P., & Muñoz, C. . (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1), 2-5.
- Zufiría, J. P. (2018). Traumatismo craneoencefálico leve Mild head injury. *Surgical Neurology International*, 9, 1-13.
- Zufiría, J., Prieto, N., Cuba, B., Degenhardt, M., Núñez, P., Serrano, M., & Raigada, A. (2018). Traumatismo craneoencefálico leve Mild head injury. *Surgical Neurology International*, 9.

ANEXOS

Anexo 1

Instrumento Zarit

| Nº | Pregunta | Puntuación |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 | ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesitas? | |
| 2 | ¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar no tienes suficiente tiempo para ti? | |
| 3 | ¿Te sientes agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | |
| 4 | ¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar? | |
| 5 | ¿Te sientes enfadado/a cuando estás cerca de tu familiar? | |
| 6 | ¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tu tienes con otros miembros de tu familia? | |
| 7 | ¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar? | |
| 8 | ¿Piensas que tu familiar depende de ti? | |
| 9 | ¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar? | |
| 10 | ¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar de tu familiar? | |
| 11 | ¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar? | |
| 12 | ¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar? | |
| 13 | ¿Te sientes incómodo por distanciarte de tus amistades debido al cuidado de tu familiar? | |
| 14 | ¿Piensas que tu familiar te considera a ti como la única persona que le puedes cuidar? | |
| 15 | ¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a tu familiar, además de tus otros gastos? | |
| 16 | ¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo? | |
| 17 | ¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que comenzó la enfermedad de tu familiar? | |
| 18 | ¿Desearías poder dejar el cuidado de tu familiar a otra persona? | |
| 19 | ¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar? | |
| 20 | ¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar? | |
| 21 | ¿Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar? | |
| 22 | Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar? | |
| | TOTAL | |

Fuente: Rodríguez, Á., Córdoba, A., & Poches, D. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. [Figura].

Recuperado de

https://www.vitalia.es/resources/archivosbd/actualidad_documentos/c50f6686834496324ec28738ae8274e5.pdf.

Anexo 2

Consentimiento informado

Tema: Sobrecarga física y emocional de los cuidadores de los pacientes con traumatismo craneoencefálico a causa del covid-19, en el Hospital de Especialidades de las FF. AA. No1, Quito 2020

Se invita a usted a participar en un proyecto de investigación que está bajo la responsabilidad de Ivonne Tatiana Tasipanta León de las Escuela de Terapia Física de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Es muy importante que usted lea y entienda los principios generales a aplicarse en todos los que participen en el estudio: 1) su participación dentro de estudio es completamente voluntaria; 2) no hay beneficios personales en su participación, pero el conocimiento adquirido beneficiara a otras personas. 3) Usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio.

La razón por la que usted fue invitado a participar de este estudio es porque cumple con todos los requisitos para la presente investigación. El proyecto incluye: 1) se llenará un cuestionario sobre diferentes factores personales en este caso sobre la sobrecarga de cuidar a un paciente con TCE.