



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



**CONOCIMIENTOS, SOBRECARGA LABORAL Y EDAD
COMO FACTORES INFLUYENTES EN LA ACTITUD
DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON
CÁNCER PULMONAR**

Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Maliuska Stephanie López Victorio
Cynthia Vanessa Marroquin Acero

LIMA - PERÚ
2014

Maliuska Stephanie López Victorio
Cynthia Vanessa Marroquin Acero

CONOCIMIENTOS, SOBRECARGA LABORAL Y EDAD
COMO FACTORES INFLUYENTES EN LA ACTITUD
DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON
CÁNCER PULMONAR

Asesora Mg. Luz Olinda Fernández Henríquez

Coasesora Mg. María Paulina Tello Delgado

LIMA - PERÚ

2014

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

AGRADECIMIENTOS

Dios

Por la dicha de tener vida, salud, tener una grandiosa familia, haber puesto en nuestro camino a grandes personas dignas de humildad y servicio hacia nuestro ser.

A nuestros padres y familiares

Por haber sido instrumento divino de Dios para mostrarnos el camino correcto, guiar nuestro sendero e impulsarnos en el desarrollo de nuestra formación profesional y por el apoyo incondicional de nuestras familias.

A nuestra asesora y coasesora

Por su gran apoyo, motivación, aporte para la elaboración y culminación de este trabajo de investigación.

A mi alma mater

Por forjar holísticamente grandes profesionales de Enfermería, altamente calificados y competentes en el cuidado humanizado de la vida y la salud, con énfasis en la investigación e inspirados en el carisma de San Camilo de Lellis.

A todo el plano tezziano; personal docente, administrativo y de apoyo

Por haber marcado cada etapa de nuestro camino universitario, brindarnos apoyo y servicio con amor.

A mis amigas

Por su grandiosa, verdadera e infalible amistad y apoyo mutuo.

INDICE

RESUMEN	8
SUMMARY	17
INTRODUCCIÓN	19
CAPÍTULO 1: PROBLEMA	22
1.1 Planteamiento del problema.....	22
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Objetivo.....	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4 Justificación.....	6
1.5 Limitaciones.....	7
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	8
2.1 Antecedentes internacionales	8
2.2 Antecedentes nacionales.....	11
2.3 Base teórica.....	12
2.4 Definición de términos.....	32
2.5 Hipótesis	32
2.5.1 Hipótesis general	32
2.5.2 Hipótesis específicas.....	33
2.6 Variables	33
2.7 Operacionalización de variables (Anexo 1).....	33
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	34
3.1 Enfoque de la investigación	34
3.2 Tipos y métodos de la investigación	34
3.3 Diseño de la Investigación	35
3.4 Lugar de ejecución de la Investigación	35
3.5 Población, muestra, selección y unidad de análisis	35
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	36
3.7 Instrumento y técnicas de recolección	36
3.8 Procedimiento de recolección de datos.....	37
3.9 Análisis de datos	38
3.10 Aspectos éticos	38
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
4.1 Resultados.....	40
4.2 Discusión	50
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
5.1 Conclusiones	57
5.2 Recomendaciones	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Factores Sociodemográficos de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia ambulatoria Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, - 2014	41
Tabla 2: Conocimiento, Sobrecarga Laboral y edad influyentes en la Actitud de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins– 2014	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico1: Conocimiento sobre Cáncer Pulmonar de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, - 2014	43
Gráfico2: Conocimiento sobre Cáncer Pulmonar de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar según dimensiones, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014	44
Gráfico 3: Sobrecarga Laboral de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2014	45
Gráfico 4: Sobrecarga Laboral de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar según dimensiones Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2014	46
Gráfico 5: Actitud de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2014	47
Gráfico 6: Actitud de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar según dimensiones Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014	48

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Operacionalización de variables.	71
Anexo 2: Cuestionarios.	77
Anexo 3: Validez del instrumento.	88
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento.	89
Anexo 5: Escala de Valoración del instrumento.	91
Anexo 6: Consentimiento Informado.	92
Anexo 7: Carta de Aprobación del comité de Ética.	95
Anexo 8: Carta de Aprobación por parte de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.	96

RESUMEN

Introducción: El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. Esta condición de conicidad y alto grado de dependencia tanto en el aspecto físico como psicológico de las personas enfermas, demanda más de cuidados en el hogar, el que es asumido generalmente por un cuidador primario. **Objetivo:** Determinar la influencia de los factores: conocimientos, sobrecarga laboral y edad en la actitud del cuidador primario de un paciente con cáncer pulmonar en el servicio de quimioterapia ambulatoria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Agosto del 2014. **Metodología:** estudio cuantitativo, de diseño descriptivo - correlacional, de corte transversal, no probabilístico por conveniencia, ya que se tomó un determinado grupo de población de cuidadores de pacientes con cáncer pulmonar. Siendo un total de 60 cuidadores primarios, la técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario, el primer instrumento fue estructurado por las investigadoras el cual fue sometido a juicio de expertos, el segundo fue el Test de Zarit el cual ya se encuentra validado, ambos fueron sometidos a prueba piloto para obtener su validez y confiabilidad. Para la recolección de datos, se contó con el permiso institucional y consentimiento informado por parte de los sujetos de estudio. El procesamiento y análisis de los datos fueron tabulados en una tabla de Excel 2013 para ser exportada al SPSS versión 21 para la elaboración de tablas y gráficos que respondan a los objetivos de la investigación mediante el uso de la estadística descriptiva e inferencial mediante la prueba del chi-cuadrado. **Resultados:** Los cuidadores primarios tienen en su mayoría edades que oscilan entre 50 a 59 años, pertenecen al género femenino, su estado civil casado/conviviente,

procedentes de Lima, con grado de instrucción superior, de ocupación independiente, parentesco hijo/hija, con número de hijos de 3 a 4 hijos y tiempo de cuidado de 1 a 2 años. Con respecto a los factores en su mayoría se obtuvo: un nivel de conocimiento medio sobre el cáncer pulmonar y una sobrecarga intensa. Los cuidadores primarios en su mayoría manifestaron tener una actitud de rechazo en relación a sus dimensiones: cognitivo, afectivo y conductual.

Conclusiones: El conocimiento, la sobrecarga laboral y la edad influyen significativamente en la actitud del cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar.

Palabras clave: Actitud, cuidador primario, conocimientos, sobrecarga laboral, edad.

SUMMARY

Introduction: Cancer is a public health problem worldwide, and as evidenced by their high rates of incidence and mortality. This condition taper and high dependence on both the physical and psychological aspect of the sick, demand more care at home, which is usually assumed by a primary caregiver. To determine the influence of factors: knowledge, work overload and age in the attitude of the primary caregiver of a patient with lung cancer in the outpatient chemotherapy Edgardo Rebagliati Martins National Hospital in August 2014

Methodology: a quantitative study of design descriptive - correlational, cross-sectional, not probabilístico for convenience, since a certain population group of caregivers of patients with lung cancer was made. Being a total of 60 primary caregivers, the technique was the survey and the instrument the questionnaire, the first instrument was structured by the researchers which was subjected to expert opinion, the second was the Test Zarit which is already validated, both underwent pilot testing for validity and reliability. To collect data, we had institutional permission and informed consent from the study subjects. The processing and analysis of data were tabulated in an Excel 2013 for export to SPSS version 21 for the preparation of charts and graphs that meet the objectives of the research using descriptive and inferential statistics using test chi-square test. Results: The primary caregivers mostly have ages ranging from 50 to 59 years, belonging to the female gender, married / cohabiting, from Lima, with degree of higher education, independent occupation, relationship son / daughter relationship status with number of children of 3-4 children and care time 1-2 years. With respect to factors mostly was obtained: a medium level of knowledge about lung cancer and a greater burden. Primary caregivers reported having mostly an attitude of rejection in relation to its dimensions: cognitive, affective and behavioral. Conclusions: Knowledge, overload and age

significantly influence the attitude of the primary caregiver of a patient with lung cancer.

Keywords: Attitude, primary caregiver, knowledge, work overload, age

INTRODUCCIÓN

La investigación se encuentra acorde a la línea de investigación establecida por la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza: Salud y bienestar de la persona. En la cual, se toma en cuenta a la salud como un valor y un derecho de todo ser humano, que le permita crecer y desarrollarse, cumplir con el rol que le corresponde en la familia, en la sociedad y vivir con plenitud en cualquier etapa de la vida; porque, cuidar de la salud y bienestar de la persona es cuidar de la vida. De allí surge la preocupación de indagar sobre la salud del cuidador primario de un paciente con cáncer pulmonar, partiendo de factores que influyen en la actitud del cuidador primario como el conocimiento, la sobrecarga laboral y la edad con la finalidad de obtener datos actualizados y evidencia científica, dado que el cáncer pulmonar es una enfermedad crónica no trasmisible, que en la actualidad va en aumento y por su incidencia y cronicidad demanda cada vez más de cuidados en el hogar. Este cuidado generalmente es asumido por personas del entorno familiar comúnmente por la esposa (o), hijas (os), nietas (os).

El cuidador principal se convierte en pieza clave del cuidado, tiene que cumplir con una tarea muy difícil, pues además de enfrentar su propia angustia y dolor al ver el sufrimiento del ser querido, debe proveer apoyo emocional, físico y participar en el tratamiento medicamentoso y terapias del enfermo, compartiendo su tiempo entre este cuidado y las actividades rutinarias e incluso las actividades laborales fuera del hogar, lo cual genera deterioro de su propia salud física y mental, muchas veces sólo un miembro de la familia asume la mayor carga, generando una actitud de aceptación o rechazo.

Este papel desgastante que asume el cuidador primario se denomina “Síndrome del Cuidador Primario”, fenómeno que se relaciona directamente con la sobrecarga tanto a nivel físico como emocional, ocasionando problemas de salud. Entonces, si la persona que cuida no goza de bienestar físico y emocional no puede dar una atención de buena calidad, por lo tanto es necesario ayudar a estas personas a mantener su salud e incrementar su conocimiento sobre el cuidado y autocuidado de la salud.

La investigación está estructurada de la siguiente manera:

El primer capítulo corresponde al planteamiento y formulación del problema, se identifican los factores que más influyen en la actitud del cuidador primario de un paciente con cáncer pulmonar, a continuación se señalan los objetivos, seguido por la Justificación donde se fundamenta, se sustenta y se define la realización de trabajo. Por último las limitaciones.

En el segundo capítulo se presenta el Marco Teórico, donde se encuentran los antecedentes internacionales que orientan y amplían la visión en relación a este trabajo de investigación, seguido de la base teórica en la que se fundamenta las variables estudiadas, definición de términos. A continuación están las hipótesis generales y específicas que son una suposición o respuesta

anticipada a la pregunta de investigación, por último las variables del estudio y operacionalización de variables.

En el tercer capítulo se describe la parte metodológica, compuesta por el enfoque de la investigación, tipo y método de la investigación, diseño general, lugar donde se ejecutó la investigación, población, muestra, selección y unidad de análisis, con los respectivos criterios de inclusión y exclusión, así mismo se describe el instrumento y las técnicas de recolección, el procedimiento de recolección de datos, el análisis de datos y los aspectos éticos.

En el cuarto capítulo se muestra los resultados obtenidos en la investigación, seguido de la discusión.

Finalmente en el quinto capítulo se presenta las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó con el estudio.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En el mundo, existe una gran diversidad de enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, que conllevan a trastornos orgánicos funcionales obligando a la modificación de los estilos de vida en el paciente y su familia. Dichas enfermedades son de larga duración y por lo general de progresión lenta; entre estas están las enfermedades cardíacas, el cáncer de todo tipo, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.¹

A nivel mundial, el cáncer es una de las principales causas de muerte; en el 2012 causó 8.2 millones de defunciones, se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán a 22 millones en las próximas dos décadas, alcanzando mayor impacto el cáncer de pulmón (1.59 millones), estómago (400 000), hígado (745 000), colon (694 000) y mama (521 000).²

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2012, informó que entre las enfermedades crónicas, el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, ocupando un porcentaje de 8.2 millones de

defunciones. Los cánceres que causan un número anual de muertes son los de estómago, hígado, pulmón, colon y mama.^{2,3} En el Perú, el cáncer de pulmón ocupa el tercer lugar con un 10.6 por 100 000 defunciones en el 2011.^{4,5}

En el año 2012, la Organización Panamericana de la Salud (OPS).¹² registró que en América existen 2.8 millones de casos nuevos y 1.3 millones de muertes a consecuencia del cáncer. Ocupando en Latinoamérica el tercer lugar y siendo el cáncer de pulmón el responsable de casi 260 200 muertes en el 2012. En el Perú se estimó 30.832 defunciones por cáncer en el 2011, para ese mismo año el cáncer pulmonar tuvo 3 047 defunciones; de los cuales los hombres con 1 712 y las mujeres 1 335 defunciones; con respecto a los datos del registro poblacional de cáncer de Lima Metropolitana estima para el año 2011 fue diagnosticado un total de 3 400 casos nuevos de cáncer.⁴ Según la INEN el cáncer pulmonar ocupa el cuarto lugar como incidencia y el cuarto lugar como mortalidad.³

El paciente con enfermedad crónica, específicamente con cáncer pulmonar, se enfrenta a condiciones de ira, frustración, negación y depresión; por lo tanto, requiere de mucho apoyo familiar para ayudarlo en la adaptación a su nueva situación. Aunque también, el propio sistema familiar se ve afectado a todo nivel, pasando por similares etapas de adaptación con el enfermo. Tarea muy difícil que ha de cumplir la familia; pues ha de enfrentarse a su propia angustia y dolor, ha de proveer de apoyo emocional y cuidado físico a la persona enferma, sin olvidar mantener el funcionamiento cotidiano.^{6,7,8}

Este contexto de enfermedad y muerte ha generado en la familia la demanda de un cuidador en el hogar y en los servicios de salud, que permita

brindar apoyo físico y de tratamiento ante la enfermedad, además; soporte en el aspecto psicológico y social a la persona afectada por enfermedad crónica, en este caso de cáncer pulmonar. De esta forma, el cuidador toma un papel importante en la vida del paciente, considerando que su trabajo consistirá en involucrarse con el paciente en la toma de decisiones y de llevar a cabo los planes tanto como sea posible. Es ahí donde se involucra la familia, aunque, por lo general, sólo uno de ellos asume la mayor carga, denominándose a éste cuidador primario, quién estará expuesto a ciertos factores (personales y ambientales) que lo ayudarán o le dificultarán el ejercicio del cuidado de forma efectiva o no, desarrollando en él una actitud de aceptación o rechazo.⁹

Muchas veces el cuidador primario asume la carga solo, sin requerir ningún tipo de ayuda; ya que cree que tal carga es de gran magnitud y no desea que otro miembro de la familia se vea afectado. Este papel desgastante que asume el cuidador primario se denomina “Síndrome del Cuidador Primario”, fenómeno que se relaciona directamente con la sobrecarga, tanto a nivel físico como emocional.⁶

Barrón y Alvarado.⁶ citan a Uribe; refiere que, el cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, que asume de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. El cáncer terminal genera diversos trastornos en la concepción de la propia familia y por ende en el cuidador, pudiendo ocasionarles problemas de salud, no sólo de tipo físico sino también mental. Por lo tanto, si la persona que cuida no goza de bienestar físico y mental no puede dar una atención de buena calidad.

La OMS¹⁰ refiere que la salud: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades. Por ende; una condición desfavorable de la salud puede afectar la disposición del cuidador primario para brindar un adecuado cuidado.

Torres y Beltrán; citado por Gómez,¹¹ refiere que; la calidad de vida del cuidador dependerá, entre otras cosas, de su propia salud, de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y reconocimiento de sus familiares), de la capacidad de las instituciones para ajustarse a sus necesidades, de la información que tiene sobre la enfermedad de la persona a quien cuida, de la propia tarea de cuidar, de la manera en que enfrenta sus responsabilidades en el cuidado y atención al paciente, de su estilo personal para resolver los problemas que se le presentan durante el desempeño de su tarea, y desde luego, de su capacidad para sobreponerse a los momentos y acontecimientos difíciles y complicados que ocurran en la atención al enfermo; entendiéndose por esto la crisis, recaídas y hasta la muerte del paciente.

También se ven involucrados los conocimientos que pueda tener el cuidador primario sobre la enfermedad y los cuidados que le debe dar a su familiar; por lo cual si carece de éstos no se sentirá preparado y no será capaz de manejar o desempeñar debidamente dicha función, lo que incrementará su agotamiento y lo llevará a dejar de lado sus propias necesidades de salud.⁸ Por consecuencia, sí los cuidadores primarios fuesen capacitados se sentirían más preparados para realizar dicha actividad; de tal manera que si hicieran uso de sus conocimientos sufrirían menos y disminuirían su agotamiento. A estos

factores se une la edad, apareciendo mayor cansancio en personas de edad avanzada, pero cuando se trata de jóvenes aparecen ciertos conflictos para compatibilizar el empleo remunerado con su quehacer cotidiano, pudiendo aparecer estrés, ansiedad o preocupación y una actitud no favorable.¹²

Se decidió abordar este trabajo de investigación, dada la alta incidencia por cáncer en sus diversas formas, manifestaciones y lugares del cuerpo, resaltando que son los denominados “Tumores Malignos” o “Neoplasias Malignas”, cuyas características son la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y llegan a invadir las partes adyacentes del cuerpo propagándose a otros órganos, proceso conocido como metástasis.¹³

1.2 Formulación del problema

¿Cómo influyen los factores; conocimiento, sobrecarga laboral y edad en la actitud del cuidador primario de un paciente con cáncer pulmonar en el servicio de quimioterapia ambulatoria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Agosto del 2014?

1.3 Objetivo

1.3.1 Objetivo general

Determinar la influencia de los factores; conocimientos, sobrecarga laboral y edad en la actitud del cuidador primario de un paciente con cáncer pulmonar en el servicio de quimioterapia ambulatoria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Agosto del 2014.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas del cuidador primario de pacientes con cáncer pulmonar, según edad, género y grado de instrucción.
- Identificar el nivel de conocimiento del cuidador primario sobre la enfermedad y el cuidado en el hogar del paciente con cáncer pulmonar.
- Clasificar la sobrecarga del cuidador primario mediante el test de Zarit.
- Identificar la actitud del cuidador primario según dimensiones: cognoscitiva, afectiva y conductual.
- Identificar la influencia del conocimiento, la sobrecarga laboral y la edad en la actitud del cuidador primario del paciente con cáncer pulmonar.

1.4 Justificación

En las últimas décadas, el cáncer establece un problema de salud pública a nivel mundial, por su alta incidencia y por la discapacidad que produce, en este caso hacemos referencia específicamente al cáncer pulmonar, siendo esta una enfermedad crónica de progresión lenta, que ha generado mayor dependencia en estas personas; por consecuencia necesitan de un cuidador, que muchas veces es el familiar (esposa, madre, hija); el que asume este rol, denominándosele “cuidador primario”; por lo que generalmente llegan a cumplir el papel de enfermera; convirtiéndose en una pieza clave en el cuidado y en el tratamiento; por tanto, el cuidador se caracteriza por ser también un supervisor, porque proporciona un cuidado activo, apoya, participa en la toma de decisiones, identifica las necesidades del paciente y verifica el desarrollo de acciones, como toma de medicamentos, cambios en los hábitos alimenticios,

fomento de la actividad física, visitas rutinarias a los centros asistenciales, realización de exámenes de control; además de motivar y apoyar emocionalmente, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

El impacto que genera esta enfermedad no sólo afecta al paciente, sino a la persona que lo cuida, puesto que la carga que supone dicha atención es elevada, lo cual genera diferentes problemas de salud de este. Es evidente que los cuidadores tienen una interrupción en su propio cuidado, originando una disfunción en su calidad de vida, que debe evaluarse para lograr su propio bienestar, teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar; por eso el cuidador también requiere cuidado, ya que se dedica a cuidar la salud del paciente y deja de lado la propia. De ahí que sea importante reconocer esto para proporcionarles herramientas, cuyo fin es mejorar la capacidad de afrontamiento, evitar el estrés y promover actitud de aceptación ante el cuidado; de tal manera que satisfagan las necesidades del paciente, respondan a la problemática familiar, mantengan su propia salud, fomenten una buena relación con la persona cuidada y brinden un cuidado óptimo y humano.

1.5 Limitaciones

La limitación del estudio está dada por el tipo de muestreo utilizado en la selección de la muestra que es no probabilístico por conveniencia, lo que no permite generalizar o extrapolar los resultados a poblaciones similares solo siendo útiles la población estudiada.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes internacionales

Se realizó la revisión de la literatura a fin de identificar investigaciones que guarden relación con el problema a investigar, encontrándose:

Luengo CE, Araneda G y López M.¹⁶ realizaron una investigación denominado Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. Chillán - Chile. Realizaron un estudio en el año 2010 un estudio cuantitativo, descriptivo analítico, correlacional de corte transversal, con el objetivo de asociar factores del cuidador familiar con el cumplimiento de los cuidados del usuario postrado; la población estuvo constituida por 98 cuidadores familiares pertenecientes a Centros de Salud de Chillán-Chile. Utilizaron como Instrumentos, se aplicaron tres cuestionarios: “Determinación del cumplimiento de los cuidados básicos que deben ser otorgados al usuario Postrado”, “Sobrecarga del Cuidador (Zarit)”, “Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg”. Los resultados, se determinó que la mayoría de los cuidadores familiares de usuarios postrados cumplen moderadamente los cuidados básicos que necesita el paciente, presentan una

sobrecarga intensa y existe evidencia para afirmar que los factores del cuidador familiar que influye en el cumplimiento de los cuidados básicos son: Edad, escolaridad, tiempo a cargo del paciente y enfermedades crónicas no transmisibles sin síntomas de ansiedad.

Guerra V.¹⁷ con su estudio Influencia de la formación de los cuidadores principales en la mejora de la asistencia a pacientes terminales en domicilio. Santa Cruz - España. Realizaron un estudio en el año 2003 de tipo descriptivo, prospectivo, longitudinal; con el objetivo de valorar el impacto que la formación de los cuidadores principales tiene sobre la atención de los pacientes oncológicos terminales, controlados por la unidad de cuidados paliativos del Hospital General de Gran Canaria; la población estuvo constituida por 65 cuidadores principales; utilizó el instrumento cuestionario y entrevista. Los resultados mostraron 49% del déficit de conocimientos que presenta el cuidador principal en el momento de manejar los síntomas de los pacientes terminales.

Sánchez Y y Gásperi R.¹⁸ con su estudio Perfil del cuidador informal y nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos domiciliarios de pacientes en estado terminal. México. Realizaron en el año 2012, un estudio de diseño de investigación de campo descriptivo en la modalidad de proyecto factible, con sus tres fases: diagnóstica, el análisis de la factibilidad y el diseño de la propuesta educativa para los cuidadores informales, con el objetivo conocer las características de los cuidadores informales de pacientes terminales y su nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos; la población estuvo conformada por 79 cuidadores informales de enfermos con patología en estado terminal; el instrumento utilizado fue el cuestionario. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos es deficiente.

Yonte F, Urién Z, Gutiérrez MM y Montero MR.¹⁹ realizaron un estudio denominado Sobrecarga del Cuidador primario. Avila – España. Realizaron un estudio en el año 2010 de diseño observacional descriptivo transversal, con el objetivo de identificar el nivel de sobrecarga del cuidador principal, conocer el perfil de los cuidadores informales y de los pacientes dependientes; ayudas recibidas y la influencia del deterioro mental y los años de evolución de la dependencia en el nivel de sobrecarga del cuidador; la población estuvo constituida por 50 cuidadores, 25 en la zona básica de salud de las Navas del Marqués y otras 25 en la zona de Gredos. Los resultados refirieron que el 86% de los cuidadores eran mujeres, de edad media, hija/o del dependiente, casados, con estudios primarios, sin trabajo fuera del hogar, con una dedicación media al cuidado de 17 horas al día y con 2 horas libres al día. El 64% contó con ayudas familiares y desearían recibir ayuda económica 68%. El 62% de los cuidadores percibieron sobrecarga, de los cuales 34% sobrecarga leve y el 28% sobrecarga intensa y un 38% no percibieron sobrecarga.

Flores E, Ribas E y Seguel F.²⁰ con el estudio Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Temuco – Chile. Realizaron en el año 2012 un estudio de corte transversal, correlacional y predictivo, con el objetivo de determinar el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol, en el cuidador familiar de adulto con dependencia severa y su relación con características sociodemográficas; la población estuvo conformada por 67 cuidadores familiares adscritos a programas de postrados; el instrumento utilizado fue escala de Zarit y encuesta socio demográfica. Los resultados mostraron los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, de edad 58, condición socio económica baja, escolaridad media

incompleta, llevan 1 – 5 años cuidando. Más de la mitad presentan sobrecarga intensa.

Moreno MA y Mateos MJ.²¹ con el estudio Agresividad de familiares cuidadores de enfermos oncológicos hospitalizados. Madrid - España. Realizaron en el año 2004 un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de conocer la relación entre sobrecarga de familiares y agresividad, su capacidad predictiva, factores asociados y valorar soluciones; la población estuvo conformada por 70 familiares acompañantes de enfermos oncológicos hospitalizados; el instrumento utilizado fue la escala de Zarit, una escala tipo Likert sobre agresividad de familiares cuidadores y una propuesta de soluciones. Los resultados mostraron que la sobrecarga se encontró en un 62,5%. La correlación con la sobrecarga fue significativa. Las soluciones más adecuadas fueron aumentar el personal sanitario y reducir el número de camas. La más inadecuada poner denuncias. La agresividad de familiares sobrecargados fue mayor para cada una de las soluciones propuestas en el estudio.

2.2 Antecedentes nacionales

López JJ.²² Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Realizo en el año 2013. Lima - Perú, un estudio cuantitativo, método observacional y diseño descriptivo, con el objetivo de 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.E; población constituida por 52 cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas que

acuden al H.N.G.A.E. Utilizó como instrumento, test de índice de Barthel (Grado de dependencia del adulto mayor cuidado), cuestionario SF-36 (calidad de vida) y escala de Zarit (sobrecarga laboral). En los resultados, se determinó que 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.

2.3 Base teórica

- **Cáncer**

Es un conjunto de enfermedades, en las cuales el organismo produce células anormales derivadas de los propios tejidos, que pueden comportarse de diferentes modos, pero que en general tienden a llevar a la muerte si el sujeto no recibe un tratamiento adecuado. Las células cancerígenas o cancerosas, cuya malignidad es variable según órganos y sistemas, invaden de forma progresiva y por distintas vías órganos próximos o incluso a distancia por vía linfática o hematogena con invasión del tejido circundante y a veces, metástasis. La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea de las células del cáncer y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis.²³

- **Cáncer de Pulmón**

Consiste en un crecimiento anormal de las células del pulmón. La enfermedad se produce habitualmente en las paredes internas de los bronquios, al crecer puede obstruir el paso del aire y alterar la respiración. Por

este motivo, produce generalmente falta de aire, ahogo y fatiga. Existen dos tipos principales de cáncer de pulmón: el cáncer de células pequeñas o microcítico y el cáncer de células no pequeñas (no microcítico o broncogénico)^{24, 25,26}

- **Factores de Riesgo del Cáncer de Pulmón**

Existen varias causas del cáncer de pulmón y la mayoría están relacionadas con el hábito de fumar, el humo secundario del cigarrillo, el radón, otras sustancias (asbesto, arsénico, emisiones de diésel, entre otros), antecedentes familiares, radioterapia en el tórax, alimentación inadecuada.^{27, 28}

- **Tratamiento del Cáncer de Pulmón**

El tratamiento depende de una serie de factores, incluyendo el tipo de cáncer de pulmón (de células pequeñas o no pequeñas), del tamaño, sitio y extensión del tumor y de la salud general del paciente. Se pueden usar muchos tratamientos diferentes y combinaciones de tratamientos para controlar el cáncer de pulmón o para mejorar la calidad de vida al reducir los síntomas, entre ellos:²⁹

- Cirugía
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Terapia fotodinámica

- **Cuidado**

Es la esencia humana del ser. Se reconoce que los seres humanos requieren de mayor cuidado para desarrollarse durante la infancia y durante las

etapas adultas de la tercera edad, cuando se evidencia dependencia para realizar actividades diarias, tanto de tipo físico-social como mental.³⁰

Nos hacen mención al proceso de cuidar como la forma que se debe dar o como este debe establecerse. La cuidadora debe estar sensibilizada y habilitada para ayudar y apoyar durante estas circunstancias vulnerables, en este sentido, el cuidado tiene un punto de máxima importancia; pues los esfuerzos de buscar la restauración van más allá de lo físico. Representan apoyo y permiten que la persona cuidada sea sí mismo, en su propia especificidad y singularidad. La cuidadora busca en este último análisis, mantener la integridad del ser vulnerable, independiente de su condición, sea esta de cura, alivio o fase terminal. La ayuda se manifiesta al tratar el sufrimiento, la incapacidad y la limitación, o aún para apoyar los estados de miedo y ansiedad, entre otras condiciones.³⁰

Se verifica que el cuidado, a pesar de ser necesario en todas las fases de vida y en todos los tipos de vida en el planeta, es fundamental cuando existe la vulnerabilidad. La compulsión para cuidar aparece siempre e inmediatamente luego de que otro ser se encuentre en estado vulnerable. El paciente por la enfermedad, es un ser vulnerable. La hospitalización agrava este estado, facilitando el cuidado como ya se ha mencionado. Durante el proceso de cuidar, el encuentro entre el ser que cuida y el ser cuidado es de gran relevancia; pues dependiendo de cómo es indicada esta relación, la experiencia puede volverse menos traumática.³⁰

- **Cuidador**

Es aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.¹⁶

El cuidador surge a raíz de la existencia del envejecimiento de las sociedades, fenómeno más concurrente entre los países desarrollados y la creciente importancia de las enfermedades crónicas invalidantes, plantean la necesidad de abordar la problemática relacionada con el cuidado y la atención de las personas dependientes, dónde estos cuidados se realizan en gran medida en el seno de la familia.^{16, 31}

Para Reyes L, las enfermedades crónicas degenerativas, hacen referencia a trastornos orgánicos funcionales que obligan a modificar el modo de vida del paciente, afectando todos los aspectos de su vida y la de su familia.⁹

La familia tiene que tomar decisiones muy importantes y difíciles, reorganizarse, replantear expectativas y adecuar sus metas y objetivos a la situación, ya que el tratamiento de un enfermo crónico degenerativo no sólo involucra a éste, sino también de forma fundamental a los demás integrantes de la familia.^{9,3} En estas situaciones de enfermedades crónicas degenerativas, como lo es el cáncer, el paciente va a requerir de cuidado diario y a largo plazo por parte del familiar, aun si ese cuidado se asumiese de manera voluntaria, conllevará a riesgos para la salud de la persona quién lo realiza, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. Por tanto, la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede

ocasionarles problemas de salud no sólo de tipo físico sino también de tipo mental.⁹

Tipos de Cuidadores

Existen dos tipos de cuidadores: formal e informal.

- **Cuidador Primario o Informal**

Se habla de cuidador informal de aquellas personas que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios, esta tarea es mayormente el apoyo ofrecido por miembros de la red familiar inmediata; pero la distribución del rol de cuidador no es homogénea en las familias.³²

Se puede decir; que el perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa por lo general, madre, hija o esposa y que convive con la persona a la que cuida.³² Un cuidador primario es también aquella persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo. Es el que pone en marcha la solidaridad con él que sufre y él que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo, conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.³³

- **Cuidador secundario o Formal**

Este término se emplea sólo a los cuidadores que han recibido capacitación específica y no pertenecen a las familias de la persona

dependiente, correspondiendo entonces a un tipo especial de cuidadores formales: los capacitados a través de una formación teórico – práctica para la atención directa y continuada en diversos ámbitos. Este grupo de los profesionales sanitarios se diferencian en características que resultan fundamentales para entender el impacto que la situación del cuidado puede tener en ellos.³⁴ Por otro lado es también toda aquella persona que cuida en forma directa en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio monetario por su trabajo.^{31, 35}

- **Sintomatología del cuidador**

- Complicaciones físicas: Dolores crónicos, cefaleas tensionales, fatiga crónica, trastornos digestivos (dispepsias), pérdida o incremento de peso corporal, infecciones virales a repetición (ejemplos: gripes) por inmunodepresión, úlcera gastrointestinal, quejas somáticas: dolor crónico del aparato locomotor, astenia (sensación generalizada de cansancio, fatiga, debilidad física y psíquica), alteración del ciclo del sueño-vigilia, deterioro de la función inmune, mayor predisposición a úlcera péptica, patología cardiovascular, entre otras.³⁵

- Complicaciones mentales o emocionales: ansiedad, estrés, Depresión, insomnio, falta de energía, sentimientos de pérdida de control, sentimientos de culpa, aparición de excesivo uso del cinismo y o sarcasmo, sobre involucración con el paciente, insomnio, alta tasa de automedicación (psicofármacos y analgésicos).^{35, 36}

- Conflictos socio-familiares: problemas familiares, conflictos laborales, altercados con sus mismos compañeros o con los mismos asilados, aislamiento

social, disminución de las actividades de ocio y recreación, dificultades económicas.³⁵

- **Generalidades sobre el conocimiento**

Concepto

Navarro et al ³⁷ cita a La Real Academia Española, define el conocimiento como la acción y efecto de conocer; el sentido de cada una de las capacidades que tiene el individuo de percibir, por medio de sus sentidos corporales, las impresiones de los objetos externos, conocimiento es todo aquello capaz de ser adquirido por una persona en el subconsciente. También cita a Mario Bunge, define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”. La misma autora desde el punto de vista filosófico, cita a Salazar Bondy, define el conocimiento como el acto y contenido. Dice que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico”

Clases de conocimiento

El conocimiento es producto de procesos mentales que parten de la percepción, el razonamiento o la intuición.³⁸

- Conocimiento empírico o vulgar.- surge de la práctica cotidiana del ser humano, por azar, sin un procedimiento ordenado y se forma históricamente junto a la actividad laboral de los hombres. Por su naturaleza, el conocimiento vulgar apunta a resolver aquel cúmulo de problemas de orden esencialmente práctico, vale decir, da solución a problemas inmediatos y que exigen una rápida respuesta. En este sentido, los problemas que solucionan son generalmente simples, no piden una gran teorización ni reflexión se vale para resolver sus dificultades de los medios que poseen al alcance de la mano y que signifiquen la mayor economía de trabajo posible.³⁸

- Conocimiento científico.- Es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes.

- **Sobrecarga Laboral del Cuidador**

La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados.³⁹

La responsabilidad de cuidar supone una elevada dedicación en el tiempo para las cuidadoras, pero el “coste” de cuidar es mucho más amplio que

el resultado de sumar las horas dedicadas a determinadas tareas, la vida de la cuidadora principal se ve condicionada por su papel.⁴⁰

En el ámbito del cuidado informal, el término “sobrecarga” se ha usado con mucha frecuencia desde la década de los ochenta en referencia al impacto que tiene cuidar a una persona mayor. A pesar de ello, no existe homogeneidad en cuanto al significado y uso de este concepto.⁴⁰

La sobrecarga en relación con el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien, mientras que Zarit la define como el grado en que las cuidadoras perciben que su salud, su vida social, personal y su situación económica cambian por el hecho de cuidar a alguien. Esta última definición es la que en nuestros días tiene más asociación, de manera que actualmente se suele aceptar que la sobrecarga es la percepción que la cuidadora tiene acerca del modo en que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida.⁴⁰

También las características de la persona cuidadora se han analizado para explicar los niveles diferenciales de sobrecarga. En relación con la sobrecarga subjetiva, son características relevantes el género, la edad y el estilo personal de afrontamiento. Garcia et al ⁴⁰ mencionan que diferentes estudios muestran que las mujeres cuidadoras presentan casi dos veces más sobrecarga que los hombres cuidadores, hecho que sugiere modelos diferentes de adopción del rol de cuidador entre hombres y mujeres. Otros autores señalan que cuando las mujeres son las únicas responsables de cuidar pueden experimentar sentimientos de culpa por “no cuidar lo suficiente”. Las cuidadoras más jóvenes muestran niveles de sobrecarga más altos que las de más edad, tal vez porque reciben un mayor coste de oportunidad asociado a cuidar,

relacionado, por ejemplo, con los conflictos para compatibilizar empleo y cuidados. Finalmente otra variable clave es el apoyo social a la cuidadora principal, como factor que protege de la percepción de sobrecarga.^{11, 40}

Categorías de sobrecarga

- Sobrecarga física.- En esta categoría se destacaron el agotamiento físico, proveniente de las acciones de cuidar, y las dificultades de cuidar en el domicilio. El esfuerzo continuo requerido en el proceso de cuidar, asociado a las características demográficas y a las responsabilidades sociales y familiares, son factores que conducen al deterioro físico del cuidador.⁸

- Agotamiento físico.- A medida que el paciente se vuelve dependiente por el progreso de la enfermedad y debilidad física, el cuidador pasa a asumir actividades relacionadas a la atención de sus necesidades fisiológicas como nutrición, higiene y comodidad. Al principio, esas actividades son razonablemente toleradas, pero luego de un periodo de tiempo ellas sobrecargan los quehaceres diarios del cuidador y provocan el desgaste físico.⁸

• Generalidades sobre actitudes

Reyes⁹ Refiere que. “La familia también se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar enfermo”, lo que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidador, que en la mayoría de las ocasiones son mujeres (madre, hija o hermana), quienes a la vez se vuelven vulnerables física y emocionalmente.

Se determina la actitud como forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetos y metas.^{40, 41}

Navarro et al³⁷ menciona a La Real Academia Española la cual refiere que existe tres definiciones de la palabra actitud: la actitud es la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo (por ejemplo, una actitud amenazadora), las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: de un cuerpo humano (cuando expresa algo con eficacia o cuando es determinada por los movimientos del ánimo) o de un animal (cuando llama la atención por algún motivo).

Aigner⁴³ con relación a la actitud cita a Milton Rokeach, es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada.

Al respecto el psicólogo Canales,⁴⁴ define a la actitud como: “toda predisposición de respuesta hacia la situación o un estímulo, producto de una experiencia de aprendizaje sustentada en alguna estructura cognoscitiva (mito, creencia, valor, prejuicios, entre otros).

Maure⁴⁵ con relación a la actitud menciona a Gordon Allport, expresó como un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas

que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación. Es una tendencia de reacción que modificamos de acuerdo a nuestro estado de ánimo y que tiene enormes consecuencias en los resultados de nuestras jugadas. Podemos tener una actitud positiva, guerrera, optimista, depresiva, resignada, entre otros.

Los autores Rokeach, Canales y Allport, coinciden que: la actitud es una predisposición a la respuesta hacia una situación o estímulo producto de la experiencia.^{43,44,45} Otros autores definen la actitud como:

Barrera⁴⁶ expone que: Las actitudes raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se entiende por actitud una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. La actitud (preámbulo para ejercer una conducta), se puede encontrar varios elementos, como, las emociones que son ingredientes normales en las actitudes. Todos tenemos determinadas “actitudes” ante los objetos que conocemos y experimentamos sentimientos positivos o negativos, una vez formada la actitud es muy difícil que se modifique, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios que se remitan a la familia de origen.

Burques⁴⁷ citando a Eysenck, que la actitud es: “una disposición evaluada relativamente duradera hacia un objeto de vista relativamente constante con respecto a una cosa ya sea favorable, desfavorable o natural”. El mismo autor, citando a Fredman y Smith, expresa que: “Es una colección de cogniciones, creencias, opiniones y hechos (conocimientos) incluyendo las

evaluaciones (sentimientos, positivos y negativos) todos relacionados y describiendo un tema u objeto.

Entonces exponemos que las actitudes son predisposiciones propias del individuo que va a conllevarlo a tener una cierta reacción frente a diferentes situaciones de aceptación o de rechazo a las cuales van a influir en el estado emocional; por tanto la actitud de respuesta de un individuo tiene mucho que ver con las experiencias vividas y con los conocimientos que el sujeto ha de tener.⁴⁷

Estructura de las Actitudes. Las actitudes están compuestas por tres elementos o componentes básicos:⁴⁶

- Elemento Cognoscitivo (lo que piensa).- esta consiste en las creencias sobre un objeto incluyendo creencias de evaluación; por ejemplo bueno, malo, apropiado e inapropiado.

El hombre conoce al objeto por este componente, permitiendo se forme una representación cognoscitiva partiendo de esta forma una determinada posición frente al objeto, conociéndolo como selectividad, producto mismo de las ideas, creencias, concepciones que el sujeto tiene respecto a tal o cual cosa.

- Elemento Afectivo (lo que siente).- es el componente de mayor importancia de una actitud; se le toma la respuesta emotiva que va asociado con una teoría cognoscitiva a un objeto de la actitud; este componente surge a través

de una serie de procesos de asociación (condicionamiento) entre los estímulos de algunos efectos recompensantes o de castigo.

Está constituido por todos los sentimientos y emociones que objeto genera en el sujeto, dándole lo que se conoce como carácter motivacional de las actitudes, producto de las experiencias pasadas tenidas como el de mayor relevancia, en tanto que está referido a la intensidad con la que se manifiesta la actitud del individuo.

- Elemento Conductual (la tendencia a manifestar sentimientos y emociones).- la conducta es la acción manifestada de un individuo, cuya base es la actitud, que incluye el acto o la conducta que se dedicara un individuo en presencia de ciertos estímulos. Se dice que es el componente activo, que obliga al sujeto a actuar en determinadas direcciones. A este componente también se le denomina como “tendencia a la acción”; entonces el componente es una predisposición conductual que tiene un individuo hacia el objeto de la actitud categorizando y evaluando positiva o negativamente.⁴⁶

Características de las Actitudes

Barrera,⁴⁶ citando a Whittaker, expone que las actitudes presentan las siguientes características:

- Aprendidas.- Ya que se forman a través de la experiencia y el aprendizaje, representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas, pueden ser voluntarios o involuntarios, consistentes o inconsistentes o sea, producto de las experiencias en un determinado ambiente social y cultural.

- **Relativamente Estables.**- En tanto no son transitorias las actitudes, sino que una vez formadas se vigorizan y perduran en el sujeto o simplemente se modifican- relativamente estables. En tanto no son transitorias las actitudes, sino que una vez formadas se vigorizan y perduran en el sujeto o simplemente se modifican. Es decir, no están sujetas a fluctuaciones momentáneas, lo cual no quiere decir que no pueden ser modificable.
- **Implican relación entre objeto y sujetos.**- Son posiciones permanentes de alguien (sujeto) hacia algo o contra algo específico (objeto). Cumple un papel importante vinculado el sujeto con los objetos de la realidad y son susceptibles de un pequeño número de objetos o un gran número de ellos, modificación o sustitución de la variable.
- **Pueden referirse a un objeto.**- Las actitudes presentan una vinculación entre si constituyendo conjuntos consistentes o sin contraindicaciones, aquí se toma el “objeto” de un modo general, es decir, como aquello a que dirige la conciencia.
- **Tienen propiedades Motivadoras Afectivas.**- Las actitudes pueden ser muy fuertes negativas pasando por todos los grados inmediatos. A medida que las actitudes se hacen las extras, tienden a ser sostenidas con mayor intensidad.¹⁸

Factores que influyen en la formación de actitudes

Burgués expone que los factores se clasifican en:

- Intrínsecos o personales.- Referidos a los aspectos inherentes a las personas o partes de estas, por ejemplo la edad, la educación, la personalidad, las habilidades, la capacidad o aptitudes hacia algo.
- Extrínsecos.- Relacionados con el contexto social, cultural y político, por ejemplo la familia, los padres, el ambiente en que se desempeña sus labores ya sea de trabajo de estudios, la comunicación que puede ser formal o informal. ⁴⁷

Tipos de Actitudes

Barrera,⁴⁶ citando a Whittaker, menciona tres tipos de actitudes, las cuales se presentan a continuación:

- Actitud de aceptación.- Cuando la actitud es positiva y se organiza la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación. En sentido de comprensión viene a ser la predisposición para la comunicación y para la interacción humana positiva. La actitud de comprensión recíproca es condicionalmente innecesaria para el establecimiento de una intercomunicación cabal, siendo posible la aceptación y la adhesión del grupo para fines comunes orientados por la prudencia, el respeto de la dignidad de las personas y el conocimiento de las reglas formales de interacción humana reconocidas por el grupo como corrector.
- Actitud de Rechazo.- Cuando una actitud es negativa, se presenta el recelo que aleja a las personas que predisponen contra la suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismos de defensa con que responde la

persona que se encuentra en tensión. Ante estas actitudes se presentan mecanismos tales como:

- *Mecanismos de defensa*; que se utilizan generalmente para anticipar y detener la ansiedad provocada por un estímulo frustrante. Si el estado de frustración se prolonga la ansiedad es permanente, modificando la conducta de la persona y alterado su pensamiento y su acción. Esta conducta modificada será representada por la persona mediante rasgos psicológicos específicos que determina la actitud de rechazo. Es así que en la negación la persona no admite conscientemente ante sí la existencia de un hecho doloroso y constante y actuando como sentimientos de evasión y pretextando motivos de poca importancia.

- *El aislamiento*; se produce cuando el efecto asociado con la idea frustrante es bloqueado. La persona que usa el aislamiento puede admitir intelectualmente sentimientos frustrantes e inaceptables pero se aísla para no experimentar emocionalmente dichos sentimientos. La separación puede ser física, mental y/o emocional, porque el no percibir objetivamente un estímulo frustrante evita la ansiedad por lo que la persona tiende a aislarse para mantener su equilibrio psicoemocional.

- Actitud de indecisión o indiferencia.- Es la predisposición aún no definida que traduce ambivalencia entre la aceptación y el rechazo.

Teóricas de Enfermería

- **Madeleine Leininger**

Define la práctica del cuidar como un fenómeno de asistencia, apoyo o facilitación a otro individuo con necesidades anticipadas o evidentes, con el objetivo de mejorar la condición humana o del estilo de vida. Afirma que existe una diversidad del significado de los patrones, valores o símbolos que envuelven el cuidado, representaciones presentes en la esfera cultural que determinan las acciones y decisiones relacionadas con el cuidado.⁴⁸

- **Vera Regina Waldow**

Expresa que el conocimiento del paciente permite identificar y entender sus reacciones más rápidamente. Así será un factor de gran importancia si estos están disponibles no sólo para el paciente, sino también para su familia. La familia bien informada, bien cuidada y apoyada brindará un gran apoyo durante el cuidado.³⁰

Por consiguiente el cuidar de sí parte del principio de que para cuidar de otro es fundamental que se cuide de sí, es decir, en una dimensión sujeto-self. Este cuidar de sí incluye; el conocimiento de sí, de sus potencialidades, necesidades y limitaciones. Ese conocimiento favorece una mejor autoestima, confianza en sí y en la vida. Por lo que waldow sugiere: Ser capaz de expresar comportamientos de cuidar (solidaridad, amor, compasión); desarrollar estilo de vida que incluya prácticas de cuidar y estos pueden comprender alimentación adecuada, ejercicios físicos, exámenes médicos periódicos, meditación, prácticas de relajamiento, entre otras actividades. De esa forma el cuidado pasa a ser existencial y pasa a ser sentido, practicado, vivido.⁴⁹

- **Dorothy E. Johnson**

Concibe a la persona como un sistema conductual con formas de comportamiento marcadas por un modelo, repetitivas e intencionadas, que lo vinculan con el entorno. Los modelos de respuesta específicos de cada persona forman un todo organizado e integrado. Una persona es un sistema compuesto por partes interdependientes que requiere labores de regulación y ajuste para mantener un equilibrio. Presupone también que un sistema conductual es fundamental para el individuo, y cuando alguna fuerza poderosa y una menor resistencia perturban el equilibrio del sistema conductual la integridad del individuo se ve amenazada. Los intentos de una persona para recuperar el equilibrio puede requerir de un consumo de energía extraordinario que provoca después un agotamiento de la misma que impide apoyar los procesos biológicos y recuperarse.⁴⁸

Señala también que la tensión produce cambios de comportamiento y que la manifestación de la tensión en una persona depende de factores tanto externos como internos; producto de ello se genera estrés, proceso en el que intervienen muchos estímulos y las defensas que se desencadenan ante ellos. Los estímulos pueden ser positivos cuando están presentes, o negativos cuando se siente la ausencia de algo necesario o deseado. Por tanto el cuidador primario se verá afectado por factores tanto externos como internos que le generarán un desequilibrio en su sistema.⁴⁸

- **Nola Pender**

Nos habla de generar conductas promotoras de salud, donde nos dice que estas surgen de la interacción de los factores cognitivos perceptuales y de los factores modificantes. Entre los factores cognoscitivos están:

definición de la salud, estado de la salud, control de la salud e importancia de la salud. Y en los factores modificantes se encuentran: características demográficas, biológicas, psicológicas, influencias interpersonales y factores situacionales conductuales.⁴⁸

- **Taylor**

Entiende a la familia desde tres perspectivas:

- ✓ Como un factor, que junto con otros condicionantes básicos, influye directamente en necesidades de cuidados de sus miembros, la capacidad y responsabilidad de estos de satisfacer dichas necesidades.
- ✓ Como un contexto en el que frecuentemente se proporcionan cuidado a un miembro dependiente.
- ✓ Como una entidad global que puede, en determinadas circunstancias, necesitar cuidados enfermeros transformándose en “una unidad de cuidados”.

Desde este punto de vista la familia se considera un centro de interés en si misma; un sistema en la cual se produce una intensa y duradera interacción entre los componentes que se pone de manifiesto en materia de autocuidado; constituye una fuente de apoyo social inmediato para sus miembros, aunque debido a los cambios socioculturales que está sufriendo, es necesario ser cuidadoso ya que no todas las familias pueden proporcionar apoyo eficaz.⁵⁰

2.4 Definición de términos

- **Cuidador primario:** reconocido también como cuidador informal o familiar. Persona no remunerada que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales del paciente con cáncer pulmonar.

- **Factores Sociodemográfico:** Edad, género, grado de instrucción, lugar de procedencia, del cuidador primario.

- **Conocimiento:** Hechos o datos de información adquiridos por el cuidador primario a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad.

- **Sobrecarga laboral:** Es el efecto de desgaste que se produce en el cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar, debido a la responsabilidad que origina la prestación de cuidados continuos y agotadores, provocándole una serie de cambios y alteraciones en el bienestar físico, mental y socioeconómico.

- **Actitud:** Es el comportamiento que emplea el cuidador primario para hacer las cosas, es decir es la forma de ser o comportamiento del actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social del carácter.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

Los conocimientos, la sobrecarga laboral y la edad influyen en la actitud del cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar en el servicio de quimioterapia ambulatoria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Agosto del 2014.

2.5.2 Hipótesis específicas

- El nivel de conocimiento del cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar sobre la enfermedad y el cuidado en el hogar del paciente con cáncer pulmonar es medio.
- La sobrecarga del cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar se encuentra en el nivel de sobrecarga intensa.
- La actitud del cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar según dimensiones: cognoscitiva, afectiva y conductual es de rechazo.
- El conocimiento, la sobrecarga laboral y la edad influyen significativamente en la actitud del cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar.

2.6 Variables

- Factores
- Actitud del cuidador

2.7 Operacionalización de variables (Anexo 1)

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

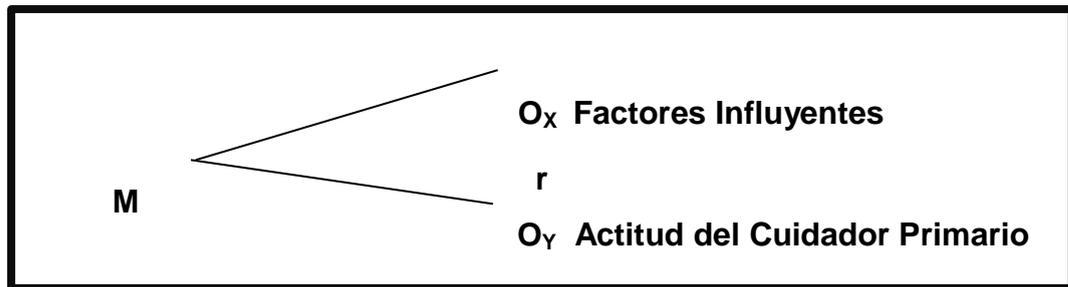
3.1 Enfoque de la investigación

La investigación es un estudio de enfoque cuantitativo, debido a que los datos obtenidos fueron medidos numéricamente, a través de procedimientos estadísticos de procesamiento de datos.

3.2 Tipos y métodos de la investigación

La investigación es de tipo correlacional, porque determina el grado de relación que existe entre las variables, factores (conocimiento, sobrecarga laboral, edad) y actitud del cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar, determinando la causa – efecto de las interacciones entre variables. De corte Transversal, porque se estudian las variables en un momento determinado.

3.3 Diseño de la Investigación



M = Muestra

O_x= factores influyentes

r = relación

O_y = actitud del cuidador primario

3.4 Lugar de ejecución de la Investigación

La investigación se realizó en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el servicio de Oncología – Quimioterapia Ambulatoria. Dicha institución está ubicada en el distrito de Jesús María y pertenece a ESSALUD, brindando servicio en el IV nivel de atención.

3.5 Población, muestra, selección y unidad de análisis

Se tomó como referencia una población trimestral de 180 cuidadores primarios. Determinándose para el estudio una muestra de 60 cuidadores primarios por mes, considerando como la Unidad de Muestreo y Análisis a los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, quienes fueron seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia ambulatoria.
- Cuidadores primarios que guarden relación familiar con el paciente oncológico.
- Cuidadores que comprenden el lenguaje castellano.
- Cuidadores primarios mayores de 18 años de edad de ambos géneros.
- Aceptación voluntaria y firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Familiares de pacientes con diagnóstico distinto al oncológico.
- Cuidadores primarios que tengan estudios técnicos o universitarios en ciencias de la salud

3.7 Instrumento y técnicas de recolección

Se utilizó como instrumento el cuestionario y como técnica la encuesta.

El cuestionario está constituido de las siguientes partes:

La primera parte corresponde a preguntas relacionadas a la parte socio-demográfica (8 ítems), las cuales fueron elaboradas con la finalidad de obtener los datos referidos a la edad, género, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, parentesco con el paciente, número de hijos.

La segunda parte del cuestionario se elaboró para realizar la medición del conocimiento sobre la enfermedad y cuidados en el hogar del paciente

oncológico (14 ítems), el cual fue sometido a confiabilidad de instrumento con KR-20 ($r = 0.793$).

La tercera parte del cuestionario se elaboró para realizar la medición de la actitud del cuidador primario con sus tres dimensiones; cognitivo, afectivo y conductual (24 ítems), el cual fue sometido a confiabilidad de instrumento con Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.789$)

La cuarta parte del instrumento es una encuesta que sirve para medir la sobrecarga del cuidador primario denominada la Escala de Zarit, la cual consta de 22 ítems, utiliza un formato de respuestas con alternativas de tipo Likert siendo: Nunca, Rara vez, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre; permitiendo que el participante pudiera escoger la alternativa que consideró conveniente.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó previamente el permiso respectivo a la institución a investigar, mediante una carta (Anexo 7) dirigida a la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, adjuntándose el resumen de la investigación.

Una vez formalizada la autorización, se coordinó con la enfermera encargada del área de investigación para que informe a la Enfermera jefe del Departamento de Oncología Quimioterapia Ambulatoria sobre el cronograma de los días en los cuales se haría la recolección la recolección de datos por las propias investigadoras mediante la entrega de una hoja de consentimiento informado (Anexo 6), donde se les brindó información básica sobre la

importancia de brindar un cuidado optimo a su familiar enfermo, después se les entregó el cuestionario (Anexo 2) referente al trabajo de investigación con un tiempo de 15 a 20 minutos, se aplicó el instrumento por grupos en el mes de Agosto, en el cual sólo se encuestó a 60 cuidadores de pacientes con cáncer pulmonar.

3.9 Análisis de datos

Para la realización del análisis de datos se procedió a asignar códigos a las respuestas de cada pregunta, para luego ser tabuladas de manera electrónica y generar una base de datos en Excel 2013 para ser exportada al SPSS versión 21 para la elaboración de tablas y gráficos que respondan a los objetivos de la investigación mediante el uso de la estadística descriptiva e inferencial mediante la prueba del chi-cuadrado para comprobar la relación entre las variables estudiadas.

3.10 Aspectos éticos

El estudio fue sometido a evaluación del Comité de Investigación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, siendo aprobado con el oficio N°894 (Anexo 8) durante el estudio se respetó al cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar. Se consideró todos los aspectos bioéticos, basados en los códigos internacionales y nacionales; con base en 4 principios fundamentales: Justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía; así como en anonimato y confidencia, opción de participación e información; orientándose a la práctica del valor.

Se resaltó que los datos recolectados en el estudio serán utilizados sólo para el objetivo del estudio. Se hizo uso del consentimiento informado para llevar a cabo la recolección de datos.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

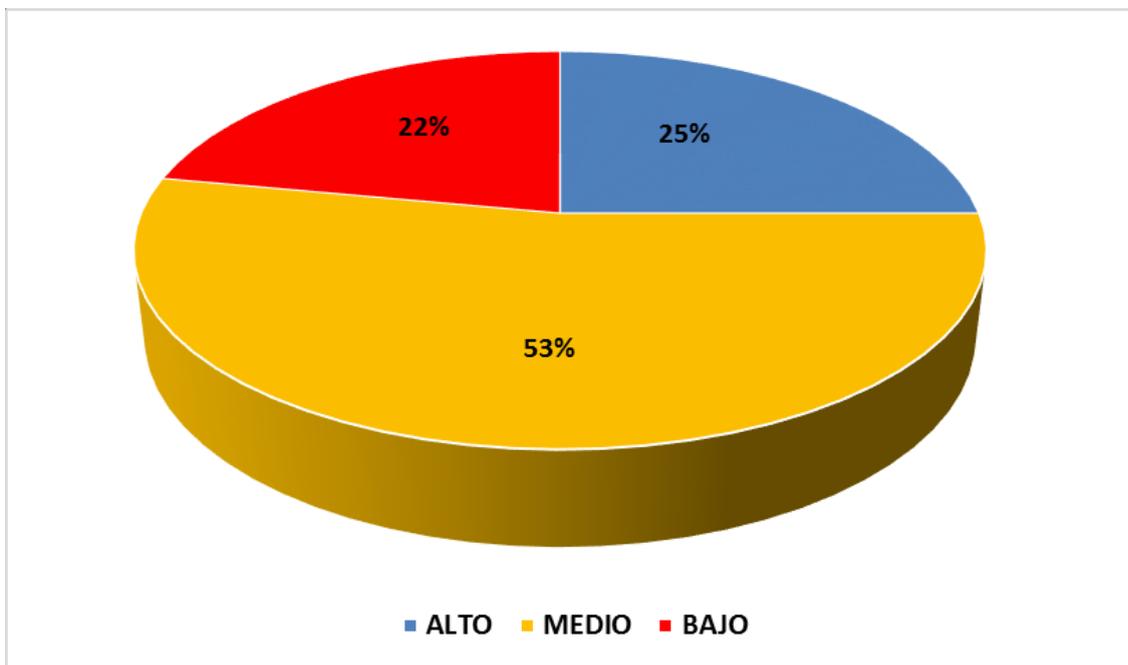
A continuación se presentará los resultados por medio de las tablas y gráficos.

Tabla 1: Factores Sociodemográficos en cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia ambulatoria Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Agosto 2014.

DATOS PERSONALES	CATEGORIA	N=60	%
Edad	20 a 29 años	8	13
	30 a 39 años	11	18
	40 a 49 años	11	18
	50 a 59 años	16	27
	60 años a más	14	24
Género	Femenino	39	65
	Masculino	21	35
Estado Civil	Casado/Conviviente	39	65
	Divorciado/Soltero/Viudo	21	35
Procedencia	Lima	33	55
	Provincia	27	45
Grado de Instrucción	Primaria	9	15
	Secundaria	22	37
	Superior	29	48
Ocupación	Dependiente	16	27
	Independiente	30	50
	Desempleado	14	23
Parentesco	Esposa/Esposo	19	32
	Hijo/Hija	22	37
	Yerno/Nuera	3	5
	Hermano/Hermana	6	10
	Otros	10	16
Número de hijos	Ninguno	8	13
	1 a 2	10	17
	3 a 4	30	50
	5 a más	12	20
Tiempo de Cuidado	Menor de 1 año	20	33
	1 a 2 años	40	67

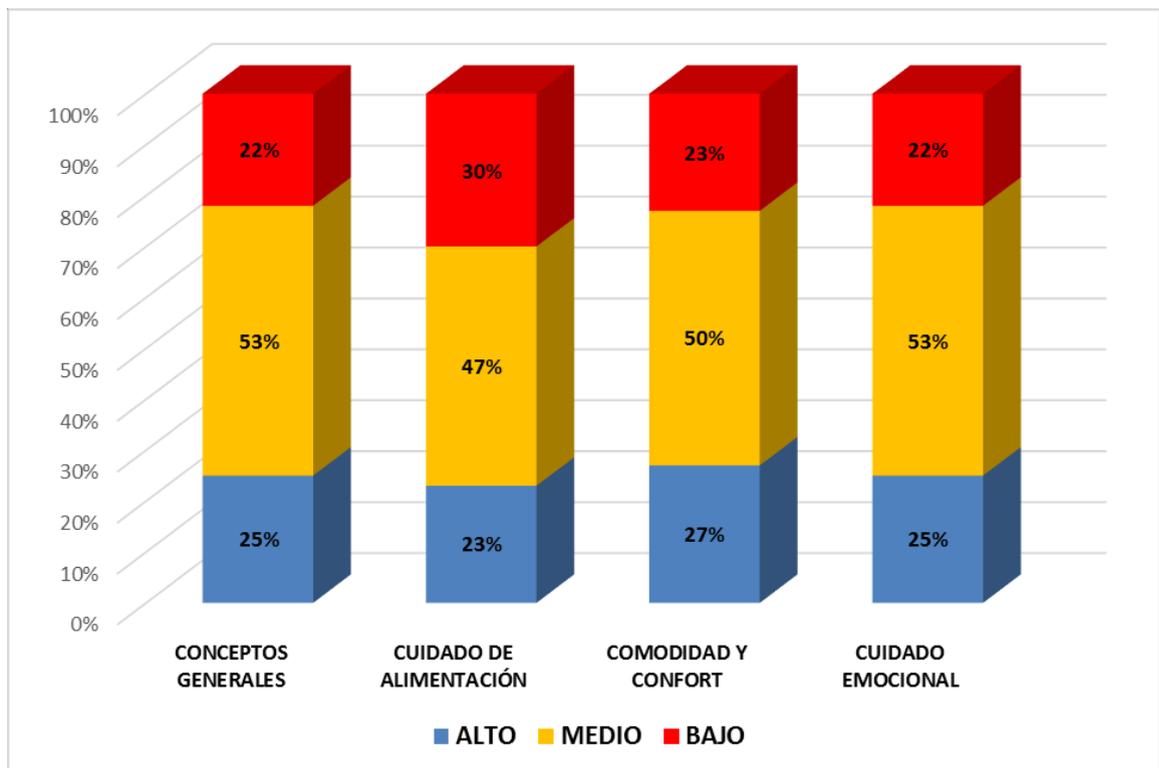
Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar tienen en su mayoría edades entre 50 a 59 años 27% (16), pertenecen al género femenino 65% (39), su estado civil corresponde al de casados/conviviente 65% (39), proceden de Lima 55%(33), tienen instrucción superior 48% (29), ocupación independiente 50% (30), parentesco con el paciente hijo/hija 37% (22), número de hijos 3 a 4 50% (30) y tiempo de cuidado de 1 a 2 años 67% (40).

Gráfico 1: Conocimiento sobre Cáncer Pulmonar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Agosto 2014



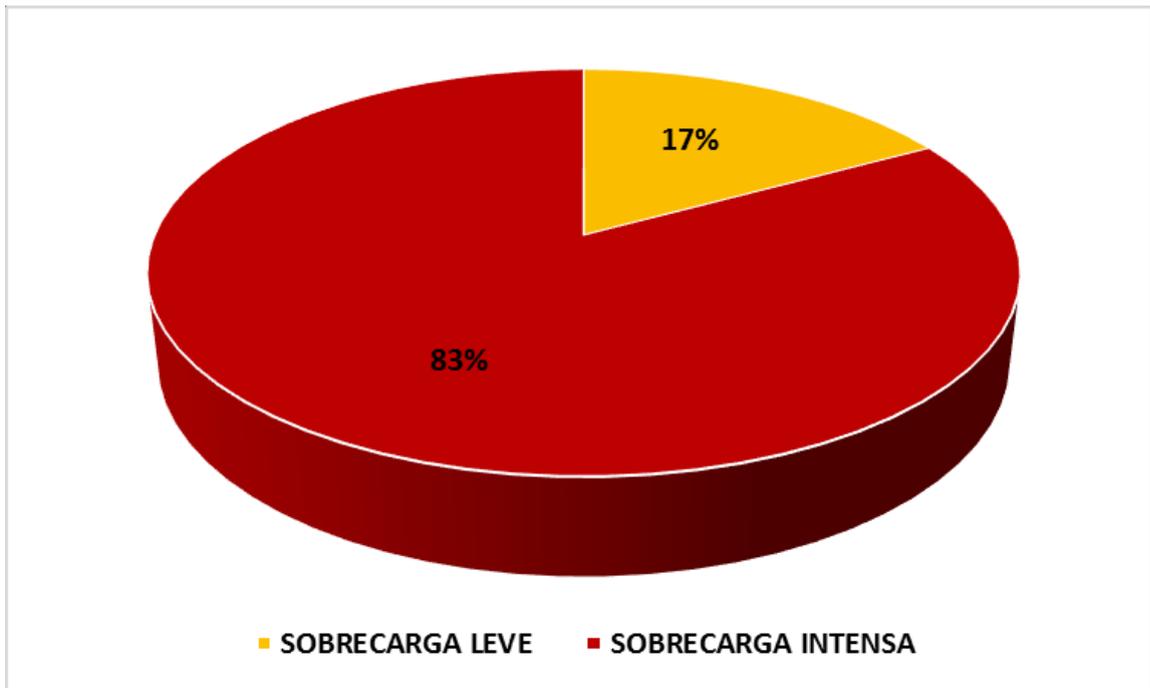
Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia tienen 53% (32) un nivel de conocimientos medio sobre cáncer pulmonar y 22% (13) de conocimiento bajo.

Gráfico 2: Conocimiento sobre Cáncer Pulmonar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar según indicadores, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Agosto 2014



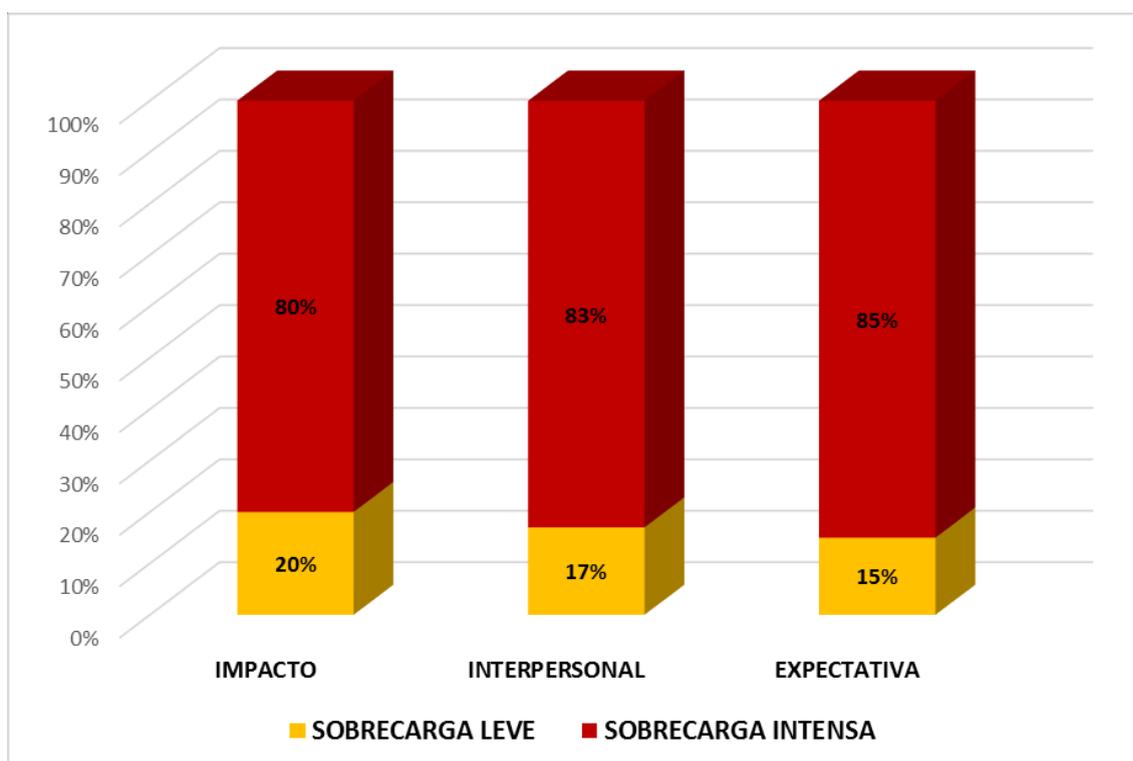
Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia manifiestan presentar mayor conocimiento medio en las dimensiones, conceptos generales y cuidado emocional con 53% (32) y menor en la dimensión cuidado de la alimentación 47% (28).

Gráfico 3: Sobrecarga Laboral de cuidadores primarios en pacientes con cáncer pulmonar Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Agosto 2014



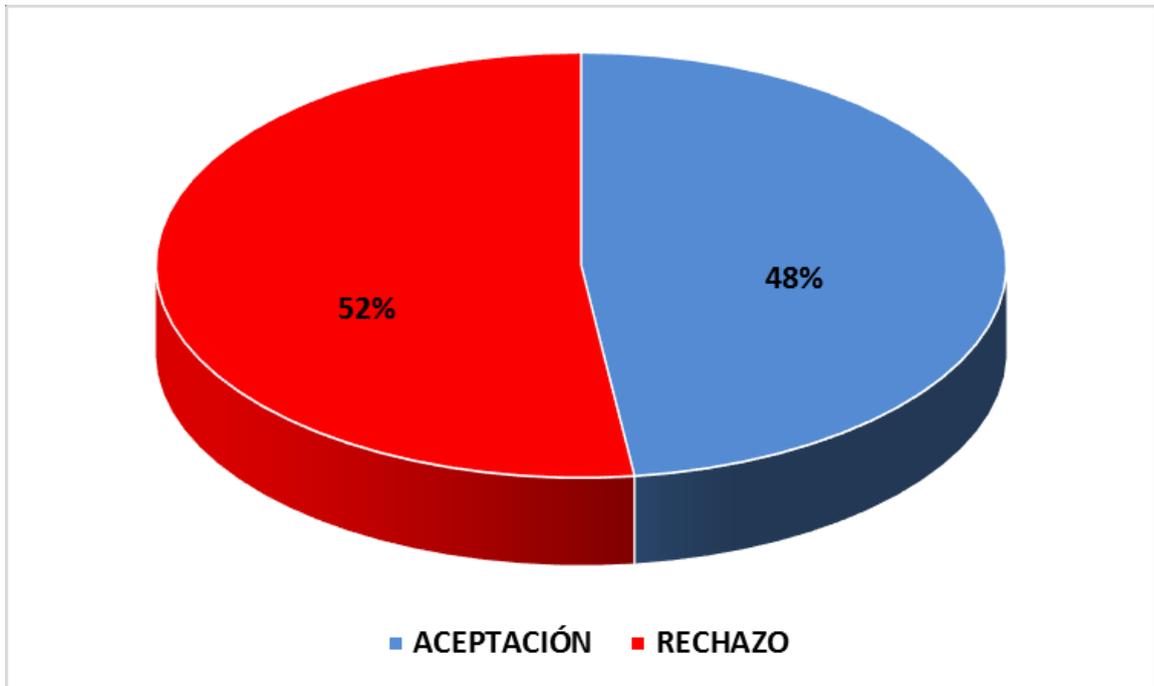
Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia manifiestan presentar mayor sobrecarga intensa 83% (50).

Gráfico 4: Sobrecarga Laboral en cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar según dimensiones Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Agosto 2014



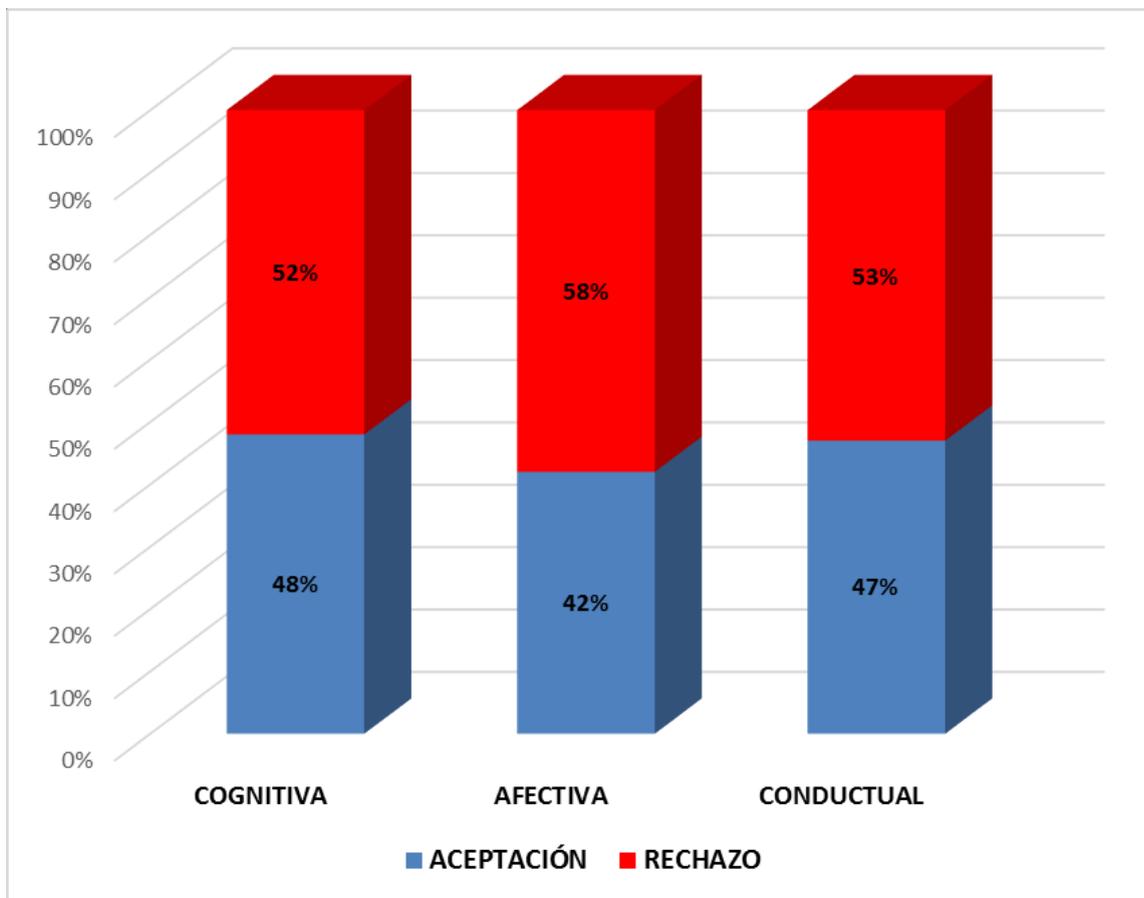
Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia manifiestan presentar mayor sobrecarga intensa en la dimensión de expectativa de autoeficiencia 85% (51); y menor en la dimensión impacto del cuidado 80% (48).

Gráfico 5: Actitud en cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Agosto 2014



Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia manifiestan mayor porcentaje actitud de rechazó frente al cuidado 52% (31).

Gráfico 6: Actitud en cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar según dimensiones Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Agosto 2014



Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia manifiestan mayor actitud de rechazo frente al cuidado en la dimensión afectiva 58% (35) y menor en la dimensión cognitiva 52% (31).

Tabla 2: Conocimiento, Sobrecarga Laboral y edad influyentes en la actitud de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Agosto 2014

VARIABLES	ACTITUD				Chi cuadrado	p
	Positiva		Negativa			
	N	%	N	%		
Conocimiento						
Alto	12	20	3	5		
Medio	12	20	20	33	8.0345	0.0180
Bajo	5	8	8	13		
Sobrecarga Laboral						
Leve	6	10	4	7		
Intensa	23	38	27	45	8.3426	0.0394
Edad de la Madre						
20 a 29 años	5	5	3	3		
30 a 39 año	6	6	5	5		
40 a 49 años	9	9	2	2	9.8111	0.0437
50 a 59 años	5	5	11	11		
60 años a más	4	4	10	10		

p<0,05

H°: El conocimiento, sobrecarga laboral y edad no influyen en la actitud del cuidador primario de pacientes con cáncer pulmonar.

H¹: El conocimiento, sobrecarga laboral y edad influyen en la actitud del cuidador primario de pacientes con cáncer pulmonar.

Dado que el valor del Chi – Cuadrado es mayor al valor crítico, se puede afirmar que el conocimiento, sobrecarga laboral y edad influyen en la actitud del cuidador primario de pacientes con cáncer pulmonar, además el valor de $p < 0,005$ con un intervalo de confianza del 95% indica que la relación es significativa.

4.2 Discusión

Los cuidadores primarios juegan un papel fundamental en el cuidado de las personas que viven en situación de enfermedad crónica, específicamente con cáncer pulmonar, porque cada día estas enfermedades generan una mayor demanda de cuidadores que asumen el rol de cuidado, estos guardan una relación directa con el paciente o enfermo; como puede ser el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres, quienes se hacen cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo, lo que muchas veces puede conllevar a la persona al agotamiento físico y emocional, con repercusiones para su estado de salud.¹³

Existen factores como la falta de preparación para el cuidado y ausencia de soporte familiar y profesional, que generan sobrecarga al cuidador; la gran mayoría se sienten abrumados o al límite de su capacidad, de igual manera, hay otros factores que pueden influir en la salud del cuidador y que puedan afectarlo; entre estos habrán de considerarse, la edad, el género, el parentesco, el tiempo de dedicación y otras cargas familiares; estos elementos han demostrado influir en la aparición del “Síndrome del Cuidador”.¹⁶

Cabe resaltar que todo lo anteriormente mencionado, tiene gran influencia en la actitud del cuidador primario; por consecuencia estas actitudes pueden ser positivas o negativas. La actitud que adopten estos cuidadores estarán influenciadas por la enfermedad, las vivencias y experiencias que puedan tener con su familiar de tal manera que generan amenaza a la integridad del enfermo y de su familia, despertando emociones y sentimientos como la tristeza, rabia, impotencia, desesperación.²⁰

En el estudio, de acuerdo con los resultados de la investigación, se encontró que gran parte de los cuidadores primarios, (tabla 1), 27% tenían entre 50 a 59 años de edad, 65% pertenece al género femenino, 65% son casado/conviviente, 55% son de procedencia Lima, 48% es de grado de instrucción superior, 50% tienen ocupación independiente, 37% asumen el cuidado los hijos (as), 50% de los cuidadores tenían de 3 a 4 hijos y 67% proporcionan cuidados al paciente entre 1 a 2 años.

Es importante mencionar que tanto en este estudio como el de Luengo et al.¹⁷ y Yonte et al.¹⁹ identificaron que la mayoría de cuidadores eran mujeres; Con edad todavía en etapa productiva, siendo esta la esposa, madre e hija, casada con nivel de estudio superior. Lo que implica llevar a cabo múltiples actividades de tipo familiar, afectivas y económicas que la pueden conllevar al deterioro de su estado de salud, si no cuenta con redes de apoyo que la auxilien.

Una de las principales razones del por qué la mayoría de los cuidadores son mujeres, es porque a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada para el cuidado porque se asume que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y voluntad; fenómeno que se puede explicar por los patrones culturales en nuestra sociedad (machismo, patriarcado). Con respecto al parentesco la mayoría de cuidadores son hijas casadas/convivientes, por lo que muchas de ellas tienen hijos, lo que se relaciona con la edad ya que están en etapa productiva. Sufriendo así las hijas un impacto emocional por la inversión de roles (el papel de hijo como alguien que es cuidado es sustituido

por un papel de cuidador) puesto que ellas suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres.

En relación al conocimiento, se encontró que los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia, en su mayoría tienen 53% nivel de conocimiento medio sobre cáncer pulmonar.

En cuanto al conocimiento según indicadores la mayoría presentó 53% nivel de conocimiento medio de conceptos generales. En cuanto al tema de cuidado de la alimentación respondieron correctamente a las preguntas sobre el volumen, frecuencia de agua y sobre qué tipos de alimentos deberían ingerir su familiar durante el día, dando 47% como mayor resultado, un nivel de conocimiento medio. Con relación a la comodidad y confort del familiar enfermo la mayoría de los cuidadores primarios tenían, 50% nivel de conocimiento medio. En relación al cuidado emocional se obtuvo en su mayoría, 53% de conocimiento medio.

Lo que contrasta con el estudio de Sánchez y Gásperi,¹⁸ en sus estudios, indican que en cuanto al nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos que tienen los cuidadores informales, 73.4% tienen nivel de conocimientos deficiente. Por otra parte Guerra,⁴⁵ en su investigación destaca que existe 49% de déficit de conocimientos por parte del cuidador principal en el momento de manejar los síntomas de los pacientes terminales.

Según Nola Pender nos habla de generar conductas promotoras de la salud, donde nos dice que estas surgen de la interacción de los factores cognitivos perceptuales y de los factores modificantes. Entre los factores

cognoscitivos están: definición de la salud, estado de la salud, control de la salud e importancia de la salud. Y en los factores modificantes se encuentran: características demográficas, biológicas, psicológicas, influencias interpersonales y factores situacionales conductuales.

Tener conocimientos deficientes genera una problemática de afrontamiento ineficaz por parte del cuidador primario hacia el cuidado, lo cual va a generar estrés por la inseguridad de “No saber” prestar cuidados de calidad, además de generar un mayor esfuerzo del cuidador al no saber aplicar técnicas adecuadas. Por tanto el paciente como el familiar debe estar informado y educado para poder enfrentarse a los cambios que se produzcan en el curso de la enfermedad terminal.

En relación a la sobrecarga laboral de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar, se encontró que mayormente manifiestan presentar 83% sobrecarga intensa.

Con respecto a la sobrecarga laboral de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar, en la dimensión Impacto del cuidado 80% manifestó presentar sobrecarga intensa; En cuanto a la sobrecarga según dimensión Calidad de Relación Interpersonal 83% presentó sobrecarga intensa. Por otro lado en relación a la sobrecarga según la dimensión de Expectativas de Autoeficacia se encontró 85% sobrecarga intensa.

Según Luengo et al.¹⁶ y Flores et al.²⁰ refieren que, en general la carga percibida por los cuidadores suele ubicarse en niveles moderados o severos, y

evidenciaron en su estudio que en su mayoría los cuidadores percibieron sobrecarga intensa.

Vera Waldow parte del principio de que para cuidar de otro es fundamental que se cuide de sí, es decir en una dimensión sujeto – sobre el yo. Este cuidar incluye el conocimiento de sí, de sus potencialidades, necesidades y limitaciones. Por ello, que la actual investigación encuentra coincidencias, así como con la base teórica.

El cuidador de un familiar con enfermedad crónica se enfrenta a momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia que en muchas ocasiones actúan como jueces, la reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar el síndrome del cuidador primario, conocido en el ámbito de la enfermería como cansancio en el rol del cuidar, por lo que es importante contar con redes de apoyo familiares, amistades o recursos de la sociedad.^{16, 20}

En cuanto a la actitud de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar, se encontró que 52% manifestó actitud de rechazo frente al cuidado.

En cuanto a la actitud de cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia según dimensiones, se encontró que, en el sector cognitivo 52% manifestó actitud de rechazo, sector afectivo 58% actitud de rechazo y por último el sector conductual 53% presentó actitud rechazo.

Para Moreno y Mateos.²¹ refiere que la exploración de las vivencias y experiencias del paciente y su familia son aspectos importantes para comprender la enfermedad. La amenaza de la integridad del enfermo y su familia despiertan emociones y sentimientos que van desde la tristeza y la rabia hasta la protesta y desesperación.

El comienzo de una enfermedad crónica, como el cáncer, es un punto de inclinación en la trama del ciclo vital familiar y de los ciclos vitales individuales de cada miembro. Surgen pensamientos y sentimientos inesperados y contradictorios que complican el afrontamiento en las crisis: incertidumbre, estados de ansiedad, pena, impotencia frente a lo que parece inevitable y la necesidad de cambiar el estado de vida que ya no se adapta a los nuevos requerimientos. Estas nuevas necesidades demandan un desafío para la familia que está involucrada en la crisis, pero es el cuidador del enfermo quien se ocupa de tomar las decisiones respecto a la enfermedad y llevarlas a cabo. Lo anteriormente mencionado, más las exigencias incrementadas de la situación de cuidado, generan estados de sobrecarga y estrés que debilitan el bienestar del cuidador. Sin embargo, la vivencia subjetiva del cuidador depende del tipo de relación que se tenga con el enfermo crónico.³⁶

En el estudio (tabla 2), de acuerdo con los resultados de la investigación, se puede afirmar que el conocimiento, sobrecarga laboral y edad influyen en la actitud del cuidador primario de pacientes con cáncer pulmonar.

En base a estos resultados el modelo del sistema conductual de Doroty Johnson, concibe a la persona como un sistema conductual con formas de comportamiento marcadas por un modelo, repetitivas e intencionadas, que lo

vinculan con el entorno; si alguna fuerza poderosa perturba el equilibrio del sistema conductual la integridad del individuo se ve amenazada y los intentos del cuidador para recuperar el equilibrio puede requerir de un consumo de energía extraordinaria que provoca después un agotamiento de la misma que impide apoyar los procesos biológicos y recuperarse. Señala también que la tensión produce cambios de comportamiento y que la manifestación de la tensión en el cuidador depende de factores tanto externos como internos; producto de ello se genera estrés.

Los cuidadores usualmente requieren educación sobre el cuidado y el adecuado manejo del paciente, al igual que información sobre las redes de apoyo social y la atención de las propias necesidades. Si estas no son satisfechas, es posible que se perciba la experiencia de cuidado en términos de sufrimiento, lo cual puede generar un agotamiento emocional y perder la eficacia o calidad de los cuidados brindados al paciente. A esto se le suma la edad que tiene el cuidador ya que en su mayoría son de edad media, lo cual supone que cumple con diversas funciones o roles dentro de la familia y la sociedad. Por consecuencia todo esto le genera sobrecarga conllevándolo a presentar sentimientos, emociones y actitudes de rechazo frente al cuidado.³²

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Los factores: conocimientos, sobrecarga laboral y edad influyen en la actitud del cuidador primario de un paciente con cáncer pulmonar en el servicio de quimioterapia ambulatoria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Los cuidadores primarios con mayor prevalencia fue la mujer, casada/conviviente, con estudios superiores, parentesco hija y sus edades están entre 50 a 59 años.
- El nivel de conocimiento que tienen los cuidadores primarios sobre el cáncer pulmonar de manera global es medio, lo cual predispone a que la actitud del cuidador primario sea de rechazo.
- El nivel de sobrecarga del cuidador primario que predomina es un nivel de sobrecarga intensa y en menor proporción sobrecarga leve, no encontrándose ausencia de sobrecarga.
- La actitud que tienen los cuidadores primarios en su mayoría es de rechazo, encontrándose la mayor proporción en la dimensión afectiva.

- Se comprobó que el conocimiento, la sobrecarga laboral y la edad influyen significativamente en la actitud del cuidador primario de paciente con cáncer pulmonar.

5.2 Recomendaciones

❖ Para la Institución

- Establecer programas dirigidos a los cuidadores, con el propósito de proporcionar respaldo emocional, social y capacitación en el desarrollo de habilidades para el manejo de la enfermedad de su familiar enfermo en el hogar y de esta manera contribuir a la mejora de la calidad de vida del cuidador y del paciente oncológico que podrá recibir un cuidado más adecuado en tanto se mejoran las competencias del cuidador primario.
- Potenciar el programa de apoyo psicológico a la familia, con énfasis en el cuidador primario, mediante talleres, consejería para conservar el buen estado de salud, además de la formación de grupos de apoyo entre los cuidadores primarios, para que tenga espacios para compartir sus experiencias y ayudarse mutuamente en la resolución de problemas.

❖ Para la Enfermería

- Es elemental que se brinden sesiones orientadas a los cuidados post tratamiento de quimioterapia a la familia, a fin de que estén preparadas para brindar apoyo espiritual y emocional para el paciente como a la familia, con el apoyo del equipo multidisciplinario.
- Fomentar la creación de programas de acompañamiento para la familia y cuidadores que ofrezcan nuevas formas de enfrentar el cuidado de los pacientes con cáncer pulmonar.

- Mantener la formación holística de las estudiantes de enfermería; inculcando el cuidado humanizado al paciente y su entorno; teniendo en cuenta la situación de la enfermedad actual y la prevención de las posibles consecuencias que se pueda suscitar en el entorno familiar.

❖ **Para la investigación**

- Realizar estudios con un enfoque cualitativo, para mayor comprensión y profundización del tema, comprendiendo mejor el significado de estos factores que influye en la actitud del cuidador primario en distintos contextos culturales.
- Realizar investigaciones dirigidas hacia el cuidador primario, para fomentar su autocuidado debido al aumento de casos de pacientes crónicos dependientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermedades crónicas [base de datos en línea]. Organización Mundial de la Salud; 2012. [citado 26 Agosto 2012]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/index.html
2. Cáncer [base de datos en línea]. Organización Mundial de la Salud; 2014. [citado 15 Abril 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
3. Perfil epidemiológico [base de datos en línea]. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; 2012. [citado 15 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
4. Ramos WC, Venegas DR, Medina JL. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Ministerio de Salud 2013; (300): 12- 105.
5. Cáncer al pulmón: 70% de los casos son detectados en etapas avanzadas [base de datos en línea]. RPP Noticias; 2013. [citado 22 Agosto 2013].

Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2013-05-29-cancer-al-pulmon-el-70-de-los-casos-son-detectados-en-etapa-avanzada-noticia_599197.html

6. Barrón B y Alvarado S. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. Incan [en línea]. 2009; [citado 28 Agosto 2012]. 4: 39-46. Disponible en:
<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
7. Ruíz Benítez M y Coca C. El pacto del silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. Index Psicooncología [en línea]. 2008; [citado 30 Agosto 2012]. 5 (1): 53-69. Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808130053A/15496>
8. Moreira R y Turrini RNT. Paciente Oncológico Terminal: Sobrecarga del cuidador. Revista electrónica trimestral de Enfermería [en línea]. 2011; [citado 18 Agosto 2013]. (22): 4-7. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/administracion2.pdf>
9. Reyes AG, Garrido A, Torres LE, Ortega P. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Psicología y Salud [en línea]. 2010; [citado 22 Noviembre 2012]. 20 (1): 111 – 117. Disponible en:
<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/adriana-guadalupe-reyes-luna.pdf>

10. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [en línea]. Estados Unidos: Asamblea Mundial de la Salud.; 2006. [citado 15 Setiembre 2012]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

11. Cáncer [base de datos en línea]. Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 15 Abril 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

12. El cáncer en la región de las Américas. [base de datos en línea]. Organización Panamericana de la Salud; 2012. [citado 01 Agosto 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16805&Itemid=&lang=es

13. Gómez E. Sobrecarga del cuidador primario que asiste a familiar con cáncer. Cdigital [en línea]. 2008; [citado 06 Setiembre 2012]. 5 – 15. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/28487/1/Irais%20Gomez%20Blanco.pdf>

14. Carretero S, Garcés J y Ródenas F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial. CSIC [en línea]. 2006; [citado 20 Mayo 2012]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>

15. Intervenciones dirigidas a las personas a cargo de pacientes [base de datos en línea]. Instituto Nacional del Cáncer; 2014 [citado 15 Abril 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/familiares-a-cargo/healthprofessional/page7>
16. Luengo CE, Araneda G y López M. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. Index de Enfermería [en línea]. 2010; [citado 20 Febrero 2013]. 19 (1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000100003&script=sci_arttext
17. Guerra V. Influencia de la formación de los cuidadores principales en la mejora de la asistencia a pacientes en domicilio. Nure Investigación [en línea]. 2005; [Citado 2 Junio 2014]. (15): 2 – 15. Disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/tesina/tesina%20nure%2015%20para%20pdf.pdf
18. Sánchez Y, Gásperi R. Perfil del cuidador informal y nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos domiciliario de pacientes en estado terminal. La revista de Enfermería y Otras Ciencias de la Salud. [en línea]. 2012; [Citado el 22 de Agosto del 2014]. 5 (2): 4 -16. Disponible en: http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/sac/sac0502/sac050203.pdf
19. Yonte F, Urién Z, Gutiérrez MM y Montero MR. Sobrecarga del cuidador principal. Nure [en línea]. 2009; [citado 18 Agosto 2013]. Disponible en: http://www.fuden.es/ponencia_detalle.cfm?ID_ponencia=70&FilalInicio=1

20. Flores E, Rivas E y Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y Enfermería [en línea]. 2012; [Citado 22 de Agosto 2014]. 28 (1): 29 - 41. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf
21. Moreno MA y Mateos MJ. Agresividad de familiares cuidadores de enfermos oncológicos hospitalizados. Dialnet [en línea]. 2004; [citado 15 Mayo 2013]. 1 (1): 127 – 138. Disponible en : <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705534>
22. López JJ. Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. [Tesis de Enfermería]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2013.
23. El cáncer pulmonar [base de datos en línea]. SEOM; 2010. [citado 10 de Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/tumores-toracios/cancer-de-pulmon?showall=1>
24. Cáncer de pulmón tumores benignos y malignos [base de datos en línea]. IRAM; 2014. [citado 13 Agosto 2014]. Disponible en: http://www.iram.cl/tipo_de_cancer/cancer-de-pulmon/
25. Cáncer de pulmón [base de datos en línea]. Instituto Nacional de Cáncer; 2014. [citado 01 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/pulmon>

26. Eguino A, Fernández B, García G y García JA. Cáncer de pulmón una guía práctica [en línea]. Madrid: Asociación Española contra el Cáncer. 2005. [citado 10 Agosto 2014]. Disponible en: https://www.aecc.es/comunicacion/publicaciones/documents/guia_ca_pulmon.pdf
27. Cáncer de pulmón [base de datos en línea]. Centros para el control y la prevención de enfermedades; 2014. [citado 10 Enero 2014]. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm
28. Pérez M, Fernández B. Carcinoma de pulmón de origen laboral. Anales del Sistema de Navarra [en línea]. 2005; [Citado 2 junio 2011]. 28 (1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000200013
29. Cáncer de pulmón [base de datos en Línea]. Wikipedia; [Citado 2 junio 2011]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_pulm%C3%B3n#Factores_y_genos:_gen%C3%A9tica_ysexo
30. Waldow R, Borgues F. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Revista latino de Enfermería [en línea] .2008; [Citado 4 Agosto 2012]; 16 (4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf
31. Breinbauer H, Vasquez H, Mayanz S, Guerra C y Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones

- original y abreviada. Revista médica de Chile [en línea]. 2009; [Citado 4 Agosto 2012]; 137 (5): 657-665. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009
32. Aldana G y García L. La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. Aquichán [en línea]. 2011; [Citado 14 Agosto 2012]; 11 (2): 1675-5997. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Expósito Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Revista Habanera de Ciencias Médicas [en línea]. 2008; [Citado 21 Agosto 2012]; 7 (3): 1729-519. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300004&script=sci_arttext
34. Rogero J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Revista Española de la Salud Pública [en línea]. 2009; [Citado 21 Agosto 2012]; 89 (3): 1135-5727. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000300005&script=sci_arttext
35. Hernández Z. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Index de Enfermería [en línea]. 2006; [Citado 2 setiembre 2012]; 15 (52): 1132-1296. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009

36. Cabariti S. Afecciones psicosomáticas en cuidadores de familiares enfermos. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología - UBA. [en línea]. 2014; [citado 18 Setiembre 2014]; (12). Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=130:predisposicion-a-padecer-enfermedades-psicosomaticas-en-cuidadores-de-familiares-con-enfermedades-cronicas&catid=11:alumnos&Itemid=1
37. Navarro M y López A. Nivel de conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras “Distrito de Morales. Periodo Junio – setiembre 2012”. [en línea]. [Tesis para obtener el Título Profesional de Obstetra]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académica Profesional de Obstetra. [Citado 2 Junio 2014]. Disponible en: http://pronafcap.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_87_Binder1.pdf
38. Bunge M. La ciencia su método y su filosofía. Buenos Aires: Grafico Impresiones- Nicaragua.1985.
39. López MJ, Orueta R, Gómez S, Sánchez A, Carmona J y Moreno FJA. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Revista Clínica de Medicina de Familia. Toledo [en línea]. 2009; [Citado 22 Agosto 2014]. 2 (7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004

40. García MM, Rodríguez IM y Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria [en línea]. 2004; [Citado 21 Agosto 2014]; 18 (2): 0213-9111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011
41. Actitud. [base de datos en línea]. Wikipedia; 2011. [Citado el 2 de junio del 2011]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>
42. Actitud [base de datos en línea]. Scribd; 2014 [Citado 2 Junio 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/7869056/Concepto-de-Actitud>
43. Aigner M. Técnicas de medición por escalas. Index Centro de estudios de Opinión. [en línea]. 2010; (1): 2 – 27. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6552/6002>
44. Rodríguez F. Lo cognoscitivo y psicosocial como factores de riesgo en salud. Huancavelica: Servicios gráficos matices; 1998.
45. Indicador de Actitud [base de datos en línea]. Cuadernos de psicología del deporte; 2011. [Citado 2 de Junio 2011]. Disponible en: <http://www.elrivalinterior.com/actitud/PODER-MENTAL/A94.IndicadorActitud.elRivalinterior.pdf>
46. Barrera Y. Actitud de la Enfermera hacia el cuidado del paciente Oncológico en fase terminal en el servicio de Clínica del Instituto Nacional de

Enfermedades Neoplásicas. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.

47. Burques G.J. Conocimientos y actitudes de las enfermeras ante el cuidado del paciente con VIH- SIDA que acude al servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis de Maestría] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.

48. Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. España: S.A El Servier; 2011.

49. Waldow VR. Cuidado integral: cuidando de sí, del otro, del todo. En: Ponencia; Brasil: Revista Paraninfo Digital; 2012. [citado 20 Agosto 2013]
Disponibile en: <http://www.index-f.com/para/n15/002po.php>

50. Forero EM. Roles de Enfermería en los programas de trasplante de Colombia. Unal [en línea]. 2012; [citado 20 Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6508/1/Ericamildredforeroariza.2012.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
V. Independiente		SOCIODEMOGRÁFICO	Características generales del cuidador primario.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Grado de instrucción • Lugar de procedencia
FACTORES	Elemento condicionante que contribuye a lograr un resultado en el cuidador primario.		Hechos, o datos de información adquiridos por el cuidador primario a través de la experiencia o la	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conceptos generales: <ul style="list-style-type: none"> • Definición de cáncer pulmonar • Definición de cuidado • Manifestaciones clínicas • Etiología de cáncer

		CONOCIMIENTO	educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad.	<p>pulmonar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento <p>❖ Cuidado de la alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de la dieta hipograsa e hiposódica. • Dieta fraccionada • Consumo restringido de líquidos.
--	--	---------------------	--	---

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
V. Independiente		CONOCIMIENTO		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cuidado de comodidad y confort: <ul style="list-style-type: none"> •Higiene •Cambios posturales •Postura •Descanso y reposo ❖ Cuidado emocional <ul style="list-style-type: none"> •Acompañamiento familiar •Apoyo espiritual •Apoyo psicológico

<p>FACTORES</p>		<p>SOBRECARGA LABORAL</p>	<p>Se define como el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el cuidador primario a lo largo de su jornada laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Impacto del cuidado ❖ Calidad de la relación interpersonal ❖ Expectativas de autoeficacia.
------------------------	--	--------------------------------------	--	--

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
V. DEPENDIENTE	Es la forma de actuar de la persona, comportamiento que emplea el individuo para hacer la cosas,	Elemento Cognitivo	Son las percepciones y creencias que tienen los cuidadores primarios sobre el cuidado que brinda a su familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Situación del cáncer pulmonar • Necesidad del cuidado • Cuidado oportuno

Actitud del cuidador primario	es decir es la forma de ser o comportamiento del actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social del carácter.	Elemento Afectivo	Son los sentimientos a favor o en contra de los cuidadores primarios a cerca del cuidado que brinda a su familiar.	<p>Sentimientos en contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temor • Duda/ Incertidumbre • Disgusto/Incomodidad <p>Sentimientos a favor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solidaridad • Satisfacción del cuidado • Tranquilidad
		Elemento Conductual	Es el comportamiento activo o pasivo que tiene el cuidador primario frente al cuidado de su familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento • Expresión de emoción • Manifestación de afecto • Interés por el tratamiento.



Anexo 2

CUESTIONARIO

Nos es grato dirigirnos a usted, con el respeto que se merece, para hacerle llegar nuestros más cordiales saludos y a la vez invitarle a responder este cuestionario de carácter anónimo, con el fin de seguir con la aplicación de este trabajo de investigación, que tiene como objetivo conocer algunos aspectos relacionados al cuidado que brinda a su familiar con cáncer pulmonar.

Lea detenidamente las preguntas enunciadas y marque con una “X” la respuesta que Ud. considere:

I. DATOS GENERALES:

1.- Edad (en años cumplidos): _____

2.- Género: a) Femenino b) Masculino

3.- Estado civil: a) Casado/Conviviente b) Divorciado/ soltero /viudo.

4.-Procedencia:a) Lima b) Provincias

5.- Grado de Instrucción: ¿hasta qué grado estudió?_____

6.- Ocupación: a) Dependiente b) Independiente c) Desempleado

7.- Parentesco con el paciente:

a) Esposo/esposa b) Hijo/hija c) Yerno/nuera d)Hermano/hermana

e) Otro:

8.- Número de hijos

a) Sin hijos

b) Con hijos

c) N° hijos: _____

9. ¿Hace cuánto tiempo cuida usted a su familiar con cáncer

pulmonar?

- a) Número de años: _____ b) Número de meses: _____

II. INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE CONOCIMIENTO

1. ¿Qué es el cáncer pulmonar?

- a) Es una enfermedad contagiosa e incurable
- b) Un mal realizado a la persona por Brujería, pero que tiene cura
- c) Es una enfermedad maligna que se desarrolla de manera silenciosa
- d) Una enfermedad enviada por Dios, para ver la paciencia de la persona.

2. ¿Cómo define usted lo que es el cuidado?

- a) La acción de preservar, guardar, conservar y asistir a otra persona sana o enferma.
- b) La acción de apoyo permanente a una persona enferma
- c) Acción de brindar solo apoyo emocional a una persona.
- d) Es la acción de proporcionar los alimentos y vestido a otra persona

3. ¿Cuáles son los síntomas del cáncer pulmonar?

- a) Dolor muscular, malestar general, fiebre, vómitos.
- b) Dificultad para respirar, tos, pérdida de peso, cansancio.
- c) Ansiedad, vómitos constantes, dolor de cabeza, dolor de garganta.
- d) Agitación, náuseas, dolor constante, fiebre alta.

4. ¿Cuáles cree que son las causas del cáncer pulmonar?

- a) Fumar demasiado cigarrillo - herencia genética - contaminación ambiental - enfermedad bronquial previa.
- b) Fumar cigarrillos – consumir drogas – enfermedades bacterianas – obesidad.
- c) Obesidad – asma bronquial – alimentación inadecuada – herencia genética.
- d) Asma bronquial – humedad ambiental – consumir drogas– resfrío mal curado.

5. ¿Sabe Usted cuál es el tratamiento de mejor elección para el cáncer pulmonar?

- a) Radioterapia
- b) Quimioterapia
- c) Cirugía
- d) Terapia física

6. ¿Qué recomendaciones tiene en cuenta cuando prepara los alimentos de su familiar?

- a) Dieta baja en grasas y sal, rica en: potasio, calcio, magnesio y alta en proteínas.
- b) Dieta con bastantes vitaminas y carbohidratos.
- c) Dieta rica en minerales.
- d) Dieta líquida.

7. ¿Con qué frecuencia recibe la alimentación su familiar enfermo en el hogar?

- a) Fraccionado dos veces al día
- b) Fraccionado tres veces al día
- c) Fraccionado cinco veces al día
- d) Sólo cuando él desea comer

8. ¿Cuánto de agua debe beber un paciente con cáncer pulmonar?

- a) Menos de 1 litro por día en pequeñas tomas.
- b) 2 litros por día en pequeñas tomas.
- c) 3 litros por día en grandes tomas.
- d) Más de 4 litros por día en grandes tomas.

9. ¿Con qué frecuencia debe realizarse la higiene corporal (baño) al paciente con cáncer pulmonar en el hogar?

- a) Todos los días
- b) Dos veces por semana
- c) Sólo una vez por semana
- d) Solo cuando sea necesario

10. ¿Cada cuánto tiempo debe cambiarse de posición si el paciente con cáncer pulmonar está postrado en cama?

- a) Cada 8 horas
- b) Cada 6 horas
- c) Cada 4 horas
- d) Cada 2 horas

11. ¿Qué posición debe tener el paciente con cáncer pulmonar durante el descanso?

- a) Acostado
- b) Sentado
- c) Semi sentado
- d) Ninguna postura especial.

12. El paciente con cáncer pulmonar debe realizar:

- a) Respiraciones lentas y profundas en reposo.
- b) Actividad constante para respirar mejor y profundo
- c) Actividades recreativas para distraerse y respirar mejor
- d) Hacer caminatas largas para mejorar la respiración

13. Un paciente con cáncer pulmonar requiere principalmente de:

- a) Acompañamiento familiar, y comunicación
- b) Sólo distracción con cosas que le agraden.
- c) Dejarlo solo por momentos para que reflexione.
- d) Restringir las visitas para que descanse

14. El apoyo más importante para el paciente con cáncer pulmonar es:

- a) El familiar, espiritual, psicológico y económico
- b) El espiritual, psicológico, económico y religioso
- c) El Apoyo familiar, social, económico y religioso
- d) Apoyo religioso, psicológico y social

III. INFORMACIÓN SOBRE ACTITUD

En cada uno de los siguientes enunciados marque con una aspa (x) según lo que considere y se asocie a su vivencia en el cuidado, ninguna respuesta es correcta o incorrecta.

Totalmente de Acuerdo = 5

De Acuerdo = 4

Indeciso = 3

Desacuerdo = 2

Totalmente en Desacuerdo = 1

ENUNCIADOS	1	2	3	4	5
1. Creo que el cáncer pulmonar es una enfermedad que no tiene cura					
2. Considero tener los conocimientos suficientes para cuidar bien de mi familiar enfermo.					
3. Sé que un paciente con cáncer pulmonar requiere de cuidado preferentemente en el aspecto emocional y espiritual					
4. Entiendo que el paciente con cáncer pulmonar requiere del cuidado de un familiar de manera permanente.					
5. Creo que un paciente con cáncer pulmonar debe recibir atención especializada de profesionales de salud.					

6. Considero que el familiar debe participar en el cuidado del paciente con cáncer pulmonar.					
7. Me angustia la sola idea de pensar en la muerte de mi familiar enfermo					
8. Tendría duda e inseguridad, si no tuviera los conocimientos necesarios para cuidar bien de mi familiar enfermo.					
9. Me tranquiliza el estar cerca de mi familiar enfermo cuando me necesita					
10. Las experiencias nuevas de cuidado con mi familiar enfermo me causan angustia.					
11. Pienso que es desesperante y doloroso para mi familiar enfermo sentir los efectos de la quimioterapia.					
12. Creo que todos somos impotentes ante una enfermedad como el cáncer					
13. Me sentiría más satisfecha si pudiera hacer más por mi familiar enfermo.					
14. Considero que las visitas de amigos o familiares a mi familiar enfermo le causan bienestar					
15. Es importante ofrecer una alimentación apropiada a mi familiar enfermo para ayudarlo a resistir la enfermedad.					

16. Cuidar el estado emocional y espiritual de mi familiar enfermo es importante para que este en paz consigo mismo y con los demás.					
17. Disminuir los malestares que provoca el tratamiento en mi familiar enfermo es prioridad para mí.					
18. Es importante ofrecer comodidad y un ambiente tranquilo en casa a mi familiar enfermo.					
19. Deseo, de todo corazón, que mi familiar nos acompañe un poco más en esta vida,					
20. Considero que una persona con un familiar enfermo debe estar preparado para afrontar la muerte.					
21. Pienso que la quimioterapia y el tratamiento medicamentoso de mi familiar debe aplicarse oportunamente.					
22. Nunca perdería una consulta médica de mi familiar enfermo.					
23. Considero que es importante organizar mis actividades para tener tiempo para el cuidado de mi familiar enfermo.					
24. Considero importante promover una buena comunicación con mi familiar enfermo.					

IV. SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES (TEST DE ZARIT)

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, las personas que cuidan a Adultos Mayores.

A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Nunca = 1

Rara vez = 2

Algunas veces = 3

Bastantes veces = 4

Casi siempre = 5

PREGUNTA	1	2	3	4	5
¿Piensa que el resto de la familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica al adulto mayor no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado al adulto mayor con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta del adulto mayor?					

¿Se siente enfadado cuando está cerca del adulto mayor?					
¿Piensa que el cuidar al adulto mayor afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro del adulto mayor?					
¿Piensa que el adulto mayor depende de Ud.?					
¿Se siente tenso cuando está cerca del adulto mayor?					

A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Nunca = 1

Rara vez = 2

Algunas veces = 3

Bastantes veces = 4

Casi siempre = 5

PREGUNTA	1	2	3	4	5
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar al adulto mayor?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar al adulto mayor?					

¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar al adulto mayor?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar al adulto mayor?					
¿Piensa que el adulto y / o la familia le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar al adulto mayor, además de sus otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar al adulto mayor por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad del adulto mayor?					
¿Desearía poder dejar el cuidado del adulto mayor a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con el adulto mayor?					
¿Piensa que debería hacer más por el adulto mayor?					
¿Piensa que podría cuidar mejor al adulto mayor?					
En general, ¿Se siente muy sobre cargado al tener que cuidar al adulto mayor?					



ANEXO 3

VALIDEZ DE INSTRUMENTO

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	Suma	P
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	0,0098
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0,0098
4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0098
5	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8	0,0439
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
10	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	7	0,1172
											0,1953	

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es lo contrario.

n=9

$$P = \frac{0,1953}{10} = 0.01953$$

10

Si "P" es menor de 0.05 entonces la prueba es significativa: Por lo tanto el grado de concordancia es significativo, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto $p = 0.01953$.



ANEXO 4

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

VARIABLE	N	KR - 20	Confiabilidad
Conocimiento	14	0,793	Aceptable

$$r_a = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_a = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0,5 por lo cual la confiabilidad del instrumento es **ACEPTABLE**, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión.



CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

ALFA DE CRONBACH

VARIABLES	N	Alfa-Cronbach	Confiabilidad
Actitud	24	0,789	Aceptable
Sobrecarga Laboral	22	0,865	Aceptable

COEFICIENTE ALFA – CRONBACH

Dónde:

N= Número de ítems

$$\sum s^2(Y_i)$$

Sumatoria de las varianzas de los ítems

$$s_x^2$$

Varianza de toda la dimensión

$$\alpha = \frac{N}{(N - 1) \left[1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

El valor de Alfa de Cronbach, cuanto se acerca a 1 denota una confiabilidad en la aplicación del instrumento.



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



ANEXO 5

ESCALA DE VALORACIÓN DE INSTRUMENTOS

VARIABLE	BAJO	MEDIO	ALTO	$X \pm 0.75$ (DE)
Conocimiento	0 - 5	6 – 10	11- 14	7.98 ± 0.75 * 2.55

VARIABLE	ACEPTACIÓN	INDIFERENCIA	RECHAZO	$X \pm 0.75$ (DE)
Actitud	1 - 86	87 – 97	98- 120	$92,2 \pm 0.75$ * 6,8

ESCALA DE ZARIT DE SOBRECARGA GENERAL	PUNTAJE
No sobrecarga	22 a 46 puntos
Sobrecarga Leve	47 a 55 puntos
Sobrecarga intensa	56 a 110 puntos



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo palma

Av. El Polo N° 641 Monterrico – Surco, Lima – Perú



ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Título del trabajo: Conocimientos, Sobrecarga Laboral y Edad como Factores Influyentes en la Actitud del Cuidador Primario del Paciente con Cáncer Pulmonar

Responsables: Srta. Maliuska Stephanie, López Victorio y Cynthia Vanessa, Marroquín Acero. Estudiantes de Enfermería del X de la E.E.P.L.T.

Propósito de descripción de la investigación

Determinar el conocimiento, la sobrecarga laboral y la edad como principales factores influyentes en la actitud del cuidador primario del paciente con cáncer pulmonar hospitalizado.

Procedimiento

Si usted acepta participar de este estudio de investigación, las investigadoras (estudiantes de enfermería) coordinarán con usted una cita dentro de las instalaciones del Hospital, la cual será en la fecha y hora que a usted prefiera, se le entregará dos instrumentos que están compuestos por preguntas con alternativas de respuesta predeterminadas, para determinar el conocimiento, la sobrecarga laboral del cuidador primario del paciente hospitalizado con cáncer pulmonar.

Participación voluntaria

La participación en este estudio es voluntaria. Usted podrá retirarse de la investigación en cualquier momento. También podrá decidir que no desea participar ahora o podrá decidir que desea participar y cambiar de opción más adelante, teniendo en todo momento plena libertad de decisión. Si usted decide no participar o retirarse luego de comenzar el estudio, no se tomara ningún tipo de represalias o sanciones en contra de su persona.

Beneficios

Con su participación se busca tener más información sobre la relación que existe entre el conocimiento, sobre carga laboral, y edad con la actitud del cuidador primario de un paciente con cáncer pulmonar hospitalizado

En base a ello, se podrán crear nuevas estrategias educativas para todos los cuidadores primarios de los pacientes con cáncer pulmonar, que a larga favorecerán la convivencia con el paciente y su mejor calidad de vida.

Riesgos y molestias

No presentará ningún riesgo físico o mental, ya que su participación en la investigación solo consiste en resolver los cuestionarios que se le entregarán.

Privacidad

A fin de proteger su privacidad, su información y datos obtenidos serán rotulados con un número de sujeto de estudio y no con su nombre, ni con sus iniciales; conservando así su información y su consentimiento en un archivo seguro que no forma parte de los registros médicos. Su nombre no figurará en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, trabajándose los datos apenas para los fines establecidos en este consentimiento.

Remuneración:

No recibirá ninguna remuneración por participar en este estudio.

¿DESEAS PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO?

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado. Confirmando que la señoritas autoras de la investigación me ha explicado la información y los procedimientos que incluye. Confirmando que he leído la posibilidad de formular preguntas sobre este estudio y estoy satisfecho con las respuestas y las explicaciones referidas, tuve tiempo y la posibilidad de leer la información cuidadosamente, y decidir si deseo participar o no en el presente estudio.

Datos de la Investigadora

Si tuviera alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con las Srtas. Maliuska Stephanie, López Victorio o Cynthia Vanessa, Marroquín Acero al teléfono 4700704 - 5266251, quienes son responsables del estudio.

Se agradece su importantísima participación de antemano.

Se le hará entrega de una copia de este formulario, por favor llenar los espacios con letra imprenta y legible, gracias.

Consentimiento

Nombre del sujeto

participante:.....

Firma del sujeto:.....

fecha:...../...../.....

Personas que obtuvieron el consentimiento del sujeto: Maliuska Stephanie, López Victorio y Cynthia Vanessa, Marroquín Acero.

Firma de las investigadoras:

.....

Fecha:...../...../.....