



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA  
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES INFORMALES DE  
ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRONICAS  
DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA  
IRIGOYEN

Tesis para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Enfermería

Jenny Janet López López

LIMA – PERÚ

2013

Jenny Janet López López

CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES INFORMALES DE  
ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRONICAS  
DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA  
IRIGOYEN

Asesora: Dra. Kattia Ochoa Vigo

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, afiliada a la  
Universidad Ricardo Palma.

LIMA - PERÚ

2013

A todos los cuidadores que con amor,  
fuerza y esmero cuidan una vida,  
mostrando ese arte y dedicación de  
cuidar.

## AGRADECIMIENTOS

- A mis padres, por el apoyo y amor incondicional que me dieron y me siguen dando en mi vida, así como la educación que me brindaron para ser una persona de bien.
- A mi familia, que siempre me ayudan a conocer el mundo y elegir lo que quiero en esta vida, mejorando mi calidad de vida.
- A mis amigas, amigos y personas especiales que me animan a seguir mis metas, sobretodo en momentos de difícil situación.
- A mis colegas, profesores y Licenciados que conocí durante mis estudios y en toda la estancia donde realice mis prácticas clínicas, dándome la oportunidad de mejorar cada día y comprender el cuidado profesional que debo tener ante un paciente.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
PORTADA .....	II
DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTOS .....	IV
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	V
ÍNDICE DE TABLAS .....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	IX
ÍNDICE DE ANEXOS .....	X
RESUMEN .....	XII
SUMMARY .....	XIII
INTRODUCCIÓN .....	XIV
CAPITULO 1: PROBLEMA .....	1
1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del problema .....	7
1.3. Objetivos .....	7
1.3.1. Objetivo general .....	7
1.3.2. Objetivo específico .....	7
1.4. Justificación .....	8
1.5. Limitación .....	9

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO .....	10
2.1. Antecedentes internacionales .....	10
2.2. Base teórica .....	13
2.2.1. Cuidar, Cuidado y Cuidador .....	13
2.2.2. Autocuidado .....	16
2.2.3. Aspectos que determinan la situación del cuidado institucional y no institucional .....	17
2.2.4. Cuidador Informal .....	18
2.2.5. Perfil característico del cuidador Informal .....	19
2.2.6. Calidad de Vida .....	21
2.2.7. Dimensiones de la calidad de vida .....	22
2.2.8. Medición de la calidad de vida .....	26
2.3. Definición de términos .....	28
2.4. Variables .....	29
 CAPITULO 3: METODOLOGÍA .....	 30
3.1. Definición operacional de variables .....	30
3.2. Tipo de investigación .....	30
3.3. Diseño de la investigación .....	30
3.4. Lugar de ejecución de la investigación .....	30
3.5. Universo, selección, muestra y unidad de análisis .....	31
3.6. Criterios de inclusión y exclusión .....	32
3.6.1. Criterios de inclusión .....	33
3.6.2. Criterios de exclusión .....	33

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	33
3.8. Procedimiento de recolección de datos .....	35
3.9. Aspectos éticos .....	35
3.10. Análisis de datos .....	36
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION .....	37
4.1. Resultados .....	38
4.2. Discusión .....	43
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	50
5.1. Conclusiones .....	50
5.2. Recomendaciones .....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
ANEXOS .....	66

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores informales. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012 .....	38



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Grado de dependencia de los adultos mayores con enfermedades crónicas. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012 .....	39
Gráfico 2. Sobrecarga laboral de los cuidadores informales. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012 .....	40
Gráfico 3. Calidad vida por sub dimensiones. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012 .....	41
Gráfico 4. Calidad vida por dimensiones según SF-36. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012 .....	42

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
<b>ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO 2. PRESENTACIÓN DE LA ENCUESTA E INSTRUMENTOS .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 3. TEST DE ÍNDICE DE BARTHEL .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO 4. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO 5. VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR ESCALA DE ZARIT .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO 6. GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS SEGÚN ACTIVIDADES DIARIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO 7. TRANSICIÓN DE SALUD GENERAL: COMPARACIÓN DEL AÑO ANTERIOR DEL CUIDADOR INFORMAL .....</b>	<b>78</b>

<b>ANEXO 8. CALIDAD DE VIDA SEGÚN SUB DIMENSIONES DE LOS CUIDADORES INFORMALES .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO 9. CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES DE LOS CUIDADORES INFORMALES .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO 10. CARTA DE VALIDACIÓN DEL H. N. G. ALMENARA I. ....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO 11. HOJA DE EVALUACIÓN DEL H. N. G. ALMENARA I. ....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO 12. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES A INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>83</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El cuidador informal es un miembro de la familia, que aparte de desempeñarse en sus actividades cotidianas y de realización personal, se ocupa del cuidado de un familiar que tiene alguna enfermedad crónica y está incapacitado para autocuidarse y/o satisfacer sus necesidades básicas. Presenta desgaste físico y mental que desencadena una “crisis” y le origina una sobrecarga, posible aparición de estrés, disminución de horas de sueño y consumo de fármacos. **Objetivo:** Determinar el nivel de calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas concurrentes a los servicios de Enfermería de Geriátrica, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. **Metodología:** Estudio de tipo cuantitativo, método observacional y diseño descriptivo; cuya población fue constituida por cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas que acuden al H.N.G.A.I, con una muestra es 52 personas. Utilizándose como instrumentos: el test de índice de Barthel (grado de dependencia del adulto mayor cuidado), cuestionario SF-36 (calidad de vida) y escala de Zarit (sobrecarga laboral). La recolección de datos fue realizada entre abril-julio 2012, aplicando las técnicas de revisión de historias clínicas y entrevistas. El proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación del hospital. **Resultados:** La mayoría de los cuidadores informales tenía 51 años o más y era mujer, con grado de instrucción superior; la dimensión mental fue la más afectada, siendo el rol emocional el de peor calidad de vida; con una mejor calidad de vida en la dimensión física con el rol físico y una sobrecarga baja, a pesar que el adulto mayor con enfermedad crónica tenía una dependencia de grave a moderado. **Conclusiones:** La mayoría de cuidadores informales indicó tener una mejor calidad de vida de forma global, aunque la dimensión mental se vió más afectada. Cabiéndole al personal de enfermería dar el soporte interviniendo oportunamente.

**Palabras Clave:** Cuidador informal, calidad de vida, adulto mayor, enfermería

## SUMMARY

**Introduction:** The informal caregiver is a family member who, besides performing the regular daily activities and his or her own personal activities, takes charge of the care of a family member who suffers from a chronic disease and is unable to take care of him/her self and satisfy his/her basic needs. The informal caregiver shows signs of physical and mental exhaustion that causes a “crisis” gets overwhelmed and could possible show signs of stress, lack of sleep and also consumption of pills. **Objective:** Determine the level of quality of life of informal caregivers in charge of elderly people suffering from chronic diseases and seeking attention at the Nursing Services Department for the Elderly, Internal Medicine and Neurosurgery of the H.N.G.A.I. **Methodology:** Quantitative type study, observational method and descriptive design with a population of 52 informal caregivers in charge of elderly people suffering from chronic diseases who seek care at the H.N.G.A.I. Tools used: The Barthel Index Test (Grade of dependency of the elderly who is being taken care of), SF-36questionnaire (quality of life) and Zarit Scale (overload work). Data collection was made between April and July of 2012, applying the techniques of medical records review and interviews. The project was approved by the Committee of Ethics in Investigation of the hospital. **Results:** The majorities of the informal caregivers were females, 51 years old or older, with high levels of education; the relationship was daughters or sons. The mental aspect was the most affected placing the emotional role as the worst part of the quality of life; but, the quality of life was better in the physical aspect, even thought the dependency of the elderly with chronic disease was from severe to mild. **Conclusions:** The majority of informal caregivers pointed out that they had a better quality of life in general; nevertheless, the mental aspect was the most affected. Being the nurses duty to play a role by intervening at the right time.

**Keyword:** Informal caregiver, quality of life, elderly, nursing.

## INTRODUCCION

Trabajo de investigación presentada a la Escuela Padre Luis Tezza afiliada a la universidad Ricardo Palma para la obtención del título de Licenciada de Enfermería y se incluye en la Quinta línea de investigación Calidad de Vida; que aborda el tema de Salud de los cuidadores de discapacitados/enfermos crónicos, traducida en la calidad de vida del cuidador informal de familiares con enfermedades crónicas. Tiene el propósito de promover las investigaciones enfocada a la calidad de vida de los cuidadores informales que tienen un adulto mayor con enfermedad crónica, siendo totalmente dependiente de este, teniendo en cuenta la situación socioeconómica, física y mental en la que vive y las posibles consecuencias a largo tiempo que pueda adquirir. El trabajo de investigación se divide en 5 capítulos:

El primer capítulo; presenta el planteamiento y formulación del problema, objetivos planteados, justificación y limitaciones de la tesis.

En el segundo capítulo; se encuentra la explicación de los antecedentes internacionales y nacionales como referente de estudios cuyo contenido es

similar al presente estudio, la base teórica presentando los puntos relevantes a considerar, definición de términos, y la variable; en este caso, no se presentó hipótesis por la naturaleza del trabajo.

En el tercer capítulo; se muestra la metodología empleada en la investigación: Definición operacional de la variable; tipo, diseño y lugar de la investigación; universo, selección, muestra y unidad de análisis; los criterios de inclusión y exclusión tanto para la persona cuidada como para el cuidador; técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, aspectos éticos y análisis de datos.

En el cuarto capítulo; se presenta los resultados y discusión del análisis de datos recolectados durante el tiempo programado y haciendo la comparación con otros estudios que se encuentran tanto en los antecedentes como en el marco teórico, discutiendo los datos más resaltantes, reconociendo los límites que tienen la investigación y el logro de los objetivos planteados.

El quinto capítulo, se hace referencia a las conclusiones y recomendaciones que incluye la presencia de los puntos necesarios que se haya vertido, de manera congruente, y recomendar los puntos más resaltante que estuvieron ausentes o necesitan reforzar, evitando posibles sesgos en las futuras investigaciones.

Por último, las referencias sobre las revisiones e investigaciones de fuentes primarias y secundarias y los anexos adjuntos como los cuestionarios.

# CAPÍTULO 1

## PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

En los últimos años, la población conformada por el adulto mayor, se ha incrementado junto a la tecnología y la innovación de la medicina humana, reconociendo que se han creado formas de “alargar la vida”; siendo esto un factor positivo y negativo a la vez para la sociedad y los implicados con el entorno del adulto mayor. Este último término, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye a las personas de 60 años a más y da relevancia al proceso de envejecimiento humano, que indirectamente confluye a diversos factores que incrementan la “esperanza de vida”.<sup>1</sup>

El adulto mayor, considerado como la población “no activa”,<sup>2</sup> se implica como una población productiva por ser consumidores (sean por medicamentos y alimentos lo de mayor consumo), poseer mayor conocimiento por el tiempo de vida y la experiencia lograda, además de ser productores de trabajos para los profesionales de la rama de medicina, entre otros; pero, al mismo tiempo, como son masivos y por tal no hay lugares donde puedan quedarse por mucho tiempo, son dependientes (sea del gobierno, de la familia o socialmente) y



marginados por no ser competentes y de “utilidad” como mano de obra (trabajo).<sup>2,3</sup>

El envejecimiento, como mencionado en párrafos anteriores, está incrementándose a nivel mundial; estimándose que el año 2010 el 10% de la población mundial ya era adulta mayor de 60 años presumiéndose que aumentará al 15% para el 2025 y a 22% el 2050.<sup>4</sup> Este aumento se aprecia más en Europa y América del Norte que tienen una proporción creciente del 20% al 28% y del 16% al 26% en los años 1998 y 2025 respectivamente; seguido de Asia y América Latina, cuya proporción de adultos mayores es de 8-15% entre 1998 y 2025 y por último, África, cuya proporción aumenta del 5% al 6% durante el mismo periodo y al 2050 puede duplicar esta proporción; lo que causa una transformación demográfica mundial con profundas consecuencias en distintos aspectos de vida del adulto mayor.<sup>4,5</sup>

En el Perú, los adultos mayores representan el 9,1% de la población nacional; observándose un incremento de esta población como se evidencia durante el periodo de 1993 (7,0%) al 2007 (9,1%), estimándose que para el 2025 llegará al 13,27%. Además, existen más mujeres (51,70%) que hombres (48,30%) en la totalidad de la población adulta mayor.<sup>5,6</sup>

Del mismo modo, el departamento de Lima y la provincia constitucional del Callao presentan incremento de esta población durante el periodo de 1972-2007, siendo el porcentaje de 5,1% a 9,8% y de 5,3% a 9,2% respectivamente.<sup>7</sup> Los departamentos con mayor número de personas adultas mayores son Arequipa, Moquegua, Lima y la provincia constitucional del Callao; en el departamento de Lima, la provincia con mayor población es Yauyos (15,9%) y

entre los distritos de la provincia de Lima (9,7%) son Lurín, Puente Piedra, Pachacamac y Luringacho, los cuales tienen los valores más altos de dependencia.<sup>5,7,8</sup>

Según el INEI, esta población vive dentro de una familia y el 69,1% está conformado por 3 o más miembros y apenas el 9,1% vive solo, existiendo mayor predominio del sexo femenino.<sup>8</sup> La II Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento, que presentó la iniciativa de política sobre el envejecimiento en su Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento en el 2002, promueve la edición de documentos fundamentales para la atención y derechos al adulto mayor en diversos países, así como la creación del CIAM, el CARPAM y la “Pensión 65” en el Perú.<sup>4</sup> Recordemos que el adulto mayor se encuentra protegido por el Estado conforme Ley N° 28803, cuyo objetivo es garantizar los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes para la mejora de su calidad de vida e integración social, político, económica y cultural contribuyendo al respeto de su dignidad.<sup>5,9</sup> Resaltándose la participación de la familia como promotora del cuidado integral físico, mental y emocional.

El adulto mayor, por su propia condición, puede comportarse como una persona tanto dependiente como independiente, conforme la integridad de su salud física, mental y emocional. A esa edad, frecuentemente los adultos mayores padecen de múltiples enfermedades, además del deterioro biológico propio del envejecimiento; en algunas oportunidades pueden llegar a postrarse en cama por largos periodos de tiempo o indefinidamente debido a una enfermedad o complicación incapacitante.<sup>4,5</sup> De esta forma, puede convertirse en una carga para las personas más cercanas a él, por estar limitado para

realizar actividades de la vida diaria como autocuidarse, alimentarse, bañarse, vestirse, entre otros.

En Colombia, la morbimortalidad está dada por las enfermedades crónicas, destacándose las enfermedades cardiovasculares y cancerígenas<sup>10</sup> tomándose en cuenta que seis millones de habitantes no tienen acceso a los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas.

Y, en el Perú, las enfermedades prevalentes en la población adulta mayor, según la Organización Panamericana de Salud y la OMS – Ministerio de Salud (MINSA), citado por el informe del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES),<sup>11</sup> sobresalieron en el 2000 como principales causas de muerte las enfermedades cardiovasculares (25,87%), los tumores malignos (23,30%) y las enfermedades transmisibles (18,84%); en la población de 50 años las principales causas de mortalidad fueron las infecciones respiratorias agudas. Mientras la morbilidad se debe tanto a las infecciones de respiraciones agudas (MINSA) como la hipertensión arterial (EsSalud y PADOMI), así como las enfermedades osteoartrosis primarias (PADOMI) como secundario.

En esa condición, los adultos mayores necesitan de cuidados especiales. Según el Diccionario de la Real Academia Española, la palabra cuidar significa poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo; asistir, guardar, conservar.<sup>12</sup> Destacando, que no siempre se refiere a la labor de las enfermeras (os), pues en muchas familias y especialmente en aquellas personas que viven en los sectores marginados, los cuidadores son los que realizan el cuidado del paciente enfermo durante la rutina diaria.

El MINDES informa que entre los adultos mayores, la situación de enfermedad o accidente afecta al 74,7% de las mujeres y al 64,2% de los hombres; y no siempre toda esa población cuenta con asistencia de seguro de salud. Solo cuatro de cada 10 personas adultas mayores cuentan con alguna modalidad de seguro de salud (el 31,4% está cubierto por ESSALUD y 7,2% por otros seguros), habiendo mayor concentración del servicio de ESSALUD en el área urbana (45,5%) que en la rural (8,2%).<sup>1</sup>

Por otro lado, actualmente la capacidad de las instituciones hospitalarias no abastece la gran demanda de pacientes que necesitan de hospitalización, llegando (en muchas ocasiones) a su tope máximo de albergamiento; esta situación promueve la alta temprana de los pacientes sin que necesariamente se encuentren totalmente recuperados o estables. De ese modo, muchos pacientes, especialmente los adultos mayores, son transferidos a sus casas para continuar allí sus cuidados hospitalarios, pero proveídos por un familiar, que en la mayoría de las veces no tienen preparación alguna. Siendo que a los familiares que desempeñan esos cuidados se les denominan cuidadores informales.<sup>11,13</sup>

El cuidador informal es aquella persona que tiene un vínculo y/o relación de parentesco o cercanía y que asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido (casi siempre es un familiar cercano) que vive con alguna enfermedad crónica<sup>14</sup> o incapacitante que lo postra, haciéndole dependiente de cuidados básicos. El cuidador, a la par de realizar los cuidados del adulto mayor, debe cuidar también las suyas propias, tanto de orden personal como familiar, lo que la indispone en tiempo y fuerzas necesarias para cuidarse a sí mismo.<sup>15</sup>

En la práctica diaria de enfermería observamos que en los pasadizos o en las salas de esperas se encuentra los familiares de algún paciente y entre ese grupo de familia se encuentra el cuidador informal. Quero<sup>13</sup> refiere sobre ellos que:

Atrás han dejado su hogar, medio arreglado; sus hijos en la escuela y la comida quizás preparada para el mediodía o, tal vez para la noche. [...] Nadie se fija en ellas, nadie las mira, nadie las tiene en cuenta, pasan desapercibidas para el sistema y la institución sanitaria y, a veces, hasta incomodan.p.2

Diversos estudios muestran esa realidad en todo el mundo, con diferencia del impacto que tiene en cada cuidador. En Europa, la población de adulto mayor con dependencia funcional ha incrementado, por lo que las familias optan por tener a su familiar entre ellos en vez de hospitalizados o inscritos en centros especializados (puesto que el costo es elevado a largo plazo, además de otros motivos), representando un gran problema para el cuidador informal.<sup>16-19</sup> Un estudio sobre los aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España, apunta que un 93% de los cuidadores informales tiene una calidad de vida baja, con mayor porcentaje de mujeres entre 45 y 60 años (15-23%), en comparación con los hombres (5-7%). Resaltando que son ellas quienes frecuentan más los hospitales por síntomas de hipertensión, depresión y agotamiento físico; aunque, los hombres son menos propensos a sufrir estos síntomas.<sup>20</sup>

A nivel de Latinoamérica, las causas ya son diferentes, considerando que la economía, los servicios, el modo de vida, entre otros factores, hacen distinto la situación del cuidador informal;<sup>17,21-23</sup> sin embargo, llega al mismo final: cambios en su estilo de vida, limitación de contactos sociales, salud física y

mental afectada.

## 1.2. Formulación del problema

Mediante lo expuesto y considerando el incremento de la población adulta mayor, el impacto de las enfermedades crónicas y sus complicaciones a esa edad, el alta precoz de los hospitales y las consecuencias que genera su cuidado en la vida del cuidador informal, además de la inexistencia de estudios abordando la calidad de vida de los cuidadores informales, en el presente estudio se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la calidad de vida que presentan los cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Abril-Julio 2012?

## 1.3. Objetivos

### 1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas concurrentes a los Servicios de Enfermería de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

### 1.3.2. Objetivo específico:

- Describir las características demográficas de los cuidadores informales.
- Evaluar el grado de dependencia que tienen los adultos mayores con enfermedades crónicas mediante el Test de Índice de Barthel.
- Evaluar la sobrecarga laboral que obtiene el cuidador informal según Escala de Zarit.

- Identificar la calidad de vida de los cuidadores informales según dimensión: física y mental.
- Clasificar el nivel de calidad de vida que tiene el cuidador informal.

#### 1.4. Justificación

El cuidador es un miembro de la familia que asume el cuidado de un familiar en el entorno hospitalario y domiciliario, quien puede encontrarse postrado y dependiente por algún tipo de enfermedad crónico degenerativo, de tal modo que el cuidador asume inclusive sus cuidados básicos de higiene y alimentación sin necesariamente estar preparado, lo que le genera una sobrecarga de labor, pues además de cuidar al familiar enfermo, tiene que continuar desempeñando sus actividades cotidianas y propias de su realización personal; llegando a presentar no solo el desgaste físico, sino también, desgaste mental, que podría desencadenar una "crisis" en corto o mediano plazo afectando su calidad de vida con la aparición posible de estrés, disminución de horas de sueño y el consumo de fármacos que le permitan disminuir su malestar.

Esta investigación describe y analiza las aéreas o dimensiones afectadas del cuidador informal, y propone algunas estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida de estos cuidadores, quienes no conforman un grupo humano institucionalizado pero son de vital importancia para desarrollar los cuidados en el hogar. Constituye asimismo, una puerta de entrada para otras investigaciones que aborden este problema desde una visión macro que ayude a delimitar y proponer nuevas políticas sanitarias en defensa de los cuidadores informales.

### 1.5. Limitación

El estudio, por ser de naturaleza descriptiva y cuya muestra fue no probabilística, los resultados solo se aplican a la población participante.



## CAPÍTULO 2

### MARCO TEORICO

#### 2.1. Antecedentes internacionales

El estudio de Álvarez Rodríguez<sup>16</sup> fue de tipo exploratorio, descriptivo, comparativo de abordaje cuantitativo considerando como problema a los cuidadores familiares de personas que viven con VIH/SIDA, con un universo de 60 personas del Instituto Nacional del Tórax y Hospital Mario Catarino Rivas-Honduras, de los cuales se tomo dos grupos: Grupo A (Población de cuidadores familiares de personas con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral) y el Grupo B (Población de cuidadores familiares de personas con VIH/SIDA que no reciben terapia antirretroviral). Este estudio, ante el cuestionamiento de cómo es la calidad de vida en los cuidadores familiares de personas que viven con VIH/SIDA y la comparación de estos dos grupos, aplicó el instrumento propuesto por Betty Ferrell et al.: “Medición de la calidad de vida de un miembro familiar que brinda cuidados a un paciente” comprendiendo 37 ítems que describen las dimensiones de la calidad de vida: física, psicológica, espirituales y sociales. También usaron un segundo instrumento para describir las características sociodemográficas de los cuidadores, además de medir el grado de dependencia de la persona que recibe los cuidados y la calidad de vida con

la escala de valoración de PULSES. Los resultados permiten entender cómo las acciones de cuidado que tienen los cuidadores son de impacto negativo para su calidad de vida (afectando su bienestar holístico desproporcionalmente); además de la comparación de los grupos, en la cual el Grupo B sufrió mayor deterioro que el Grupo A.

Otro estudio que incluye a la calidad de vida del cuidador informal fue de Vázquez y Carod,<sup>17</sup> Calidad de Vida en Pacientes con Secuela Neurológica y en sus Cuidadores. Como instrumento usaron la Escala SF-36, que consta de ocho ítems que analizan la Calidad de Vida. Tuvo una población total a 60 personas, siendo que 30 de ellos tenían secuela neurológica (18 lesionados medulares, 2 traumatismos craneoencefálicos, 10 ictus) y los otros 30 eran sus cuidadores pertenecientes del Programa de Rehabilitación Lesionado Cerebral y Medular en el hospital Sarah de Brasilia, Brasil. Cuyo objetivo fue determinar la importancia relativa de las diferentes dimensiones de calidad de vida entre pacientes en rehabilitación con secuela neurológica y sus cuidadores principales. En los resultados, los cuidadores muestran una repercusión negativa en lo físico y derivados con mayor puntaje a comparación de la función social, emocional y salud mental; junto a esto, las mujeres puntuaban significativamente peor que los hombres, estando la Calidad de Vida relacionada con la Salud afectada en ambos grupos.

Vickrey *et al.*<sup>18</sup> realizaron una investigación denominado Development and preliminary evaluation of a quality of life measure targeted at dementia caregivers, de tipo longitudinal, empleando un test de campo con 91 ítems (basado en un análisis de datos enfocados en los grupos de cuidadores de diversos grupos étnicos en el área del sur de California), teniendo en cuenta la

intervención de asistencia del cuidado, tiempo personal, involucramiento familiar, demanda del cuidado, preocupación, espiritualidad y religión, beneficios del cuidado, sentimientos del cuidador, y rol limitado debido al cuidado; intervinieron 179 personas de habla inglesa y 21 personas de habla española (solo de ese idioma) quienes cuidaban a personas con demencia, de los cuales solo 71 cuidadores participaron. En los resultados, la mayoría era mujer, dedicándose los cuidadores más tiempo al cuidado del enfermo que a sí mismos y, entre las dimensiones las más preocupantes fueron: asistencia del cuidado, preocupación emocional y social, espiritualidad y beneficios.

Intuye *et al.*<sup>21</sup> realizaron un estudio denominado Percepción de la Calidad de Vida del Anciano con Demencia y la de su Cuidador Familiar: Evaluación y Correlación, de tipo descriptivo correlacional, cuyo objetivo fue de evaluar la percepción de calidad de vida del anciano con demencia y la del cuidador familiar, a la vez de identificar las correlaciones de esas variables. Se empleó a un número de participantes (n=148) que eran ancianos con enfermedad de Alzheimer (EA), asistidos por un Programa de un municipio del interior de San Pablo y sus respectivos cuidadores. Las medidas de calidad de vida fueron obtenidas por medio de una Ficha de Caracterización Sociodemográfica del Anciano con EA y la de su cuidador familiar, se les dio un cuestionario Criterio Brasil para evaluar el nivel socioeconómico y la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer fue adaptado, traducido y validado para la cultura brasileña, tanto la del cuidador como la del anciano con EA. Sus resultados muestran una correlación moderada (+) 0,406 ( $p < 0,005$ ) entre la percepción de calidad de vida del cuidador familiar y la del anciano con demencia.

Por último, Cedano *et al.*,<sup>24</sup> con el estudio Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de portadores de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en oxigenoterapia, de tipo transversal cualitativo, incluyendo a 80 portadores de EPOC en uso de Oxigenoterapia Domiciliaria y sus respectivos cuidadores, aplicando los instrumentos Medical Outcomes Studies 36 (SF-36), Caregiver Borden Scale (CBS), Índice de katz y variables sociodemográficas y clínicas para evaluar la calidad de vida y sobrecarga de cuidados experimentada por los cuidadores. En los resultados, la calidad de vida, la vitalidad y la salud mental fueron los más comprometidos, el ambiente fue el dominio que generó mayor sobrecarga (CBS) y todos los dominios de sobrecarga, excepto el involucramiento emocional, son negativos.

## 2.2. Base teórica

### 2.2.1. Cuidar, Cuidado y Cuidador

Como hemos visto, en estos últimos años, se han ido investigando temas que incluye el cuidado de las personas con alguna característica en común. Durante el transcurso de estas investigaciones, se han adaptado diferentes conceptos o definiciones sobre las palabras bases: cuidar, cuidado y cuidador, que fueron variando en cierto modo su significado, ya que de este modo se va adaptando al trabajo referente que se está realizando. Estas palabras, cabe resaltar, son muy usadas sea para un profesional de salud, una persona o un familiar que practican el arte de cuidar hacia otras personas, por lo que se considera de gran importancia que el cuidador tenga conocimiento sobre el cuidado que se debe brindar al cuidar y cubrir sus necesidades.

Cuidar significa brindar atención, asistencia o conservación de la salud de otra persona por medios de actividades que implica de tiempo,

responsabilidad y paciencia; acompañando a la persona en sus experiencias de vida, siempre viéndola de forma holística, en todas sus dimensiones.<sup>12,25,26</sup>

Muchas personas piensan que cuidar es una responsabilidad hecha por obligación y una forma de demostrar la ayuda y los sentimientos de cariño que se da a través del cuidado; un ejemplo sería, una familia que piensa que desde el momento que se contrajo matrimonio, la esposa tiene obligación de cuidar a su esposo e hijos y esta obligación la asume desde el inicio de su matrimonio,<sup>27</sup> por lo que el concepto de cuidar varía en cada punto de vista por persona. Mientras cuidar, para un profesional de salud, puede significar el brindar atención “incondicional” y es parte de su labor, para una estudiante de enfermería significa colocarse en lugar de otra persona, dar atención y respeto al cubrir las necesidades de otros y preocuparse de la otra persona.<sup>28</sup>

Por otro lado, el cuidado es la acción, actividad o intervención al querer cuidar a otro ser; es tener una atención o solicitud para realizar algo bien<sup>12</sup> y se ve de forma multidimensional, ya que las personas tienen diferentes dimensiones, es holístico, comprende diversos puntos a considerar que esta junto formando uno solo.<sup>10</sup> A partir de este concepto sale la habilidad de cuidado, que es el arte y la experiencia que una persona ha ganado para satisfacer los requerimientos del otro (persona cuidada).

Siendo el cuidador la persona que realiza el cuidado,<sup>12</sup> “el arte de cuidar”. Considerado también como un medio, recurso, o instrumento para obtener cuidados específicos preservando la vida de aquellas personas con enfermedades crónicas.<sup>29</sup>

Con el paso del tiempo, se ha podido identificar nuevas formas de mencionar a los cuidadores, basándose en la relación que tiene con la persona cuidada. Podemos encontrar el *cuidador informal* (personas que no tiene algún cargo de salud ni social pero que cuidan a otras personas en sus domicilios),<sup>22</sup> *cuidador primario informal* (es aquel que asume la responsabilidad total del otro sin recibir ayuda económica ni capacitación),<sup>30</sup> *cuidador familiar* (persona que presta atención a otra que necesita de supervisión por alguna discapacidad o enfermedad se en un hogar, hospital o institución),<sup>31</sup> *cuidador principal familiar* (da asistencia básica a los pacientes en su condición crónica, asume las principales decisiones sobre su cuidado),<sup>32</sup> *cuidador primario* (pone en marcha la solidaridad para confrontar la realidad que afecta a su familia)<sup>33</sup> y *cuidador principal* (persona cercana que brinda apoyo físico – emocional a otro de manera permanente y comprometida).<sup>34</sup>

Durante los últimos años, el cuidado fue cambiando en sus diversos aspectos y junto a ella el cuidador ha adaptado nuevas habilidades y conocimientos; para el cuidado de las personas que recién vienen a la vida como los de avanzada edad. Esto se debe a la constante evolución de la tecnología y los nuevos estudios que se han realizado para mejorar las técnicas y modos de vida de las personas con enfermedades de gran impacto para cada tiempo (enfermedades que en su mayoría son de aguda a crónicas y trasmisibles). Es así que en este siglo podemos observar (sobre todo en los centros de salud) nuevos equipos que permitan dar un mejor diagnóstico y cuidado como nuevas técnicas de ejercer el cuidado. Debido a ello, el cuidador necesita de constantes capacitaciones, nuevas habilidades y, sobre todo, nuevas ideas que permitan ejercer el cuidado de manera responsable y humanitaria.

En el caso de los cuidadores de adultos mayores, quienes lidian con sus propias enfermedades producto del envejecimiento y deterioro biológico natural; la situación parece complicarse al responsabilizarse de otra persona con enfermedad crónica incapacitante que demanda un cuidado integral y continuo, considerando que se vuelven dependientes de muchas formas incluyendo sus necesidades básicas (higiene, alimentación, vestimenta, entre otros), siendo una carga para el cuidador que no tiene noción de cómo debe ofrecerle el mejor cuidado.

### 2.2.2. Autocuidado

El autocuidado es, como hace referencia su nombre, cuidarse a sí mismo; son acciones que realiza la persona para asistirse, guardar, conservar y mirar su propia salud dándose buena vida.<sup>12</sup> Cada ser desarrolla y obtiene habilidades y capacidades para realizar actividades que contribuyan a su autocuidado, como la alimentación, el baño, el vestirse, entre otros, siempre y cuando no se llegue a los excesos.<sup>25,35</sup>

Pero cuando la persona es un cuidador, su tiempo de autocuidado se reduce, más aun si el cuidado va dirigido a una persona totalmente dependiente; por lo que muchas veces los cuidadores que no son institucionales dejan de lado su autocuidado por cuidar a la otra persona; teniendo como consecuencia el deterioro de su salud y la “pérdida de su vida” (social, económica, entre otros).<sup>35</sup>

Ahora, haciendo referencia al género o sexo; se piensa que el sexo femenino son las que llevan más en claro el autocuidado (por las actividades que realiza como costumbre), mientras que los hombres no le toman tanta

importancia, pero esto cada día está cambiando ya que tanto hombres como mujeres se están igualando en el aspecto de autocuidado, solo que lo realizan con diferentes motivos.<sup>35</sup>

### 2.2.3. Aspectos que determinan la situación del cuidado institucional y no institucional

Son aquellas situaciones en la que se encuentra el cuidado en un entorno determinado, siendo dependiente de la actitud del cuidador y la experiencia que tiene, así como la relación y los motivos con la persona atendida. En el cuidado institucional están:<sup>19,26</sup>

- Enfermera-paciente: Al integrar el equipo de salud, la enfermera tiene como responsabilidad responder por los cuidados que se le ofrece al paciente. Esta relación debe ser mutua, por eso es importante la comunicación entre ambos para ponerse de acuerdo en lo que se va a realizar. La enfermera debe actuar según los estándares de su práctica profesional y con las responsabilidades derivadas del cuidado de enfermería.
- Médico-paciente: A diferencia de la enfermera, el médico brinda su cuidado pero no de forma prolongada y consecutiva.
- Otras profesiones involucradas en el ámbito de salud: Asistente social, personal de laboratorio, terapistas (rehabilitación física), psicólogos, entre otros.

En el cuidado no institucional los cuidadores que laboran sin tener una



profesión en el ámbito de la salud son: <sup>18,19</sup>

- El cuidador cónyuge: El cuidador (en este caso) asume el cuidado de su pareja que sufre un deterioro en su salud; ellos tienen como rasgos comunes: La nueva situación, que resulta ser difícil la adaptación y el cuidado para ambos; la proporción de ayuda de uno hacia el otro, provocando tensiones a pesar de haber tenido una relación recíproca; el aceptar ayuda de la pareja le resulta más fácil que perdersela a otra persona incluyendo familiar o institución; la ayuda de los familiares del cuidador y de las instituciones es mayor en los maridos cuidadores.
- Las hijas y los hijos como cuidadores: Representa un fuerte impacto emocional para los hijos al ver a sus padres no poder valerse por sí mismos y se ve más reflejado en el cambio de roles. Siendo las hijas e hijos solteras (os), las “favoritas”, la de menos carga familiar o de trabajo, las que viven cerca o la única mujer entre los hermanos son los que recaen con la responsabilidad del cuidado de su padre de forma directa; con el tiempo se perfila un cuidador principal que normalmente suele responder a las situaciones de la familia; el cuidador piensa tomar el rol por una temporada pero muchas veces suele durar varios años; gran parte de los cuidadores hijos no pueden trabajar ni pensar en trabajar o tienen que reducir su jornada laboral por la demanda del cuidado y como toda persona, tienen necesidades y responsabilidades que necesitan atender.

#### 2.2.4. Cuidador Informal

Los cuidadores informales son aquellas personas de situación no

institucional (ni sanitaria, ni social) que cuidan a personas no independientes que viven en su domicilio por diversos motivos, sean familiares o conocido alguno, es decir, no ejerce una carrera profesional de salud, pero ejerce el cuidado a la persona enferma.

Esta persona cuidada que presenta una enfermedad, edad avanzada, invalidez, entre otros, tiene que depender de alguien para desarrollar las actividades de la vida diaria. Además, tiene participación en la toma de decisiones, supervisión y apoyo de la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad.<sup>18,28</sup> Generalmente, estos cuidadores poseen vínculos consanguíneos, más aun en los estudios realizados, tienen una relación de parentesco (familia primaria: conyugue, hijo/hija) siendo participes de la toma de decisiones, la supervisión y la colaboración en las actividades o quehaceres del hogar, recargándose de manera subjetiva como objetiva.<sup>10,20</sup>

#### 2.2.5. Perfil característico del cuidador informal

Como se ha mencionado, estudios realizados en Europa y algunos países de Latinoamérica (en los últimos años), han demostrado que el cuidador informal en cada país tiene casi el mismo perfil que los caracteriza, siendo influidos por la economía, sociedad y enfermedades prevalentes lo que modifican en ocasiones las variables (cantidades) de cada país y mas aun de cada continente.

En los estudios realizados para saber el perfil del cuidador se identifica que tiene como características que:

- La mujer es el género de mayor frecuencia, pertenece a la adultez madura y entre ellas destacan las amas de casa. Un ejemplo es el trabajo realizado por Quero<sup>13</sup> quien refiere que el cuidador informal en media tiene 48 años de edad. Para Diaz<sup>10</sup> la edad de las mujeres oscila entre 36 a 59 años; diferente al estudio de Cerquera<sup>36</sup> cuyo rango de edad fue de 51-61 años; entre otros estudios.<sup>24,37,38</sup>
- Es de nivel socioeconómico bajo, considerando la falta de recursos que demanda mantener al ser cuidado en un centro especializado o de salud, manteniéndose con lo que trabaja y les dan sus familiares.<sup>19,20,24,36-38</sup> Por otro lado, Jiménez<sup>20</sup> menciona que el 53,77% de los cuidadores declara que su estado de salud es muy bueno o bueno y el 36,82% que su salud es regular y un 9,41% la calificaría como mala o muy mala. Al ver el tipo de ayuda que prestan, el autor refiere que hay un ligero incremento en la baja calidad de vida de los cuidadores que dan cuidados de forma continuada.
- El tiempo de dedicación es de 20 horas diarias, que varía cuando el cuidador informal recibe o no ayuda de otros miembros, o se dedica a otras actividades. Un estudio sobre la experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital,<sup>27</sup> refiere que los cuidadores dedican al menos 12 horas al cuidado, siendo las amas de casa principalmente quienes asumen la responsabilidad de cuidadoras informales, a pesar del paciente estar hospitalizado. En Japón,<sup>31</sup> un estudio realizado en el hogar teniendo como cuidadores al familiar de pacientes con cáncer terminal el tiempo de trabajo puede ser hasta 20 de horas aproximadamente; pudiendo prolongarse esta actividad por más de 1 año en el tiempo.<sup>36</sup>

- La relación que tiene es de parentesco o conyugal; como se observa en los estudios anteriormente citados.<sup>10,13,20,24,27,36-38</sup> Además que el estado civil puede ser de una persona casada, seguida de los solteros.<sup>36</sup>

#### 2.2.6. Calidad de Vida

La calidad de vida se puede considerar como un fenómeno producto del estado de salud y bienestar muy importante en la evaluación de la discapacidad que lleva una persona a lo largo de su vida; considerándose su multidimensionalidad e integridad holísticamente, y puede ser considerada tanto buena como mala u de otra forma, dependiendo del tipo de medición que se utilice, siendo el resultado de los cuidados de la salud y de la rehabilitación.<sup>20,35</sup>

La OMS, citado por Úbeda,<sup>39</sup> refiere que la calidad de vida significa:

[...] la percepción que un individuo 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. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.p.79

Teniendo en cuenta que:<sup>39</sup>

- *Salud física*, es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de actividad y es susceptible ante las enfermedades.
- *Estado psicológico*, perteneciente a la salud mental, es el equilibrio que se tiene en lo emocional, lo perceptivo y lo cognitivo, que permite mantener a la persona con una salud mental estable.

- *Nivel de independencia*, hace referencia a etapas o estados para clasificar la autonomía de la persona para realizar actividades en un entorno determinado. Se toma diversos puntos, entre ellos, la física y la mental.
- *Relaciones sociales*, son interacciones sociales que se encuentran reguladas por normas sociales entre una o un grupo de personas.

Destacamos que la persona, durante su formación, va adquiriendo una forma de vida propia, siendo ésta influida por la familia y la sociedad en la que vive; sin embargo, cuando ésta es interrumpida de algún modo, su calidad de vida se verá alterada.<sup>28,39</sup>

Ante la presencia de alguna enfermedad, tanto el paciente como las personas cercanas a él (incluyéndose el cuidador informal), presentan un cambio repentino en el rol de sus vidas, produciéndose un desgaste físico, psico-emocional y social, conduciéndolos a su vez, a obtener una calidad de vida desfavorable para ambas partes.

#### 2.2.7. Dimensiones de la calidad de vida

Las dimensiones son áreas, esferas, o perspectivas que se observan en una determinada persona, en este caso, para diferenciar y analizar las necesidades que tienen, si se encuentran afectadas y de qué manera. Las dimensiones que influyen para la calidad de vida, considerando principalmente la vida y la salud de la persona, tanto de forma positiva como negativa, debe observar diversos puntos que implica la salud integral del ser en sí mismo.

Muchos autores varían o solo mencionan algunas de las dimensiones; sin embargo, es imperativo tener presente que estos deben verse por completo para poder tener una mejor visión de la calidad de vida de una persona.<sup>10,39,40,41</sup>

Entre las dimensiones pasamos a describir con detalle las ocho que de una u otra forma son consideradas en los diferentes estudios:<sup>42-46</sup>

- La dimensión física o funcional. Ésta observa toda la parte fisiológica del organismo, la autonomía de la persona, el grado de limitación que tiene ante las actividades físicas de la vida diaria; incluyendo el autocuidarse, caminar, subir o bajar escaleras, coger o transportar cargas con un grado de esfuerzo, teniendo en cuenta la presencia de enfermedades o la dependencia. Un ejemplo de esta situación puede ser representado cuando una persona tiene un accidente cerebrovascular (ACV) que afecta su cerebro y todo su cuerpo al no haber un adecuado flujo sanguíneo en la zona afectada; hecho que puede causar un daño permanente e irreversible y por consiguiente alterar las funciones fisiológicas de los órganos que eran irrigadas por esa zona del cerebro. Reflejándose los resultados en los síntomas y signos que presenta la persona con ACV y que puede afectarle íntegramente.
- Dimensión del rol físico. Se relaciona con la dimensión física y la salud, mide el entorpecimiento o interferencia en el trabajo o en las actividades ante un déficit del cuidado de la salud provocando un rendimiento menor o limitaciones debido a la dificultad física (movimientos). Esta dimensión se caracteriza por el papel que desempeña lo corporal en la práctica social; es decir, la presencia o ausencia de enfermedades, limitaciones que incluye algún grado de dependencia e influye en el cumplimiento del

rol o papel que se desenvuelve la persona. Un ejemplo de esta situación es el padre de familia que al dirigirse a su trabajo sufre un accidente automovilístico, quedando cuadripléjico, pierde parte de su autonomía y se vuelve dependiente de otro, lo que provoca interrupción del desempeño de su rol como padre y como trabajador, debido a que hay una incapacidad para moverse.

- Dimensión del dolor corporal. Como su nombre lo indica, mide el dolor padecido y el efecto que produce durante el trabajo o actividad que se está ejecutando. Teniendo en cuenta que el dolor corporal es una sensación desagradable producida por un agente físico que sirve como mecanismo de defensa del cuerpo para advertir que hay una situación anómala que puede alterar la integridad física del sujeto, la producción de este disminuye la capacidad de concentración y ejecución de las actividades a realizar y causa el malestar general, lo que provoca a la vez la percepción de una salud general y mental deficiente para la persona.
- Dimensión de la salud general. Toma referencia de la situación actual y las posibles situaciones futuras que pueda tener un sujeto, en la cual se incluye las enfermedades a contraer. Es decir, la persona siente y percibe como se encuentra su salud, por lo que puede mencionar si se encuentra bien o mal, sano o enfermo, de esta manera se basa esta dimensión.
- Vitalidad. Siendo una dimensión enfocada a la energía, el vigor, la vivacidad, entre otros implicados, es evidente que el cansancio y el

desánimo que siente la persona ante una situación y tiempo determinado son contrarios en la evaluación de esta dimensión.

- La dimensión social o cobertura social. En esta dimensión se considera el entorno donde vive la persona, la gente que le rodea y el ambiente familiar, es decir, se reconoce aquí que la persona tiene la necesidad de mantener comunicación con sus iguales para compartir sus conocimientos, sus interrogantes, su cultura e interactuar entre sí, mediante la percepción de todo lo que le rodea; sin embargo, puede verse alterada ante la imposibilidad o dificultad (sea física, situacional o mental) de relacionarse. Un ejemplo de este caso sería cuando una persona se dedica íntegramente al cuidado de otra persona o asume responsabilidades con otra persona de manera exhaustiva, puede verse alterada su dimensión social al no tener un tiempo para ella misma y no poder satisfacer su necesidad de comunicarse; esto puede perjudicar su salud mental y física. Está muy ligado a la dimensión relacional y la espiritual.
- Dimensión psicológica. En esta predomina lo cognitivo, lo afectivo y la percepción de su entorno como las ideas, la ansiedad, la depresión, el bienestar. Se relaciona con la salud mental. Un ejemplo sería el estrés y el cansancio que produce un trabajo intenso, desequilibra la salud mental que tiene una persona, por lo que el cuerpo no responde o responde de una forma desorganizada ante una situación presente.
- Dimensión emocional, o rol emocional. Mide la afección que producen los problemas emocionales en el trabajo. Estas emociones incluyen: la



tristeza, el miedo, la alegría, entre otros, las mismas que pueden durar un determinado periodo de tiempo y que puede sentirse en el cuerpo. Ejemplo: Ante la pérdida de un familiar, una persona siente y expresa emociones que pueden confundirlo o aturdirlo durante un tiempo determinado, disminuyendo su capacidad física, mental e intelectual para realizar las actividades cotidianas.

Destacamos que, en estudios previos, las dimensiones son englobadas o integradas en grandes dimensiones, siendo las principales: Dimensión física, dimensión social y dimensión psicológica. Además, la mayoría de esas dimensiones puede ser medidas por diferentes instrumentos y escalas independientemente, las cuales estudian directamente a una dimensión con uno o varios indicadores (ansiedad, dolor, autoestima, entre otros).<sup>44,46</sup> Dejamos explícito que en este estudio se revisaron las dimensiones de calidad de vida según dimensión física y dimensión mental. Entre tanto, en la evaluación de los indicadores se evidencian las ocho dimensiones descritas en este contenido.

#### 2.2.8. Medición de la calidad de vida

Una medición de la calidad de vida se puede realizar, sea para una población general como para una población de cuidadores informales con determinadas características;<sup>39</sup> para esto, se necesita utilizar instrumentos; en este caso, instrumentos de la salud y será medido por la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), cuya maduración se ha realizado en España.<sup>39,47</sup> La CVRS fue creada para la evaluación de diversas dimensiones que se encuentra en cada instrumento con ciertas características que permiten su aplicación en todo tipo de pacientes con diferentes patologías y/o personas involucradas obteniendo como resultado el estado general de su salud de forma

holística.<sup>48,49</sup>

Estos instrumentos tienen por objetivo valorar la afectación que produce la enfermedad en las dimensiones de la calidad de vida, así como la influencia que tiene para cada etapa de la vida.<sup>50</sup> Además de su utilidad que varía con la investigación que se quiere realizar. Es por eso que la CVRS divide en dos tipos: Instrumentos genéricos, los cuales no tienen relación con algún tipo de enfermedad y pueden ser aplicadas por una población general, dentro de estos se encuentran las medidas de ítem único, perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia; y los instrumentos específicos que contienen una determinada patología pero no permite comparación entre distintas enfermedades.<sup>47-49</sup>

Entre los instrumentos más utilizados se encuentran el Índice de Calidad de Vida de Spitzer (ICVS), Sickness Impact Profile (Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad), Nottingham Health Profile (Perfil de Salud de Nottingham), Health Survey SF-36 (Cuestionario de Salud SF-36), EuroQol y Quality of Well Being Scale.<sup>49</sup>

El instrumento SF-36 fue usado en el Estudio de los Resultados Médicos para establecer un perfil de salud con aplicación en la población general.<sup>44-46,51</sup> En estudios previos, realizados en Europa, se considera el instrumento SF-36 para medir la percepción de la salud, teniendo en cuenta el impacto de cada patología sobre el paciente, la evaluación de los beneficios de las intervenciones médicas y el priorizar de los servicios sanitarios y/o bienestar. Comprende de 36 ítems que exploran ocho dimensiones de la salud: función física, rol físico, dolor corporal, percepción de la salud general, energía y

vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Es el instrumento más conocido y usado, ya que cuenta con versiones de diferentes extensiones (ítems), las distintas versiones de propiedades métricas para la población, tiene facilidad de interpretación de los puntajes obtenidos (versión española), tiene valores o utilidades para estudios económicos (versión inglesa) y hay numerosas versiones lingüísticas del instrumento.<sup>44,47</sup>

Hay que considerar que no todas las medidas se adecuan a un trabajo; para eso se tiene que ver el indicador de carga; si verdaderamente es útil cumplirá las tres condiciones: Primero, debe ser fácil de integrar en una entrevista o cuestionario, debe proporcionar una idea del impacto que supone el hecho de ser cuidador sobre las principales áreas de la vida (profesión, ocio, familia, finanzas, salud), y tercero, debe ser capaz de resumir toda esa información en un único dato.<sup>20</sup>

### 2.3. Definición de términos

- Cuidar es la acción del cuidado que realiza una persona hacia otra, ya sea por una discapacidad y/o enfermedad que le vuelve de alguna forma dependiente.
- Cuidador informal es aquella persona que, sin tener profesión alguna en el ámbito de la salud, brinda cuidado y atención a otra persona, que por lo general es un familiar que tiene un grado de dependencia.
- Dependencia viene de la palabra dependiente que es la necesidad que tiene una persona hacia otra para cubrir las necesidades básicas de una persona sea de autocuidado y/o actividades de la vida diaria.

- Sobrecarga se puede mencionar que es la consecuencia de un exceso de responsabilidades y “presiones” ante una o varias situaciones que pueda tener una persona, sea voluntaria o involuntariamente.

#### 2.4. Variable

Calidad de Vida: Percepción que tiene un individuo sobre su estado de salud y bienestar de forma holística y multidimensional en un entorno determinado, en el cual los niveles de satisfacción y capacidad que tiene en relación a su vida pueda ser evaluado a través de sus dimensión.

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA

#### 3.1. Definición operacional de variables

La variable calidad de vida se constituye de dos dimensiones generales: Físico y Mental, de los cuales cada uno tiene una definición operacional, indicadores y tipo de variable. La escala se presentó con el instrumento principal que se utilizó (Anexo 1).

#### 3.2. Tipo de investigación

De tipo cuantitativo por su estructura y factibilidad de medición numérica de la variable, usando el método observacional.

#### 3.3. Diseño de la investigación

El estudio es de diseño descriptivo, ya que solo describe las características y atributos de la información recolectada.

#### 3.4. Lugar de ejecución de la investigación

El estudio fue realizado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, perteneciente a la red de salud EsSalud, clasificado como un hospital

de IV nivel. Ubicado en el distrito de La Victoria, en la avenida Grau n° 800. Este hospital abrió sus puertas el 10 de Febrero de 1941 con el nombre oficial de Hospital Mixto y Policlínico de Lima, dedicándose a brindar acceso directo a la salud de la población obrera asegurada que tenía serias dificultades para atenderse en un centro hospitalario de primer nivel. En la actualidad se encuentra dentro de la Red Asistencial Almenara de EsSalud el cual brinda cobertura de atención a los distritos de Ate, La Victoria, Lima-Cercado, Lurigancho, Rímac, San Juan de Lurigancho, San Luis y Santa Anita.<sup>52</sup>

La población pertenecía a los Servicios de Geriatria, Medicina Interna y Neurocirugía del hospital, que tiene una infraestructura antigua con salas amplias, el número de camas de los servicios mencionados fueron: 24, 34 y 41 respectivamente; incluyéndose en cada uno de estos servicios una unidad de cuidados generales, unidad de aislamiento (en el caso del servicio de medicina general) y unidad de cuidados intermedios y/o intensivos.

### 3.5. Universo, Selección, Muestra y Unidad de Análisis

La población en estudio fue conformada por los cuidadores informales que concurren y asisten a sus familiares en los Servicios de Enfermería de Geriatria, Medicina Interna y Neurocirugía del área de estudio, considerándose una muestra no probabilística mediante muestreo por conveniencia, considerando una población (N) de 183 sujetos cuidadores estimada según fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

$N = 183$  (población)

$Z = 1,96$  (nivel de confianza)

$p = 0,95$  (aciertos)

$q = 0,05$  (no aciertos)

$E = 0,05$  (error)

Para la estimación de la muestra se consideró la información estadística del hospital basado en los egresos mensuales de los pacientes hospitalizados en cada servicio, entre los meses de enero, febrero y marzo del 2012 ( $N=183$ ).

La unidad de muestreo fue el cuidador informal de familiares dependientes con enfermedades crónicas ( $n=52$ ), captados los días de visitas: lunes, miércoles, viernes y domingo de 2:00 a 4:30 p.m.; además de martes y jueves por la mañana como reposición de los días no faltantes, quien era en su mayoría familiar con pase especial para el cuidado y apoyo al adulto mayor hospitalizado. La unidad de análisis fue las respuestas recibidas por los participantes a través de los instrumentos utilizados.

### 3.6. Criterios de inclusión y exclusión

#### 3.6.1. Criterios de inclusión

Considerando dos grupos de personas:

##### a) Para la persona cuidada

- Adultos mayores de ambos sexos hospitalizados durante una 1 semana (7 días) o más en los servicios referidos.
- Adultos mayores que sean dependientes de otras personas.
- Adultos mayores que se encuentren postrados al menos de 30

días.

- Adultos mayores que presenten alguna enfermedad crónica.
- b) Para el cuidador
- Adultos de ambos sexos que concurran a los servicios referidos y se autodenominen cuidadores exclusivos de la persona hospitalizada.
  - Adultos de 18 años a más con alguna relación o parentesco familiar con la persona hospitalizada.
  - Adultos que inviertan un tiempo no menor de 7 horas en el cuidado.
  - Adultos con raciocinio y juicio conservado, con participación voluntaria en el estudio.

### 3.6.2. Criterios de exclusión

Para el cuidador: Personas quechua hablantes

### 3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica usada fue la entrevista y la revisión de datos; los instrumentos fueron el Test de Índice de Barthel, que ha sido empleado para evidenciar el grado de dependencia del familiar dependiente, haciendo resaltar que este instrumento ha sido empleado en estudios previos locales y regionales.<sup>24,53-55</sup>

Este Índice cuenta con 10 ítems cuyo rango de valores oscila de 0-100, con intervalos de 5 puntos, siendo la mayor puntuación catalogada como independiente y la menor, como dependencia; además, las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2 ó 3 puntos, obteniendo un resultando de rango global entre 0 y 20: 0-20 dependencia total, 21-60



dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia leve, 100 independencia.<sup>54,56,57</sup> El Índice de Barthel fue utilizado con la finalidad de determinar los criterios de inclusión de la población, teniendo en cuenta el puntaje obtenido en el instrumento: dependencia severa a total.

El cuestionario SF-36 es un instrumento para medir la calidad de vida tanto en personas con algún tipo de enfermedad,<sup>58-60</sup> como en cuidadores informales.<sup>17,19,24</sup> habiendo sido validado en distintos países. En el Perú, fue utilizado en un estudio realizado en Chiclayo<sup>56</sup> y otro en Colombia,<sup>45</sup> obteniéndose confiabilidad adecuada. Consta de 36 ítems, los cuales tienen un rango de puntuación para cada dimensión que oscila de 0-100. Por ejemplo, preguntas de 3 categorías se puntúan 0-50-100; con 5 categorías se puntúan 0-25-50-75-100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0-100. Los ítems no respondidos no se consideran.<sup>44,45</sup> En este estudio se adiciona un índice global como resultado del cálculo de las 8 dimensiones, a pesar que no se encuentra dentro del diseño del mismo instrumento y se considera el ítem 2 como anexo, ya que no pertenece a ninguna dimensión.

Finalmente, la Escala de Zarit fue usada para determinar la sobrecarga de labor del cuidador producida por las diversas actividades y responsabilidades que desarrolla, siendo que el instrumento ha sido validado obteniéndose resultados aceptables.<sup>61</sup> La escala consta de 22 ítems cuya puntuación total es la suma de las puntuaciones que tiene un rango de 0-88, dando a cada ítem una escala de cinco valores que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre); clasificando: No sobrecarga: 0-46; Sobrecarga leve: 47-55;

Sobrecarga intensa: 56-88.<sup>61</sup>

### 3.8. Procedimiento de Recolección de Datos

Para la recolección de datos, previamente se cumplieron con los trámites administrativos. Concluida esa fase, la investigadora y otro colaborador previamente capacitado, recolectaron la información durante los meses de abril-julio del 2012 en los servicios indicados del hospital. Previamente, realizamos un sondeo de la cantidad de adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión; luego, revisamos las historias clínicas de los pacientes para evaluar los criterios de inclusión y exclusión y, finalmente hacer contacto con el familiar cuidador explicándole el propósito del estudio y evaluar su condición de participante. Una vez obtenida su aceptación dábamos respuesta a todas sus dudas e inquietudes antes de proceder a la firma del Consentimiento Informado. La entrevista se realizó siempre en un espacio apropiado y libre de distracciones; primero hicimos la evaluación al adulto mayor para determinar su nivel de dependencia, contando con el apoyo del familiar para las informaciones relevantes, finalmente procedimos con los otros instrumentos.

### 3.9. Aspectos Éticos

El proyecto fue sometido y evaluado al Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, dando su aprobación mediante Carta N° 3116 (Anexos 2 y 3). Resaltándose que el estudio consideró los principios de respeto a la persona, beneficencia y justicia, además que los datos han sido procesados mediante asignación de códigos para preservar el anonimato de los sujetos participantes. Para la aplicación de los instrumentos se realizó con previo aviso y consentimiento de parte de las Jefas de Enfermería de cada servicio.

### 3.10. Análisis de Datos

Los datos fueron digitados mediante códigos en una base de datos creados en el programa Excel 2007, siendo divididos en 4 libros para los datos sociodemográficos y cada uno de los instrumentos.

Posteriormente, los datos fueron procesados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS V.18, a través del módulo de comandos descriptivos y frecuencias (análisis univariable) para calcular los niveles de las escalas de dependencia según Barthel, calidad de vida según SF-36 y la sobrecarga laboral según Zarit. Finalmente, los resultados fueron exportados al Excel para su mejor visualización, utilizando tablas y gráficos para su presentación visual.

CAPÍTULO 4  
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

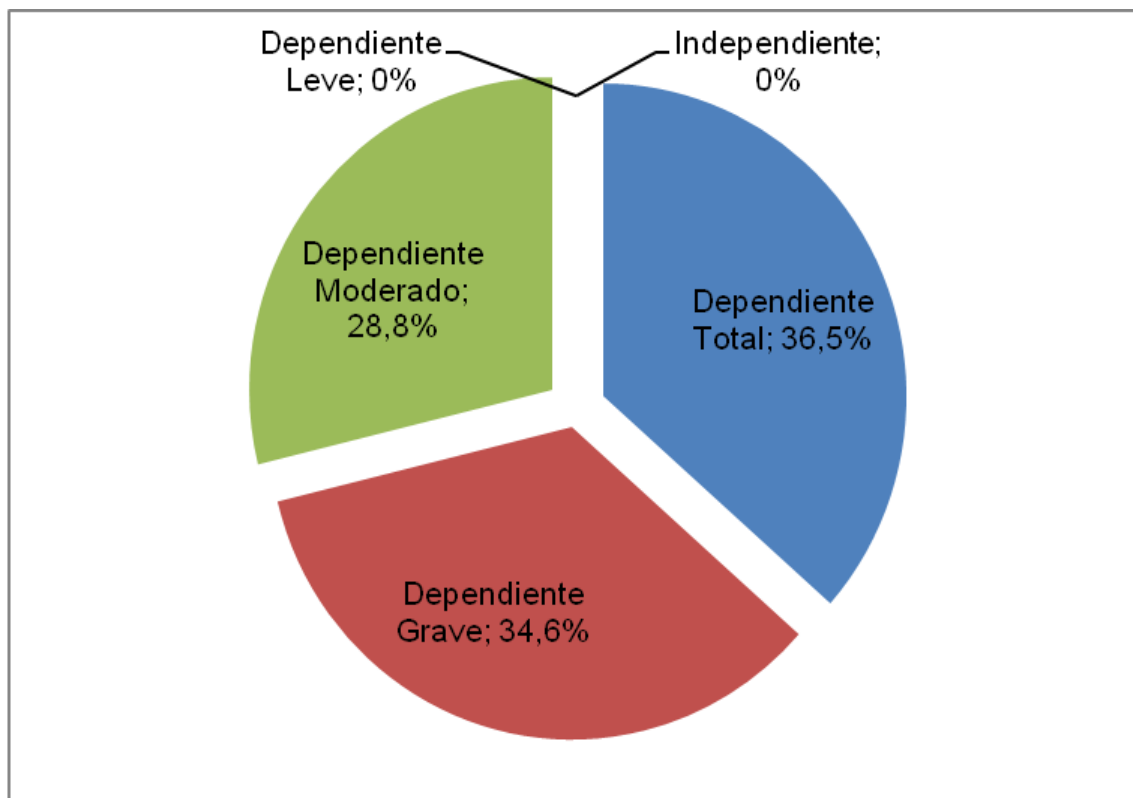
#### 4.1. Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores informales. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012

<b>Características Generales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(EM – DS)</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Edad</b>			
< 40 años	11	(34,09 ± 4,01)	21,2%
40 a 50 años	20	(45,60 ± 2,35)	38,5%
≥51 años	21	(55,24 ± 3,30)	40,4%
<b>Sexo</b>			
Femenino	31	-	59,6%
Masculino	21	-	40,4%
<b>Grado de Instrucción</b>			
Secundaria	16	-	30,8%
Completa Superior	36	-	69,2%
<b>Parentesco</b>			
Esposa/Esposo	12	-	23,1%
Hermana/Hermano	7	-	13,5%
Hija / Hijo	32	-	61,5%
Nuera	1	-	1,9%

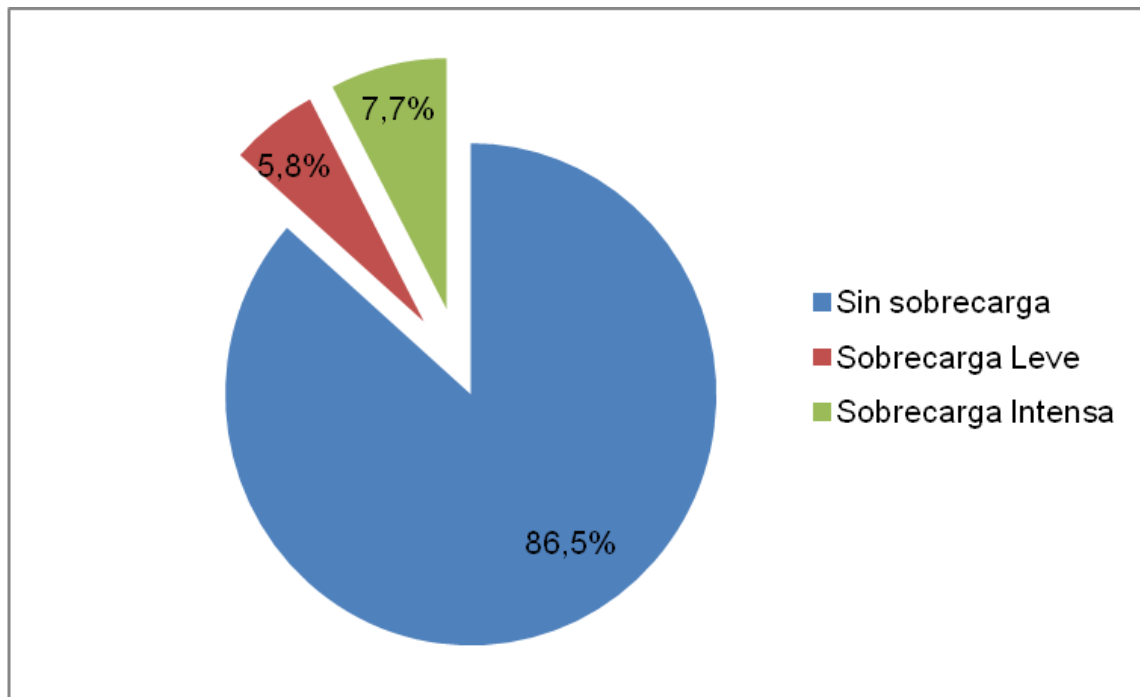
Del total (n=52) de participantes el 40,4% (21) tenía 51 años o más y en promedio 55,24±3,30 años de desviación estándar; el 59,6% (31) era de sexo femenino; además el 69,2% (36) tenía estudios superiores y 61,5% (32) estaba representado por hija/hijo (tabla 1).

Gráfico 1. Grado de dependencia de los adultos mayores con enfermedades crónicas. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012



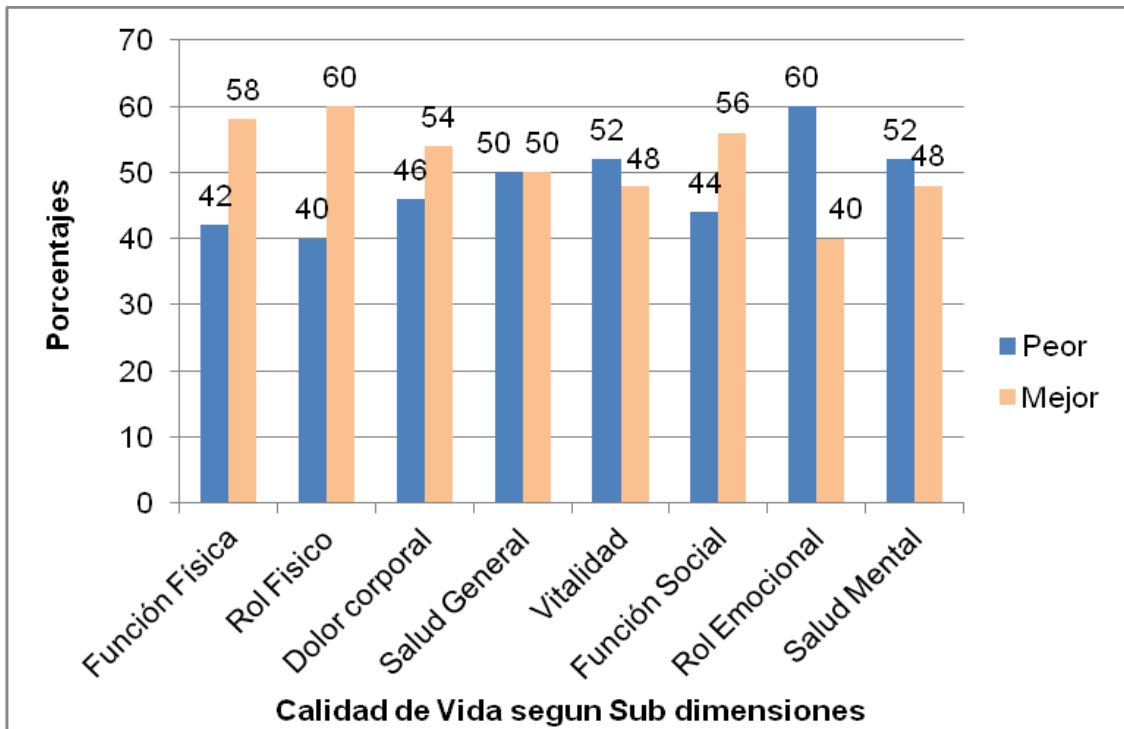
Según el Test de Índice de Barthel (gráfico 1), el 36,5% (19) correspondió a una dependencia total del adulto mayor con enfermedad crónica, otro 28,8% (15) estaba con dependencia moderada. Según datos no mostrados, la dependencia total se refería a los problemas de desplazamiento autónomo y uso de inodoro que tenía el adulto mayor (Anexo 9).

Gráfico 2. Sobrecarga laboral de los cuidadores informales. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012



En el gráfico 2, según la Escala de Zarit, observamos que la mayoría de los cuidadores informales no tiene sobrecarga 86,5% (45), siendo que el 7,7% (4) presenta sobrecarga intensa, es decir, que requiere de gran soporte por parte de la familia aun estando hospitalizado el adulto mayor.

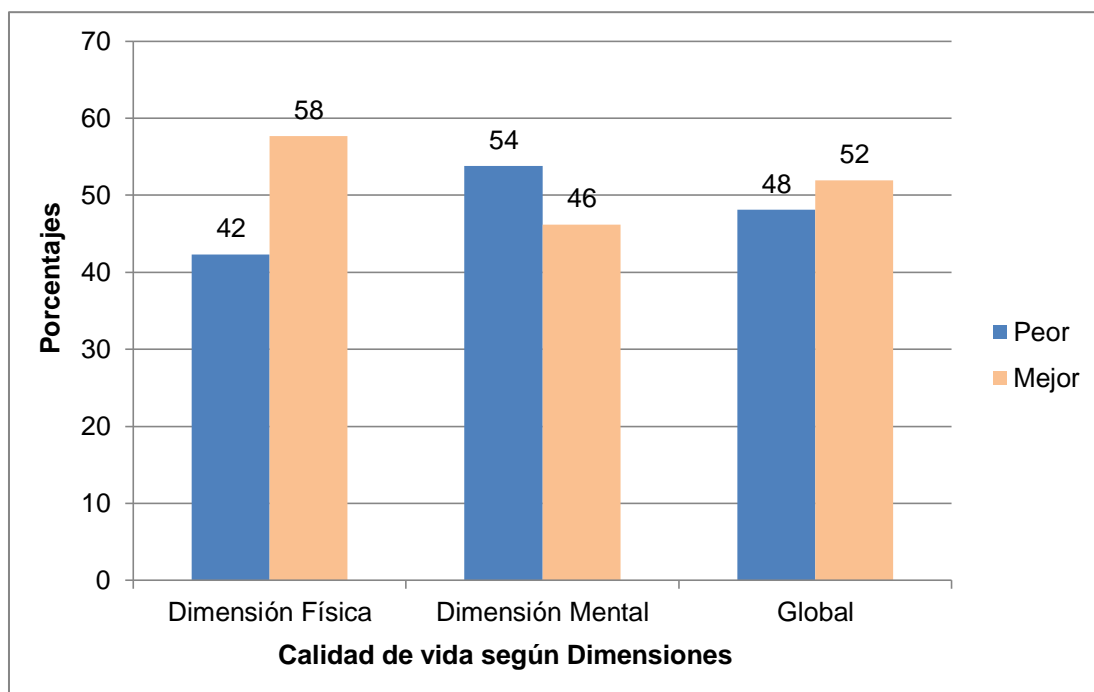
Gráfico 3. Calidad vida por sub dimensiones. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012



En el gráfico 3, observamos que la sub dimensión con mejor calidad fue el rol físico con 60% (31), con una media fue de  $60,1 \pm 44,9$  DS (Anexo 11). Otra sub dimensión fue la función física con 58% (30) con media de  $73,1 \pm 26,3$  DS, lo que puede ser valorado como aceptable o, que el cuidador tiene poca limitación para el desarrollo de sus actividades o realización personal; en cambio en el rol emocional, el 60% (31) se calificó con peor calidad, cuya media fue de  $39,8 \pm 45,3$  DS evidenciando que el cuidador está afectado emocionalmente con la situación del demandante de cuidado.



Gráfico 4. Calidad vida por dimensiones según SF-36. Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Abril-Julio 2012



En el gráfico 4, observamos de forma porcentual los niveles de calidad de vida en general de los cuidadores informales encuestados identificándose que en la dimensión física el 58% (30) tuvo una mejor calidad con una media de  $63 \pm 24,8$  DS (Anexo 12). A su vez, en la dimensión mental el 54% (20) se calificó con una peor calidad de vida con una media de  $53,4 \pm 22,4$  DS, datos que muestran que la percepción fue de regular-baja, considerando que 100 es la puntuación más alta. De manera general (Global), el 52% (27) de la población tuvo una mejor percepción de calidad de vida con una media de  $58,2 \pm 21,3$ , considerándose que existe una regular de calidad de vida.

## 4.2. Discusión

En el estudio, de acuerdo con los resultados de la investigación, se encontró que gran parte de los cuidadores informales (n=52) está en la etapa de adulto maduro mayor o igual a 51 años (tabla 1) y que 59,7% pertenece a la población económicamente activa (iguales o menores a 50 años), corroborando información presentada por previo estudio,<sup>16</sup> situación que puede ocasionar problemas en la vida laboral, pues el 69,2% tenía estudios superiores. Estando posiblemente en este grupo los hijos (61,5%) y otros miembros de filiación directa (esposa/o o hermano), así siendo, el vínculo afectivo y la responsabilidad que asumen lo ven como algo propio y no como trabajo o deber impuesto.

Es importante mencionar que tanto en este estudio como el de Vickrey *et al.*<sup>18</sup> y Díaz JC<sup>10</sup> los cuidadores presentan edades semejantes, entre tanto, los adultos mayores son quienes más participan de este cuidado. Al contrario de los datos presentados por Jiménez-Martín<sup>20</sup> en España, cuyos rangos de edad son similares a las del presente estudio; al igual que el sexo y los grados de parentesco con el adulto mayor dependiente. En general, diferentes estudios realizados en Latinoamérica describen un perfil homogéneo del cuidador,<sup>10,13,14,16-18,21,24,38</sup> indicando la dificultad que tiene ante el acoplamiento y hospitalización del familiar, en este caso del adulto mayor, que puede ocasionar un entorno poco saludable en su vida cotidiana;<sup>27,30</sup> aunque en otros estudios el grado de instrucción fue clasificado como bajo o incompleta.<sup>13,16,21</sup>

Respecto al nivel de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedad crónica (gráfico 1), el mayor porcentaje tuvo una dependencia total (36,5%) y grave (34,6%) y posiblemente esto sea la causa de su

hospitalización, datos semejantes fueron reportados en previos estudios cuando se trató de analizar al cuidador informal,<sup>24,55</sup> evidenciando que el demandante de cuidado requiere de cuidados, tanto física como emocional, durante su proceso de enfermedad y hospitalización, sirviendo de gran soporte para ayudar o colaborar en el desplazamiento del enfermo y en el manejo del inodoro (Anexo 9), además de otros requerimientos.

Entre tanto, observamos que la sobrecarga del cuidador informal se clasificó en su gran mayoría "sin sobrecarga" (86,5%) y solo el 7,7% presentó una sobrecarga intensa (gráfico 2), significando que mucho del trabajo era realizado por personal sanitario especializado del hospital, lo que ciertamente alivia la ardua labor que desempeña el cuidador informal cuando el adulto mayor se encuentra solo bajo su cuidado en el hogar. El estudio de Cerquera *et al.*<sup>62</sup> mostró que los cuidadores informales no tenían sobrecarga, al igual que los estudios de Badia<sup>23</sup> y Rivas,<sup>55</sup> quienes identificaron sobrecarga leve a moderado, contrarios a los resultados de Babarro *et al.*<sup>37</sup> que mostraron sobrecarga intensa en sus cuidadores. Datos que nos muestran que la sobrecarga puede variar según la situación a pesar del apoyo que tienen por parte del personal sanitario y/o de la ayuda de los demás familiares, como fue observado durante la entrevista en la recolección de los datos en el estudio; muchos de los cuidadores compartían sus emociones con otros familiares o miembros que los visitaban, siendo que también compartían su rol de cuidador en un tiempo de 24 horas, es decir, que eran reemplazados en su función de cuidador, posiblemente para así poder realizar sus actividades personales propias, tal como lo presentan Pita y Velez,<sup>38</sup> pues gran parte de la población estudiada tenía ayuda y/o se dividían los deberes del cuidado; destacando que todos los estudios fueron realizados en ambientes hospitalarios con personas

que cuidan personas dependientes por enfermedades crónicas, identificándose también que podían desencadenar en los cuidadores problemas psisociales y/o estrés (sea intensa o leve), efecto que puede verse agravado cuando la edad es más avanzada y el ámbito social no le es favorecida al cuidador, es decir, que puede no contar con el soporte emocional y/o físico de otros miembros familiares o amigos para compartir sus sentimientos y quehaceres propios del cuidado al enfermo dependiente.

Con respecto a la calidad de vida de los cuidadores informales, destacamos que gran parte de la muestra presentó “peor calidad de vida con respecto al año anterior” (Anexo 10), lo que puede ser consecuencia de la función que viene desarrollando como cuidador. Vale decir que el Cuestionario SF-36 es un instrumento válido y sensible para detectar cambios en la calidad de vida;<sup>17</sup> el cual además puede ser analizado por sus sub dimensiones.

En el gráfico 3, observamos que las sub dimensiones en su mayoría presentan medias de entre 50 y 70 (Anexo 11), demostrando que a pesar que de que algunas sub dimensiones muestran una calificación de mejor calidad de vida (función física, rol físico, dolor corporal y función social), las medias obtenidas son de medias a regulares (73,1±26,3 DS, 60,1±44,9 DS, 63,6±25,8 DS, 58,7±24,9 DS respectivamente), esto refleja que los cuidadores pueden no tener problemas para realizar sus actividades personales diarias. Por otro lado, observamos que las sub dimensiones subjetiva y mental muestran datos inversos, pues el rol emocional (60%) y la salud mental (52%) presentan medias bajas (39,8±45,3 DS, 59,1±16,6 DS) con impacto en la vitalidad (52%), lo que significa que puede haber interferencia en el trabajo o cualquier otra actividad que desarrolle el cuidador, dado que hay un desgaste en la esfera mental y

emocional que deteriora la calidad de vida,<sup>21</sup> siendo más propensos al estrés, malestar general y otros problemas psicológicos.

En el caso de la sub dimensión de salud general (gráfico 3), la frecuencia fue igual en la percepción de mejor o peor calidad de vida, aunque la media fue de  $54,9 \pm 19,7$  DS lo que se puede calificar como bajo puntaje (50), es decir, que en general el cuidador informal no se sentía bien; podría estar bien como también estar mal de salud, situación que se agudiza teniendo en cuenta que la población participante en su mayoría era hija/hijo y tenía menor de 50 años de edad.

En el estudio de Vázquez y Carod,<sup>17</sup> fue más afectado la dimensión física, que en la dimensión mental. Esto también se observa en otros estudios, que a pesar de utilizar otros instrumentos, presentan los mismos resultados.<sup>13,16-19,21,34</sup>

Al compararse estos datos con previos estudios, las sub-dimensiones muestran frecuencias menores en la calidad de vida, incluyendo la función general, la función física, rol físico y el dolor corporal, con interferencia en el trabajo o actividad diaria que disminuye el rendimiento del cuidador informal; también debe tenerse en cuenta que al ser mayor de 51 años (tabla 1) existe paralelamente un desgaste progresivo del organismo, en general y, de la función física en particular.<sup>39,41,58</sup>

Observamos en gráfico 4 que la dimensión mental mostró una “peor calidad de vida” en el 54% de participantes, con una media de  $53,4 \pm 22,4$  DS a diferencia de la dimensión física, cuya media fue de  $63 \pm 24,8$  DS. Podemos

decir que el cuidador emocionalmente se encuentra afectado, requiriendo del apoyo de familiares y/o del propio personal sanitario, para de algún modo aligerar la tensión y la carga mental que atraviesa el cuidador informal; puede ser propicio crear espacios y momentos de conversación, escucha y desahogo, brindando también atención a los familiares, quienes pueden estar atravesando incertidumbres por todo lo que pueda pasar con el familiar enfermo.

Islas<sup>30</sup> y Pita<sup>38</sup> refieren que la tristeza/depresión, dificultad para dormir y descansar, la baja autoestima y el aislamiento social son los problemas con mayor impacto en el cuidador informal durante el cuidado de un familiar enfermo hospitalizado; así también muestran un gran cambio en la calidad de vida al comparar su percepción con los de meses anteriores, resultados que concuerdan con los datos obtenidos en el estudio, siendo que debemos considerar el impacto en los cuidadores durante y después de la hospitalización del enfermo, así como las causas a la que conllevan estos resultados.

En cierto modo la función física se encuentra aligerada, pero no olvidemos que mucho de lo mental afecta lo físico, por tanto debemos buscar estrategias que ofrezcan soporte y ayuda al componente subjetivo de los cuidadores informales, entendiendo que la salud no solo es el estado de bienestar físico sino también mental y espiritual. Lo que nos hace pensar en la necesidad de investigar las posibles causas y/o situaciones que puedan afectar la calidad de vida desde la dimensión mental; además de poder ver la diferencia que se tiene en situaciones y contextos en el que se encuentra el cuidador informal, puesto que en un entorno hospitalario pueda no sufrir tanto desgastes físico que en el ambiente domiciliario.<sup>20,27</sup>

A nivel global, la calidad de vida de los cuidadores informales, el 52% presentó una mejor percepción con una media de  $58,2 \pm 21,3$  DS reflejando que la percepción de la calidad de vida es regular, siendo un problema de gran impacto para la salud en general, debiéndose brindar ayuda al cuidador informal en los desgastes que pueda desencadenarse de manera individual, teniendo en cuenta las consecuencias de la sobrecarga mental.

El paciente, al ser dependiente, en su mayoría total, requiere de mucha ayuda en sus actividades de desplazamiento, aseo personal y alimentación como se demuestra en el estudio (Anexo 9), siendo una causante a llevar como sobrecarga laboral, sin embargo, no se presenta esto en la dimensión física considerando que el personal sanitario cubre esta actividad durante la hospitalización, disminuyendo así la labor en el cuidador; pero, no se puede decir lo mismo en la dimensión mental, que al no haber soporte emocional y de vigor, sea por el estado sociodemográfico del cuidador (edad, sexo y parentesco), la situación económica<sup>19,20,24,36,38</sup> y/o la escasa relación entre enfermera-familiar, el cuidador se ve afectado debiéndose evaluar este punto no solo como investigación, sino también como un punto a considerar dentro de las políticas institucional de salud, ya que no sería solo el paciente enfermándose, sería el paciente y cuidador enfermándose.

Para tal, podría considerarse una evaluación de la calidad de vida a los cuidadores que permanecen mayor tiempo junto al paciente hospitalizado pasado tres semanas de internamiento, en la expectativa poder conocer sus necesidades y brindarle las orientaciones y soporte necesario. Es imperativo que el personal sanitario (de salud) ofrezca oportunidad de aprendizaje en el cuidado al cuidador, a manera de disminuir su impericia en el desarrollo de

ciertos cuidados, como cepillado dental, movimientos de la cama, desplazamiento, cambio de postura, entre otros, para evitar angustia y lesiones en el cuidador, quien muchas veces tiene mucha avidez de poder ayudar pero no sabe cómo hacerlo.

El desarrollo de charlas educativas por el personal de salud, o mismo por los estudiantes pasantes puede ser de mucha ayuda para el cuidador informal, poniendo énfasis no solo en desarrollar el contenido, sino en que haya un desarrollo de habilidades e incorporación de saberes al cotidiano de la vida, siendo esto de mucha ayuda, especialmente cuando el adulto mayor sea dado de alta y tenga que recibir cuidados exclusivamente de la familia. Cabe a las respectivas instancias y especialmente, al personal de enfermería asumir el reto de preparar y absorber el cuidado no solo del familiar enfermo sino también del cuidador informal, mismo porque este es un gran recurso humano intrahospitalario y extrahospitalario que brinda soporte y cuidado al adulto mayor dependiente, población en paulatino crecimiento en el Perú que tiene derecho a recibir cuidados de calidad como cualquier otro ciudadano.



## CAPÍTULO 5

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

1. La población con mayor prevalencia fue la mujer, soltera con estudios superiores, parentesco de hija y que sus edades están entre 51 años a más ( $55,24 \pm 3,30$ ).

2. El grado de dependencia de los adultos mayores con enfermedades crónicas fue de dependencia total (36,5%).

3. En la sobrecarga laboral, mayormente el cuidador informal no presenta sobrecarga (86,5%).

4. El nivel de calidad de vida por sub-dimensión, existe mejor calidad en el rol físico (60%) y función física (58%), en cambio existe peor calidad en el rol emocional (60%).

5. En las dimensiones de calidad de vida los cuidadores informales indicaron tener mejor calidad en la dimensión física (58%) a diferencia de la

dimensión mental (54%) y, de forma global existe una mejor calidad en el 52%.

## 5.2. Recomendaciones

Para la investigación.

- Se considera importante hacer replicas en futuras investigaciones con respecto a la calidad de vida y el momento en el que transcurra su aporte en el cuidado.
- El ampliar la información, en nuevas investigaciones, sobre el perfil del cuidador informal, las causas que influyen en su estado físico-mental y el impacto en su salud que pueda tener tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario, puede ayudar a conocer más al cuidador y proponer mejorías en la salud del cuidador.
- Uno de los aspectos importantes a tener en cuenta en las futuras investigaciones es el rol emocional. Considerando que fue una de las dimensiones con baja calificación con influencia a otras dimensiones psicosociales de la calidad de vida.

Para los centros asistenciales.

- Brindar mayor apoyo y sobre todo información a los familiares para despejar dudas y/o preocupaciones que puedan afectar el equilibrio y la salud mental de los familiares, creando espacios y momentos de diálogo, acogimiento y escucha.
- Promover y viabilizar atención psicológica a los familiares y pacientes que se atraviesen situaciones agudas de estado mental.

- Implementar programas recreativos y educativos para el cuidador informal sobre los cuidados post alta, intradomiciliarios y autocuidado.

Para la educación de enfermería.

- Incentivar las charlas educativas y/o explicaciones de procedimientos básicos sobre el cuidado de cada paciente desde las primeras prácticas clínicas del estudiante de enfermería, evaluando la comprensión y aprendizaje captado por el cuidador informal.
- Considerar la importancia del apoyo social (relación enfermera-familiar) dentro de las actividades de enfermería, siendo promovida como un punto a valorar en la labor para mejorar la calidad de vida del cuidador informal brindando actividades para mejorar el apoyo en las áreas de emocional y reciprocidad.
- Considerar en las asignaturas de Salud Mental al adulto mayor y a su entorno, sean los cuidadores familiares o cuidadores informales.
- Brindar a los estudiantes herramientas para realizar educación sanitaria en este aspecto a los enfermos crónicos y familiares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010 [Internet]. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social: Dirección de Personas Adultas Mayores. c2006 [citado 4 Abril 2011]. Disponible en: [http://www.mimdes.gob.pe/archivos\\_sites/daff/compendio/iii\\_politicas\\_nacionales/Plan\\_Nacional\\_de\\_Adulto\\_Mayor\\_2006-2010.pdf](http://www.mimdes.gob.pe/archivos_sites/daff/compendio/iii_politicas_nacionales/Plan_Nacional_de_Adulto_Mayor_2006-2010.pdf)

2. Adulto Mayor: Aspectos Psicoafectivos del Envejecimiento [Internet]. Chile: Ysern de AJ; c1997-1998 [actualizado 25 Junio 2008; citado 4 Abril 2011]. Hogar de Ancianos; [alrededor de 1 p]. Disponible en: <http://hogardeancianoscr.com/hogar-de-ancianos-noticias/aspectos-psicoafectivos-del-envejecimiento.html>

3. Mori DE. Proceso del envejecimiento e implicancias sociales [Internet]. Perú: Monografias.com S. A., c2009 [citado 4 Abril 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/proceso-del-envejecimiento-e-implicancias-sociales/proceso-del-envejecimiento-e-implicancias-sociales.shtml>

4. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Segunda

Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid (España): Publicación de Naciones Unidas; 2002 Abril. Informe No.: A/CONF.197/9. Disponible en: [http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1625/1/plan\\_internacional\\_de\\_madrid\\_sobre\\_envejecimiento\\_2002.pdf](http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1625/1/plan_internacional_de_madrid_sobre_envejecimiento_2002.pdf)

5. Cáritas del Perú, PRAM, BMZ y Cáritas Alemania. Normatividad Nacional sobre los Derechos de las Personas Adultos Mayores. Perú: Cáritas, 2013 Ene. 47 p.

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda - Perfil Sociodemográfico del Perú. 2 ed.; Lima, Perú: [s.n.]; 2008 Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/biblioinei/ListaltemByTemaPalabra.asp?c=8&tt=Departamentales>

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda – Perfil Sociodemográfico del Departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao. Lima, Perú: [s.n.]; 2008. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro12/index.htm>

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda – Perfil Sociodemográfico de la Provincia de Lima. Lima, Perú: [s.n.]; 2009. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro15/Libro.pdf>

9. Ley de las Personas Adultas Mayores, L. Pub. No. 28803. (Julio 19,

2006)

10. Díaz AJ. Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al hospital San Rafael en Girardot. Avances en Enfermería [ISSN 480422]. 2007 Junio [citado 5 Abril 2011] 25(1): 69-82. Disponible en:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1\\_6.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_6.pdf)

11. Perfil del Adulto Mayor Perú – INTRA II 2004 [Internet]. Perú: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES), c2004 [citado 11 Mar 2011]. Disponible en:

[www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba\\_intrall.pdf](http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba_intrall.pdf)

12. Diccionario de la Real Academia Española. 22a ed. España: Real Academia Española, 2009. Cuidar. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

13. Quero RA, Briones GR, Prieto RM, Navarro LA, Pascual MN, Guerrero RC. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. Nurse Investigación [ISSN 18014]. 2004 Octubre [citado 5 Abril 2011]; (9): 1 - 14. Disponible en:

[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_USUARIO/Originales\\_Imagenes/Original9.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Originales_Imagenes/Original9.pdf)

14. Pinto AN, Barrera OL, Sánchez HB. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". Aquichan [ISSN 1657 – 5997]. 2005 Octubre [citado 5 Marzo 2011]; 5 (01): 128 – 137. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74150113.pdf>

15. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. Madrid: La Sociedad, c2006 [actualizado 2006; citado 5 Abril 2011]. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; [alrededor de 1 p.] Disponible en: <http://www.segg.es/book/el/cuidado/del/cuidador/como/cuidarse/mejor>

16. Álvarez RB. Comparación de la Calidad de Vida de Cuidadores Familiares de Personas que viven con el VIH/SIDA y reciben Terapia Antirretroviral con la Calidad de Vida de los Cuidadores Familiares de Personas con el VIH/SIDA y no reciben Terapia Antirretroviral de Honduras. Avances en Enfermería [ISSN 480402]. 2004 Diciembre [citado 6 Mayo 2011]; 22(2): 4 - 26. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxii2\\_1.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxii2_1.pdf)

17. Vázquez CC, Carod AF. Calidad de Vida en Pacientes con Secuela Neurológica y en sus Cuidadores evaluados mediante la Escala SF-36. First International Congress on Neuropsychology in: Internet; 1999 Nov 1 – Dic 15; Brasilia DF: Brasil; 1999. Disponible en: [www.uninet.edu/union99/congress/libs/val/v12.html](http://www.uninet.edu/union99/congress/libs/val/v12.html)

18. Vickrey B, Hays R, Maines M, Vassar S, Fitten J, Strickland T. Development and preliminary evaluation of a quality of life measure targeted at dementia caregivers. Health and Quality of Life Outcomes [ISSN: 1477 - 7525 - 7 - 56]. 2009 Junio [citado 6 Mayo 2011]; 7 (56): 1 - 12. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-7-56.pdf>

19. Navarro E. Calidad de Vida del Cuidador del Hemipléjico Vascular (Tesis de Medicina). España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2004.

Disponible en:

<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4454/emn1de1.pdf?sequence=1>

20. Jiménez MS. Aspectos Económicos de la Dependencia y el Cuidado Informal en España. España: Universidad Pompeu Fabra; 2007. Disponible en: <http://www.fedea.es/pub/otros/librodependencia-FAZ-Sergi.pdf>

21. Inouye K, Silva PE, Iost PS, Yoshie TC. Percepción de la Calidad de Vida del Anciano con Demencia y la de su Cuidador Familiar: Evaluación y Correlación. Revista Latino-Americana de Enfermagem [ISSN 0104 - 1169]. 2009 [citado 6 Abril 2011]; 17(2): 187 – 193. Disponible en: [www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_08.pdf)

22. Vicente M. Cuidadoras informales en el medio hospitalario. Revista Rol de Enfermería [ISSN 02105020]. 2001 [citado 20 Mayo 2011]; 24(7 - 8): 503 - 511. Disponible en: [http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo\\_busqueda=EJEMPLAR&revista\\_busqueda=2408&clave\\_busqueda=271474](http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2408&clave_busqueda=271474)

23. Badia LX, Lara SN y Roset GM. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Aten Primaria. 2004 [citado 21 Agosto 2013]; 34(4):170-7. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/calidad-vida-tiempo-dedicacion-carga-percibida-cuidador-13065825-originales-2004>

24. Cedano S, Bettencourt A, Traldi F, Lombardi O, Gonçalves S. Calidad



de vida y sobrecarga de los cuidadores de portadores de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en oxigenoterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [ISSN 0104-1169]. 2013 [citado 28 Agosto 2013]; 21(4): [8 pantallas]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es\\_0104-1169-rlae-21-04-0860.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0860.pdf)

25. eSeCé servicios integrales. Los hombres y el cuidado de la salud. Informe final. España: Gobierno de España, Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) del Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombre\\_sycuidado09.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombre_sycuidado09.pdf)

26. Busquets M. La Ética del Cuidar. En: V Congreso Nacional de Enfermería en Ostomias. Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona INTERPSIQUIS; Barcelona: España; 2004 (27-34 páginas). Disponible en: [http://www.estomaterapia.com/congreso2004/documentos/Ponencias/5\\_La%20etica%20del%20cuidar.pdf](http://www.estomaterapia.com/congreso2004/documentos/Ponencias/5_La%20etica%20del%20cuidar.pdf)

27. Andrade CR. Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital. Revista de Enfermería Neurológica [ISSN 1870 6592]. 2010 [citado 21 Mayo 2011]; 9 (1): 54 - 58. Disponible en: [http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/ensenanza/ene\\_abr\\_10.pdf](http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/ensenanza/ene_abr_10.pdf)

28. Souza de Santana CE, Sadigursky D, Brandão SP, Peixinho de Athayde MI. ¿Qué es cuidar? El concepto de los estudiantes de enfermería. Rev Enf Hered 2008; 3(1): 22 - 28.

29. Rivas HJ, Ostiguín MR. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio

teórico?. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [ISSN 1665-7063]. 2011 [citado 16 Junio 2011]; 8 (1): 49 - 54. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25471>

30. Islas SN, Ramos RB, Aguilar EM, García GM. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [ISSN 0187 - 7585]. 2006 Diciembre [citado 21 Mayo 2011]; 19(4): 266 - 271. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a6.pdf>

31. Morita T, Kawa M, Honke Y, Kohara H, Maeyama E, Kizawa Y, et al. Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. Tratamiento de Soporte en Cáncer [ISSN 1433 - 7339]. 2004 Febrero [citado 20 Mayo 2011]; 12 (2): 137 - 140. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-003-0561-6>

32. Izquierdo M. El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién? Organización social y género. Debate Feminista. 2004 Octubre [citado 12 Junio 2011]; 30: 129-153. Disponible en: <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/elcuid961.pdf>

33. Expósito CY. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Revista Habanera de Ciencias Médicas [ISSN 1729-519X]. 2008 Julio - Setiembre [citado 20 Mayo 2011]; 7 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300004&script=sci_arttext)

34. Venegas BB. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Aquichan [ISSN 447671]. 2006 Octubre [citado 16 Junio 2011]; 6(1): 137 - 147. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74160114.pdf>

35. Neto B, Lindolpho M, Sá S, Oliveira J. Autocuidado: ¿una cuestión de género?. Rev Enf Hered [ISSN 1998 - 5487]. 2009 [citado 20 Junio 2011]; 2(2): 73-79. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/genero.pdf>

36. Cerquera Cordoba AM, Pabón Poches DK, Uribe Báez DM. Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psicología desde el Caribe [ISSN 2011-7485]. Mayo – Agosto 2012 [citado 15 Agosto 2013]; 29 (2): 360-384. Disponible en:

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/3299/2921>

37. Alonso BA, Garrido BA, Díaz PA, Casquero RR, Riera PM. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Atención Primaria. 2004 [citado 15 Agosto 2013]; 33 (2): 61 – 68. Disponible en: <http://http://zl.elsevier.es>

38. Pita G, Vélez MD. Impacto Psicoemocional, Social Y Económico en Familiares De Adultos Mayores con Demencias en el Asilo De Ancianos Guillermina Loor de Moreno, Portoviejo Febrero - Julio Del 2012 (Tesis de Medicina). Ecuador: Universidad Técnica de Manabí; 2012. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/5159>

39. Úbeda BI. Calidad de Vida de los Cuidadores Familiares: Evaluación

mediante un cuestionario. (Tesis de Enfermería). Barcelona: Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona [ISBN: 9788469249680]; 2009.

Disponible en:

[http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB\\_TESIS.pdf?sequence=1](http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf?sequence=1)

40. Costa M, Costa MP, Medeiros M, Rodrigues P, Correia R. Anciano que cuida a anciano. Rincón Científico [ISSN 1134-928X]. 2007 [citado 20 Junio 2011]; 18(3): 127-134. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n3/rincon2.pdf>

41. Dirección General de Salud Pública y Participación [Internet]. Asturias: Gobierno de Asturias; c2008 [citado 20 Junio 2011]. Calidad de vida (I). Encuesta de Salud para Asturias; [sobre 1 pantalla]. Disponible en:

[http://tematico.asturias.es/salud/plan/noticias/imginc/ESA\\_cvidal.pdf](http://tematico.asturias.es/salud/plan/noticias/imginc/ESA_cvidal.pdf)

42. Gragera F. Guía del Cuidador Informal en la Consulta de Enfermería. In: Fernández F. La consulta de enfermería: Guías de actuación para la eficacia. Talavera de la Reina, España: Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM); 2003. P. 9-18. Disponible en:

[http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof\\_publicaciones/Consulta\\_enfermeria\\_eficaz.pdf](http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_publicaciones/Consulta_enfermeria_eficaz.pdf)

43. Cuestionarios de la Salud. [Internet]. Asturias (España): Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial; c1998 [actualizado Febrero 1998; citado 20 Junio 2011].

Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/cucadevi.htm>

44. SF-36.org. [Internet]. USA: MqualityMetric IQOLA; c2004 [actualizado Marzo 2009; citado 21 Junio 2011]. SF-36 Health Survey Update; [sobre 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

45. Lugo AL, García GH; Gómez RC. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública [ISSN: 0120 – 386X]. 2006 [citado 17 Julio 2011]; 24(2): 37-50. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/120/12024205.pdf>

46. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin [ISSN 00257753]. 1995 [citado 12 Agosto 2013]; 104(20):771-776.

47. Herdman M. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. Gac Sanit [ISSN 0213-9111]. 2005 [citado 20 Junio 2011]; 19(2): 91-92. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200001&script=sci_arttext)

48. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra SV, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y adolescencia: revisión de la bibliografía y los instrumentos adaptados en España. Gaceta Sanitaria [Artículo de Revisión] 2001 [citado 12 Mayo 2011]; 15 (Supl 4): 34-43. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13032879&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=138&ty=114&accion=L&origen=e](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13032879&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=114&accion=L&origen=e)

lsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v15nSupl.4a13032879pdf001.pdf

49. Badia X, Salamero BM, Alonso CJ. La medida de la salud. Guía de escalas de medida en español. Barcelona (España): Tecnología y Ediciones del Conocimiento, 2007.

50. Barrera OL, Pinto AN, Sánchez HB. Cuidando a los cuidadores: Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. Index Enferm [ISSN 1132 - 1296]. 2006 [citado 6 Abril 2011]; 15 (52 - 53): 54-58. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100012&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100012&script=sci_arttext)

51. Servicio de Andaluz de Salud. [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud y Bienestar Social; c2008. [actualizado 09 Abril 2008; citado 17 Julio 2011]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico; [alrededor de 1 p]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_desa\\_Innovacion5](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5)

52. EsSalud.gob [Internet]. Perú: Seguro Asistencial EsSalud; c2013-01 [actualizado 2013; citado 2013 Jul 9]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/>

53. Cid RJ, Damián MJ. Valoración de la Discapacidad Física El Índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública [ISSN 1135-5727]. 1997 [citado 17 Julio 2011]; 71(2): 127-137. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

54. Rojas HE. Influencia de la depresión en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de Enfermedad Vascul ar Cerebral. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 1999-2000. (Tesis de Medicina). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.

55. Ribas J, et al. Trastornos Psicopatológicos del cuidador principal no profesional de Pacientes Ancianos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2000 [citado 2 Setiembre 2013]; 27 (3): 131-134. Disponible en: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13881.pdf>

56. Coronado GJ, Díaz VC, Apolaya SM, Manrique GL, Arequipa BJ. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta Med Per [ISSN 1728-5917]. 2009 [citado 17 Julio 2011]; 26(4): 230-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf>

57. Gaspar EJ. Escalas de Valoración Funcional y Cognitiva. In: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo, editors. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Aragón: Estudio Camaleón; 2008. p. 315-322. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF>

58. García OM, Mansilla FJ, Nieto AE, Cereto M, Salas SF, Vallejo DM, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. Complejo Hospitalario Carlos Haya

[ISSN 0212-7199]. 2001 [citado 16 Julio 2011]; 18 (2): 74-79. Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n2/original4.pdf>

59. Hervás A, Zabaleta A, De Miguel G, Beldarrain O, Díez J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Anales del sistema sanitario de Navarra [ISSN 1137-6627]. 2007 [citado 16 Julio 2011]; 30 (1): 45-52. Disponible en:  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/n1/orig3a.html>

60. Vinaccia S, Quiceno JM. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. Terapia Psicológica [ISSN 20112965-76]. 2011 [citado 12 Agosto 2013]; 29(1): 65 - 75. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art07.pdf>

61. Alpuche RV, Ramos del RB, Rojas RM, Figueroa LC. Validez de la Entrevista de carga de Zarit en una muestra de Cuidadores Primarios Informales. Universidad Veracruzana [ISSN 1405-1109]. 2008 [citado 23 Julio 2011]; 18(2): 237-245. Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29118209.pdf>

62. Cerquera CA, Granados LF y Buitrago MA. Sobrecarga En Cuidadores De Pacientes Con Demencia Tipo Alzheimer. Psychologia [ISSN 1900-2386]. 2012 [citado 20 Agosto 2013]; 6 (1): 35-45. Disponible en:  
<http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/207/182>



ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
CALIDAD DE VIDA	Percepción que tiene un individuo sobre su estado de salud y bienestar de forma holística y multidimensional en un entorno determinado, para evaluar su capacidad o discapacidad	Física	Se observa toda la parte fisiológica, como le afecta los problemas a su salud, las enfermedades o la dependencia. Armonía entre lo interno y lo externo del cuerpo humano.	<p><i>FISICO</i> 0</p> <p><i>FUNCIONAL:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud</li> <li>• Enfermedad</li> </ul> <p><i>ROL FISICO:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempeño laboral</li> <li>• Tiempo dedicado al trabajo</li> </ul> <p><i>SALUD GENERAL:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Calificación del estado de salud actual</li> </ul>	<p>Variable Cuantitativa Nominal</p> <p>Variable Cuantitativa Nominal</p> <p>Variable Cuantitativa Nominal</p>	<p>SF- 36</p> <p>36 ítems en total</p>

		Física		<p><i>DOLOR CORPORAL:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensidad del dolor</li> <li>• Interferencia del dolor en el trabajo</li> </ul> <p><i>SALUD MENTAL:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nerviosismo</li> <li>▪ Decaimiento</li> <li>▪ Tranquilidad</li> <li>▪ Tristeza</li> <li>▪ Alegría / Felicidad</li> </ul>	<p>Variable Cuantitativa Nominal</p> <p>Variable Cuantitativa Nominal</p>	
		Mental	Percepción, autopercepción, pensamiento, relaciones y sentimientos del individuo que se procesa en su mente ante un entorno y sociedad determinada.	<p><i>ROL EMOCIONAL:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problema emocionales</li> <li>• Interferencia de las emociones con el trabajo o actividades</li> </ul>	Variable Cuantitativa Nominal	

		Mental		<p><i>FUNCIÓN SOCIAL:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Apoyo familiar</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Relación cuidador/paciente</li> </ul> <p><i>VITALIDAD:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Energía</li> <li>• Vigor</li> </ul>	Variable Cuantitativa Nominal	
--	--	--------	--	--	-------------------------------	--

## ANEXO 2

**PRESENTACION DE LA ENCUESTA E INSTRUMENTOS**

La presente encuesta ha sido elaborada con la finalidad de determinar el nivel de calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos dependientes concurrentes de los Servicios de Enfermería de Geriátría, Neurocirugía y Medicina Interna del H. N. G. Almenara I.; agradezco su gentil aceptación y colaboración en el llenado de la información requerida que tiene carácter ANONIMO y será usada exclusivamente para fines de la investigación.

**INSTRUCCIONES:**

Marque con un aspa (x) la o las alternativas que Ud. crea conveniente y llene los espacios en blanco

**DATOS GENERALES:**

Edad:

Sexo: Masculino  Femenino

Grado de instrucción: Primaria

Secundaria

Superior

Parentesco: Esposa/Esposo

Hermana/Hermano

Hija / Hijo

Nuera

Otros

## ANEXO 3

### TEST DE ÍNDICE DE BARTHEL

#### 1. ALIMENTACION

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)
- Totalmente dependiente (0)

#### 2. BAÑO

- Independiente (5)
- Necesita ayuda (0)

#### 3. ASEO PERSONAL

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (0)

#### 4. VESTIRSE

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)
- Totalmente independiente (0)

#### 5. CONTROL ANAL

- Sin problemas (10)
- Algún accidente (5)
- Accidentes frecuentes (0)

#### 6. CONTROL VESICAL

- Sin problemas (10)
- Algún accidente (5)
- Accidentes frecuentes (0)

#### 7. MANEJO DEL INODORO

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)

#### 8. DESPLAZAMIENTO

##### SILLA/CAMA

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (0)

#### 9. DESPLAZAMIENTO

- Independiente (15)
- Necesita ayuda (10)
- Independiente en silla de ruedas (5)
- Incapaz de desplazarse (0)

#### 10. SUBIR ESCALERAS

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)
- Incapaz de subirlas (0)

## ANEXO 4

### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

#### **INSTRUCCIONES:**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

#### **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

<b>3. ¿Su estado de salud actual lo limita (para hacer) en estas actividades (o cosas)? si es así, ¿cuánto?</b>	<b>Sí, me limita mucho</b>	<b>Sí, me limita un poco</b>	<b>No, no me limita nada</b>
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores			
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora			
c. Levantar o llevar las bolsas de las compras			
d. Subir varios pisos por la escalera			
e. Subir un solo piso por la escalera			
f. Agacharse o arrodillarse			
g. Caminar un kilómetro o más			
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)			
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)			
j. Bañarse o vestirse por sí mismo			

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

<b>4. Durante las 4 últimas semanas. ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		



<b>5. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse triste, deprimido o nervioso)?</b>	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre?		

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno
- Sí, muy poco
- Sí, un poco
- Sí, moderado
- Sí, mucho
- Sí, muchísimo

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

<b>¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?						
b. ¿Estuvo muy nervioso?						
c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?						
e. ¿Tuvo mucha energía?						
f. ¿Se sintió desanimado y triste?						
g. ¿Se sintió agotado?						
h. ¿Se sintió feliz?						
i. ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?						

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

<b>11. DIGA si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases.</b>	<b>Totalmente cierta.</b>	<b>Bastante cierta</b>	<b>No lo se</b>	<b>Bastante falsa</b>	<b>Totalmente falsa</b>
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
b. Estoy tan sano como cualquiera.					
c. Creo que mi salud va a empeorar.					
d. Mi salud es excelente.					

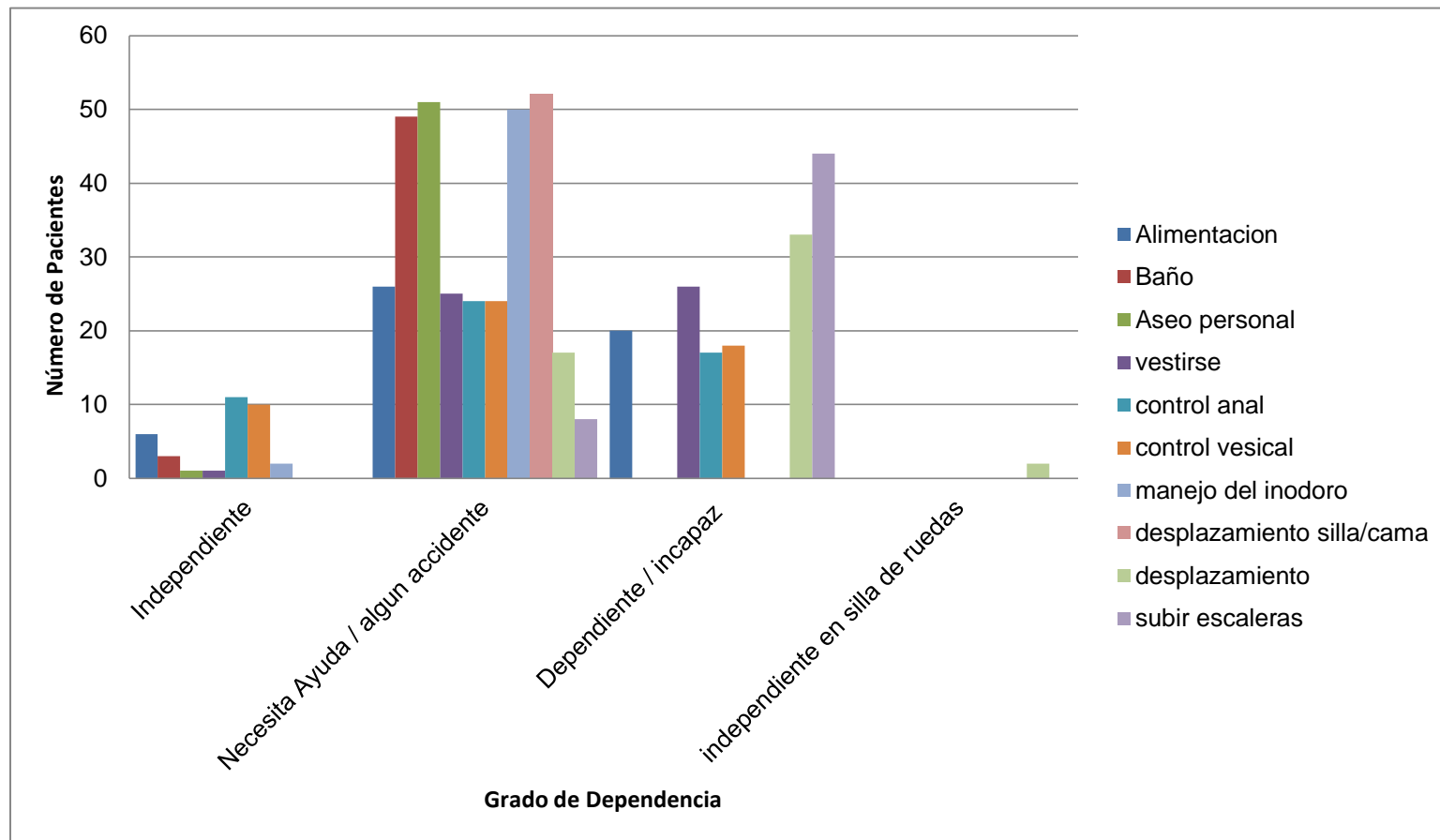
ANEXO 5

**VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR  
ESCALA DE ZARIT**

<p><b>Instrucciones para la persona cuidadora:</b> A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Ud. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p>	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi Siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

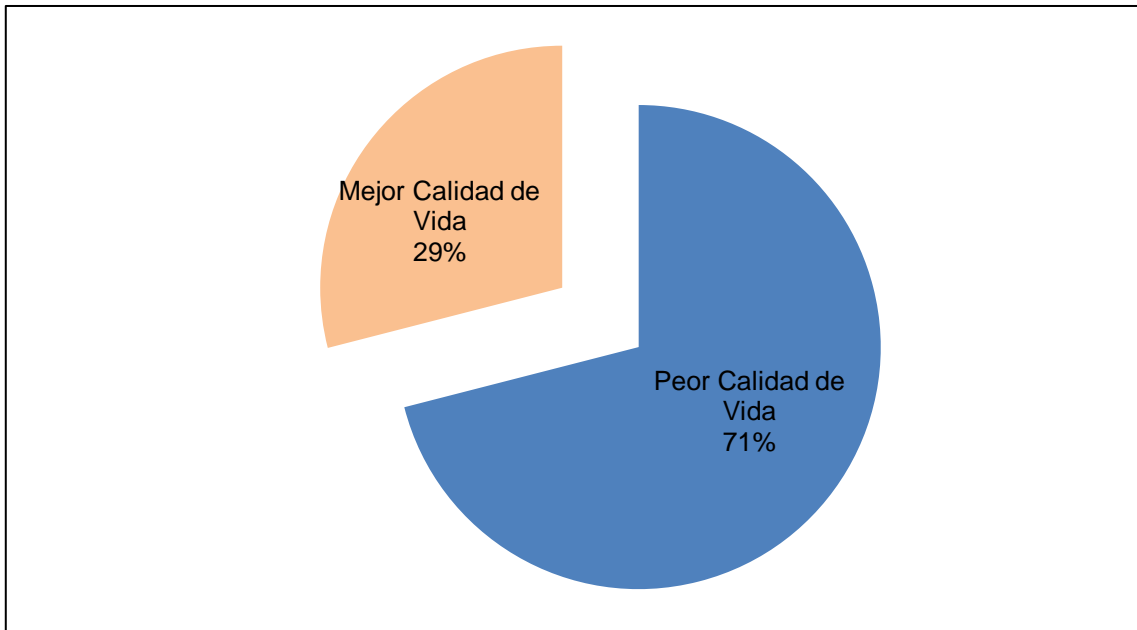
## ANEXO 6

### GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS SEGÚN ACTIVIDADES DIARIAS



ANEXO 7

**TRANSICIÓN DE SALUD GENERAL: COMPARACIÓN DEL AÑO ANTERIOR  
DEL CUIDADOR INFORMAL**



ANEXO 8

**CALIDAD DE VIDA SEGÚN SUB DIMENSIONES DE LOS CUIDADORES  
INFORMALES**

Sub dimensiones	Calidad de Vida			
	Mínimo	Máximo	Media	DS
Función Física	-	100	73,1	±26,3
Rol Físico	-	100	60,1	±44,9
Dolor Corporal	-	100	63,6	±25,8
Salud General	10	95	54,9	±19,7
Vitalidad	11	84	55,6	±19,0
Función Social	13	100	58,7	±24,9
Rol Emocional	-	100	39,8	±45,3
Salud Mental	28	92	59,1	±16,6

## ANEXO 9

### CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES DE LOS CUIDADORES INFORMALES

Dimensiones	Calidad de Vida			
	Mínimo	Máximo	Media	DS
Dimensión Física	10	99	63,0	±24,8
Dimensión Mental	15	93	53,4	±22,4
Global	12	93	58,2	±21,3

CARTA DE VALIDACION DEL H. N. G. Almenara I.



NIT 872 20/11 1172

**CARTA N°3116 -OCID-G-RAA-ESSALUD-11**

Lima, 25 de Octubre del 2011

Magister de Enfermería:  
**IRENE ZAPATA SILVA**  
Jefa del Departamento de Enfermería  
Red Asistencial Almenara - EsSalud

Presente.-

Me dirijo a Usted con un cordial saludo e informarle que el proyecto de Investigación:

**N°160 "Calidad de vida de los cuidadores informales de familiares con Enfermedades Crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen"**

Autora: Jenny Janet López López  
Alumna de Enfermería

Fue evaluado en reunión del Comité de Investigación de nuestro Hospital el 25 de Octubre del 2011, con la presencia de sus miembros: Dra. Julia Sumire Umeres, Lic. Elías Carrascal Cavalier, Dr. Efraín Alarcón Rozas, Lic. Irene Zapata Silva y Lic. Teresa Surca Rojas siendo **aprobado**.

Expresándole mi consideración, me suscribo de Usted.

Atentamente,

RED ASISTENCIAL ALMENARA  
COMITE DE INVESTIGACION

**JULIA SUMIRE UMERES**  
**PRESIDENTA COMITE DE INVESTIGACION**

*Julia Sumire Umeres*  
PRESIDENTA  
EsSalud

Cc: OCID-interesada/o – archivo



ANEXO 11

HOJA DE EVALUACION DEL H. N. G. Almenara I.

164/20

HOJA DE EVALUACION DE PROTOCOLOS

TITULO: Calidad de Vida de los Cuidados Informales de Familiares con enfermedades crónicas del HNGAI

INVESTIGADORES: Lopez Lopez Jenny Janet

CRITERIOS	ASPECTOS	MALO — EXCELENTE					
		0	1	2	3	4	5
Importancia	Utilidad Metodológica						4
	Utilidad Conceptual						4
	Aporte a conocimientos del campo investigado						4
Factibilidad	Técnica						4
	Material						4
Méritos Técnicos	Técnicas de medición óptimas y actuales						4
	Análisis de datos técnicamente consistente						4
	Análisis de datos técnicamente factible						4
	Conocimientos previos incluidos en el diseño						4
El título:							4
Introducción y Marco Teórico:							4
Problema a investigar:							4
Justificación:							4
Objetivo general:							4
Objetivos específicos:							4
Hipótesis:							4
DISEÑO							4
Tipo de estudio							4
Población y muestra							4
Criterios de inclusión							4
Criterios de exclusión							4
Variables							4
ANALISIS							4
CONCLUSION DEL EVALUADOR							Aprobado
Observaciones:							

Fecha de Evaluación: 21 IX 2014

Evaluado por: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

## ANEXO 12



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES A INVESTIGACIÓN



El propósito de este documento de consentimiento es proveer a los participantes sobre la investigación una clara explicación de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la estudiante **Jenny Janet López López**, de la Escuela de Enfermería Tezza de la Universidad Ricardo Palma. Con el objetivo de determinar el nivel de calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos dependientes concurrentes de los servicios de Geriatría, Neurocirugía y Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas para completar tres cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que haya expresado.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. Y la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario, serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en el momento que Usted lo considere, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

-----  
Encuestado  
D.N.I.:.....  
Teléfono: .....

-----  
Jenny Janet López López  
D.N.I.:.....  
Estudiante de enfermería