UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TESIS

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SOBRECARGA DEL FAMILIAR ACOMPAÑANTE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN, LAMBAYEQUE 2017

Autora:
Bach. Bautista Montenegro Elita

Asesora:
Dra. Arias Flores Cecilia Teresa

Línea de Investigación:
Gestión, Seguridad y Calidad del cuidado

Pimentel – Perú
2017

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SOBRECARGA DEL FAMILIAR ACOMPAÑANTE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN, LAMBAYEQUE 2017

Aprobación de la Tesis

Mg. Janet Avalos Hubeck.

Presiente del jurado de tesis

Mg. Ursula Elisa Elias Bravo

Secretario del jurado de tesis

Dra. Norma del Carmen Galvez Diaz

Vocal del jurado de tesis

AUTORÍA

Autora: Elita Bautista Montenegro

Filiación Institucional: Universidad Señor de Sipán Chiclayo **DEDICATORIA**

A mi madre, a mi padre y a todas aquellas personas que me ayudaron y con su apoyo incondicional pude salir adelante.

Elita.

AGRADECIMIENTO

A ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A todas las personas que contribuyeron en la construcción y culminación de este trabajo de investigación un eterno agradecimiento muchísimas gracias, que Dios los colme de bendiciones.

A mis padres por su paciencia, comprensión y apoyo durante el desarrollo de mi carrera.

A mi querida Escuela por su dedicación y empeño en nuestra formación profesional por mostrarnos la esencia de Enfermería la cual es “Cuidar y que cuidar es ayudar a vivir”

Elita Bautista Montenegro.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	1
Abstract	2
CAPITULO I: INTRODUCCIÒN	3
1.1 Situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Hipótesis	4
1.4 Objetivos	5
1.5 Justificación	6
1.6 Antecedentes de investigación	7
1.7 Marco teórico	9
CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS	25
2.1 Tipo y diseño de la investigación	26
2.2 Métodos de investigación	26
2.3 Población y muestra	26
2.4 Variables y operacionalización	27
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información	31
2.6 Validación y confiabilidad de instrumentos	31
CAPITULO III. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	32
CAPITULO IV. DISCUSION	41
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1 CONCLUSIONES	43
5.2 RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	49

RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SOBRECARGA DEL FAMILIAR ACOMPAÑANTE DEL SERVICIO DE CIRUGIA, HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN LAMBAYEQUE-2017

RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND OVERLOAD OF THE FAMILY MEMBER ACCOMPANYING THE SURGERY SERVICE, PROVINCIAL HOSPITAL DOCENTE BELÉN LAMBAYEQUE-2017

Elita Bautista Montenegro [1]

RESUMEN

La investigación titulada relación entre calidad de vida y sobrecarga del familiar acompañante del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque tuvo como objetivo determinar y analizar la relación que hay entre calidad de vida y sobre carga del familiar acompañante. Se aplicó un estudio de abordaje cuantitativo con diseño descriptivo correlacional, cuya población estuvo conformada por 50 familiares, del servicio de cirugía de un nosocomio que pertenece al segundo nivel de atención en salud. El instrumento empleado fue el Cuestionario para medir de la calidad de vida que consta de 13 preguntas, se ejecutó la prueba piloto para medir la validación de la consistencia interna, para ello se aplicó la prueba de Alfa de Cronbach .0.975 lo que significa que el instrumento es confiable. El otro instrumento empleado fue la escala de Zarit que mide la carga percibida por el cuidador, evaluando salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptor del cuidado. Los resultados señalaron que los familiares acompañantes 70% de sexo femenino, 60% familiares directos de 40 años a más, indicaron un nivel muy alto en ambas dimensiones, imponiéndose sobrecarga con un 24% y calidad con un 4%. Asimismo el nivel alto también esta destacado por la sobrecarga con un 26% a diferencia de la calidad con un 16%. Se concluye que 78% indica que puede ser contraproducente el sobreesfuerzo y traer daños importantes a los familiares acompañantes.

Palabras clave: calidad de vida, sobre carga, familiar acompañante

ABSTRACT

The research entitled relationship between quality and overload of the accompanying family member of the surgical service, Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque, aimed to determine and analyze the relationship between the quality of life and the burden of the accompanying family member. A quantitative study with a descriptive correlational design was applied, whose population consisted of 50 relatives, a surgery service of a nosocomial that belongs to the second level of health care. The instrument used was the Questionnaire to measure the quality of life consisting of 13 questions, the pilot test was performed to measure the validation of internal consistency, for which applied the Cronbach Alpha test .0.975 which means that the instrument is trustworthy. The other instrument used was the Zarit scale that measures the perceived burden of the caregiver, assessing physical and psychological health, economic and labor area, social relations and relationship with the elderly person and recipient of care. The results indicated that 70% of the female relatives, 60% of the direct family members aged 40 and over indicated a high level in both dimensions, imposing an overhead with 24% and quality with 4%. Also the high level is also highlighted by the overhead with 26% of the quality with 16%. It is concluded that 78% of cases indicate that overexertion can be counterproductive and is important for family members.

Key words: quality of life, overload, family member

[1] Adscrita a la Escuela Profesional de Enfermería Pregrado, Universidad Señor de Sipan, Pimentel, Perú, email: bmontenegroe@crece.uss.edu.pe.

I. INTRODUCCION

1.1 Situación problemática

El familiar acompañante miembro o no de la familia, aparte de desempeñarse en sus actividades cotidianas y de realización personal, se ocupa del cuidado de un familiar que tiene alguna enfermedad y está incapacitado para auto cuidarse y/o satisfacer sus necesidades básicas. Presenta degaste físico y mental que desencadena una "crisis" y le origina una sobrecarga, posible aparición de estrés, disminución de horas de sueño y consumo de fármacos.[1] Desde ya hace años, las instituciones de salud tienen características específicas diseñadas para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades; orientadas a dar respuesta a necesidades de salud de población que la demande.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". Es necesario entender la calidad de vida como un concepto multidimensional, con un gran componente subjetivo, que se refleja en una percepción general de satisfacción.[2]

Muchos individuos alcanzan ahora vidas más largas, y el riesgo de padecer al menos una enfermedad crónica, aumentan con la edad debido a la acumulación de factores de riesgo en el transcurso de su vida por los inadecuados hábitos y costumbres, los cuales al ser identificados a tiempo podrían modificarse mejorando así la calidad de vida de las personas, especialmente de aquellas que se encuentran en los últimos años de su vida evitando la presencia de discapacidades asociadas a esta enfermedad.[3]

Por más cansado que se encuentre el cuidador primario atiende a su familiar enfermo, de esta manera se siente útil, productivo y contento de poder retribuirle al enfermo el mismo amor y dedicación que en algún momento esa persona le brindó. Tiene la oportunidad de mostrar un amor incondicional que trasciende todos los retos físicos, sociales y espirituales que conlleva cuidar a un familiar querido, el cuidador procura todas

las atenciones que requiere el enfermo sin esperar nada a cambio y mientras más amor ofrece, mayor es su nivel de satisfacción personal.[4]

El Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque es uno de los más antiguos de la región, en la actualidad pertenece al segundo nivel de atención; cuenta con más de 18 servicios de atención, uno de los cuales es el servicio de cirugía. El servicio de cirugía presenta 15 camas en su interior, un total de 8 enfermeras que rotan por el servicio y personal técnico asistencial, donde las pacientes post operados de distintas intervenciones quirúrgicas se instalan para poder ser evaluados y posteriormente recuperarse. Es ahí donde familias enteras llegan a visitar a sus pacientes que padecen de alguna enfermedad en complicación o que está en constante evaluación por el medico encargado.

Son muchas las personas que caminan por los pasillos del mencionado hospital, esperando el alta y recuperación completa de su paciente, familiar o amigo. La función del familiar acompañante es más que indispensable, muchas veces abrumadora y exagerada. La labor del familiar acompañante se ve afectada e interrumpida, y a su vez afecta con alto impacto en su salud provocando estrés, pérdida de peso y complicaciones severas, por esto y muchas razones se definió como problema. Desde esta perspectiva y por la trascendencia de la contribución de los familiares acompañantes en el ámbito de la hospitalización, esta investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la calidad de vida y la sobrecarga del familiar acompañante del servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque

Como aporte a la investigación va a permitir que los familiares acompañantes tengan una mejora en su calidad de vida y que la sobrecarga en estos momentos se vea disminuida durante el cuidado que se brinda al paciente, concientizando al familiar, recalcando su esfuerzo y a la vez que sea alertado de las consecuencias que tendría el descuidar su salud. Otro elemento fundamental en la mejora de calidad de vida es la comunicación que es y seguirá siendo pilar importante entre el paciente y acompañante, de esta forma se va a disminuir la sobrecarga laboral evitando perjuicios en la salud y su pronta recuperación de este último. Esta investigación servirá de referencia a futuras investigaciones científicas.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y sobrecarga del familiar acompañante del servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén?

1.3 Hipótesis

H1: Existe relación entre calidad de vida y sobrecarga del familiar acompañante en del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2017.

H0: No existe relación entre la sobrecarga y calidad de vida del familiar acompañante del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2017.

1.4 Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre la calidad de vida y la sobrecarga del familiar acompañante en el servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque

Objetivos Específicos

- Identificar la calidad de vida de los familiares acompañantes de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.
- Identificar el nivel de sobrecarga de los familiares acompañantes de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

1.5 Justificación

Sin duda la colaboración del cuidador familiar ha sido determinante ya que asume la responsabilidad del cuidado sobre todo en los pacientes con problemas crónicos, se ha destacado que esta función de cuidados tiene dos características: primero es ilimitada en tiempo, y la segunda, desde el punto de vista económico es que este trabajo no es remunerado por lo que tiende a ahorrar costos en las familias, aunado a que tiene que

adaptarse al espacio y ambiente del hospital, que en estudios cualitativos, los cuidadores han expresado que no tienen condiciones favorables ya que su lugar en el hospital se reduce a una silla al lado del paciente, además en salas generales, el ruido por llanto o quejidos de otros enfermos y olores, no les permite descansar o comer.

Por su importancia en el cuidado en otros países como Canadá se ha mencionado que los cuidadores no remunerados le ahorran al sistema de salud más de cinco millones de dólares anuales, lo que representa un beneficio para las instituciones hospitalarias, de igual manera en Estados Unidos se ha reportado que los cuidadores permiten un ahorro anual de 257mil millones de dólares al presupuesto gubernamental. [5] En México no se ha estudiado el costo beneficio de este tipo de cuidado, solo se ha reportado el perfil del cuidador, asi como el tipo de actividades que realiza en el hospital, resultados que tienen similitud con estudios realizados en España, otro aspecto estudiado del cuidador es en el ámbito domiciliario específicamente cuidadores de enfermos crónicos o con afecciones de salud mental. [6, 7]

Desde el punto de vista teórico científico de este trabajo se enfoca en el aporte de un conocimiento basado en teoría científica en referencia a la relación que existe entre la calidad de vida y la sobrecarga de los cuidadores familiares, el cual servirá de ayuda como antecedentes para investigaciones venideras, de este modo fortalecer y contribuir teorías que permitan analizar y enfocarnos desde el ámbito preventivo y elevar la calidad de vida en el cuidador familiar. A través de la difusión de los resultados se pretenden que los cuidadores busquen diversos tipos de ayuda para manejar de la mejor manera, el proceso en el que se encuentran, así mismo permite contar con un instrumento que permita evaluar la calidad de vida de los cuidadores desde un abordaje enfermero. [8]

Cualquier persona que visite los servicios de hospitalización se encontrará con la figura del cuidador especialmente al lado de aquellos pacientes con algún tipo de dependencia física los cuales requieren de una persona que les apoye en las actividades encaminadas a su bienestar. La hospitalización representa una experiencia única e inesperada tanto para las personas enfermas como para los familiares que apoyan al cuidado, lo que conlleva alteraciones en la vida diaria de los cuidadores por la dinámica propia del hospital, la comunicación con los familiares en algunas ocasiones se torna insuficiente de tal forma que la relación que lleva el receptor del cuidado es únicamente a través de la persona cuidadora volviéndose éste el apoyo principal. [9]

Lo relevante de la presente investigación, al determinar el índice de calidad de vida del cuidador familiar y la dependencia del receptor durante la hospitalización describe las características de las dimensiones relacionadas a la calidad de vida, el personal de salud en especial el enfermero quien está a cargo del cuidado holístico de la persona, sin duda la colaboración del cuidador podrá utilizar estos resultados para proponer las estrategias preventivas promocionales para ser ejecutadas en la práctica rutinaria en busca de poder mejorar la relación entre calidad de vida y la sobrecarga laboral del cuidador familiar. La enfermedad afecta tanto al paciente como a su cuidador principal, de tal forma que cuando el cuidado es continuo, se reconoce que hay sobrecarga del cuidador o cansancio de rol de cuidador que inicia durante la

hospitalización. [10]

1.6 Antecedentes de investigación

La problemática que se ha planteado se sustenta teniendo en cuenta los resultados presentados por algunos investigadores entre los cuales tenemos: Jack Roberto Silva y Judyth Tereza Gonzales, año 2016; cuyo tema se tituló: sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor, la metodología utilizada fue un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado con 183 adultos mayores y sus respectivos cuidadores atendidos en un consultorio de geriatría. Los resultados obtenidos fueron que en los adultos mayores, hubo predominio del sexo masculino; la edad promedio fue de 74,8 años y estaban casados.

En los cuidadores, predominó el sexo femenino; la edad promedio fue de 44,3 años. El total de cuidadores tenían estudios superiores, estaban casados y eran hijos de los adultos mayores. Según la evaluación con la Escala de Zarit, el 18,1% presentó algún tipo de sobrecarga; en cuanto a la calidad de vida, las dimensiones con menor puntuación fueron Salud general, Salud mental y Vitalidad. Se obtuvo una correlación inversa entre la puntuación total de la Escala de Zarit y todas las dimensiones de la calidad de vida. Conclusión: Se observó que el desgaste de la calidad de vida se debe a la sobrecarga en el cuidado del adulto mayor. Por lo tanto, se hace necesario acompañar el estado de salud de los cuidadores con la finalidad de prevenir alteraciones físicas y mentales.[11]

Pinzón E, Gloria M. Carrillo, 2016. En su investigación carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. El objetivo principal fue establecer la relación entre la carga del cuidado y la calidad de

vida en cuidadores familiares de personas con enfermedades respiratorias crónicas. Un estudio de abordaje cuantitativo descriptivo, correlacional, y corte transversal. Fueron 55 cuidadores familiares que asisten a una institución de tercer nivel de atención en salud de la ciudad de Bucaramanga. Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres, de estratos socioeconómicos bajos, ocupación hogar, una mediana de 18 horas día a la asistencia y cuidado; presentan una calidad de vida global percibida media. En cuanto a la carga del cuidado el 23,7% de los cuidadores presenta una sobrecarga severa, el 27,3% sobrecarga leve y el 49%, no presentan sobrecarga de acuerdo con la clasificación establecida por Zarit.[12]

Según un estudio en San Luis de Potosí, como muestra de los 106 cuidadores de pacientes hospitalizados en un Hospital público, el 51% pertenecieron al servicio de medicina interna y el 49% al servicio de cirugía, el 78% fueron mujeres y el 22% hombres. Dentro de las características sociodemográficas de los cuidadores, se observa el predominio de las mujeres, en edad promedio de 42 años, estado civil casadas, con primaria como escolaridad y de ocupación labores del hogar. También se visualiza la inclusión de los hombres como cuidadores, el 39.1% se encontraban en el rango de edad de 31 a 43 años y en el mismo porcentaje de 44 a 56 años, con estado civil casados, con escolaridad de secundaria y de ocupación empleados.[13]

Chafio P, Gallo Gladis. 2016. En su investigación, Calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atienden en el centro de salud José Olaya - Chiclayo. Determinar la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atiende en el Centro de Salud José Olaya. De un total de 42 personas quienes aceptaron participar en la encuesta, se concluyó que el porcentaje del Percentil Optimo es el que sobresale a un 48% del índice de calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atiende en el centro de salud José Olaya Chiclayo, por otro lado el porcentaje mínimo es del percentil inferior con un 12%; es decir las dimensiones evaluadas influyen en la mejora d calidad de vida ya que a esta edad tienen dificultad para adaptarse a su entorno.[3]

Se observa que el porcentaje del Percentil Optimo es el que sobresale es de un 95% del índice de calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en la dimensión bienestar emocional que se atiende en el centro de salud José Olaya de Chiclayo, por otro lado el porcentaje mínimo es del percentil inferior con un 2%; en cuanto a las respuestas marcadas de la encuesta encontramos que un 26 % de los adultos mayores en algunas

veces tienen problemas de comportamiento, las cuales mediantes sus dificultades se muestran temerosos para que ellos puedan resolver con eficacia las tareas habituales que tienen por realizar que se plantean en su vida diaria.

Li Cristal. 2014. En su trabajo de investigación titulado "Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el hospital regional docente Las Mercedes" durante el periodo octubre – diciembre 2013. Tenía como objetivo principal describir el nivel de sobrecarga y sus factores asociados en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que fueron atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. En base a un estudio transversal descriptivo, captándose a una muestra de familiares cuidadores mayores de edad que tenían a cargo pacientes esquizofrénicos atendidos en consultorio externo.

Se evaluó el nivel de sobrecarga mediante la Escala de Sobrecarga de Cuidador de Zarit, que se aplicó posterior a un consentimiento informado. Se encontró que una cantidad elevada de familiares cuidadores presentan sobrecarga, sobre todo a predominio leve 69,66% (62/89), en cuidadores cónyuges (94.12% -16/17-), en padres (94,44% -17/18-) y a menor grado de instrucción (90,00% -9/10-). Y se llegó a la conclusión que existe una gran proporción de sobrecarga en nuestros familiares cuidadores. Al ser identificados grupos específicos vulnerables a este problema nos va a permitir desarrollar intervenciones enfocadas a estos grupos para mejorar la calidad de vida de las personas y por lo tanto la salud los pacientes a cargo. [14]

Barron B, 2010. El análisis de los efectos de la sobrecarga y los cambios en la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes con enfermedad renal terminal son todavía escasos, por lo que obviamente hay necesidad de más estudios sobre este tema. El conocimiento de las características del cuidador y la exploración de la relación entre sobrecarga y los parámetros de calidad de vida son de importancia fundamental, ya que pueden optimizar y dirigir el apoyo y la intervención de medidas necesarias para reducir los efectos negativos en la vida de los cuidadores y los pacientes.[15]

1.7 Marco teórico

El concepto etimológico de la palabra calidad proviene del vocablo griego "kalos", que significa bueno, hermoso, apto, favorable, y del vocablo latino "qualitem", que significa propiedad. Calidad es entender que el paciente es quien define la calidad de nuestro servicio. Obsesionarse por complacer a los pacientes y no sentirse contento sólo con "librarlos de sus problemas inmediatos", es un proceso que involucra a todos los

empleados. [16] La conducta humana se aprende y se produce a consecuencia de las acciones entre los miembros de las diversas organizaciones humanas, en las cuales, por cierto, la familia como organización determina gran parte de las conductas que se observan en los grupos humanos.

El concepto de calidad de vida, se enfoca de una manera amplia y subjetiva, que está influenciado por el entorno en que vive la persona, como: la sociedad, la familia, el trabajo, la economía, la cultura, etc. Rodríguez (2008) menciona que el concepto de calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos y que en las últimas décadas existe un incremento en el número de investigaciones relacionadas con este concepto, ya que diversos autores buscan definirla donde abarque todos los aspectos de calidad de vida en un solo concepto. [14] La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos (Enriquez, 2007); a continuación, se mencionarán los factores que el autor menciona.[17]

En cuanto a los factores objetivos: se refiere a condiciones externas: salud física y psicológica, nivel de ingresos, relaciones sociales, cultura en materia de salud y hábitos saludables de vida, acceso a servicios médicos, entre otros. Todo lo mencionado anteriormente contribuye a una mejora en la calidad de vida. Los factores subjetivos que es la valoración que la propia persona hace frente a su vida, se entiende como aquella valoración personal que le permita sentirse bien consigo mismo. Es por eso que la persona al enfrentar el proceso de enfermedad crónica, se ve así mismo con limitaciones y dificultades para ejercer sus actividades, llevándolo a sentirse infeliz lo cual puede dañar las demás dimensiones de la calidad de vida. Por ello es importante tener en cuenta la percepción individual en la evaluación de su calidad de vida.

Asimismo, Calman menciona que realizó una amplia revisión sistemática de los trabajos sobre calidad de vida para intentar encontrar una sola definición y la única conclusión que encontró es que “muchos son los que lo han intentado pero nadie ha podido definirla”. Esta dificultad podría deberse que muchos autores tienen su propia percepción enfocada de manera personal, a esto se le conoce como subjetivismo que cada individuo emplea al momento de definir qué es lo que le hace vivir bien y hacerlo sentir feliz. Por lo tanto, calidad de vida podría entenderse como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal. [18]

Todas las personas actuamos conforme a las fuerzas internas que nos motivan, las conductas son las respuestas que nos permiten satisfacer diversas necesidades. Por otra parte, los valores inculcados en el seno familiar y social determinan en gran medida las formas conductuales que nos individualizan. La satisfacción de necesidades, sean éstas individuales o colectivas, sólo puede lograrse mediante la coordinación sistemática de medios, los cuales, a su vez, solamente se dan en sociedad. Las escalas de valores varían de un individuo a otro. Es posible darse cuenta que mientras más grande es una organización humana, más escalas de valores existirán. Lo antes mencionado implica complejidad de medios para hacer efectiva la organización.

La función de las personas dentro de las organizaciones es sin duda alguna la que permite o impide la satisfacción de objetivos, tanto individuales como organizacionales. La administración se orienta, así, a buscar el equilibrio entre la acción y los valores que motivan las conductas para de esta forma lograr los satisfactores de las necesidades humanas y, al mismo tiempo, lograr objetivos colectivos. Una de las tareas medulares de los administradores es armonizar los intereses individuales con los de la organización y conducir al logro de los objetivos. Existen variadas teorías de la motivación humana que son utilizadas en la administración, a efecto de aplicar la mejor forma de dirección y con ello el desarrollo de las personas y de la propia organización. El modelo neoclásico de la administración es rico precisamente en todos los aspectos relacionados con el elemento núcleo, que son las personas. [19]

Calidad de vida, "es el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o para ella", nos refiere el autor Olano R (2015). Según Lawton y Haas, es la evaluación multidimensional de circunstancias o criterios interpersonales y socio-normativos, del contexto personal y ambiental de un individuo. [17] Dorothea Orem, en su teoría nos dice que incorporar los factores de los familiares o sociales que pueden influir e interactuar en la persona para ayudarle a llevar a cabo y mantener acciones para conservar la salud, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta, como son los componentes de poder que poseen la persona o a familiares, considerados por el personal enfermero; constituidos por la capacidad para adquirir conocimiento y hacerlo operativo, para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades diarias. Permite al familiar suplir al individuo en sus actividades de autocuidado.

El paciente al estar limitado, por su condición de postración y/o pérdida de autonomía, resulta en una relación de dependencia, específicamente con su cuidador. El Consejo de Europa (Consejo de Europa, 1998), en Vilalta y Vallés (2009) [20], define la dependencia como « necesidad de ayuda importante para actividades de la vida cotidiana», o, de manera más precisa, como « estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida cotidiana y, de modo particular, los referentes al cuidado personal»

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la coexistencia de tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. [21] Es oportuno incluir aquí la nueva clasificación de discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (2001), denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que fue adoptada en el año 2001 y propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

Déficit en el funcionamiento: es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. (sustituye al término «deficiencia», tal y como se venía utilizando por la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM, de 1980) (Organización Mundial de la Salud, 1980). Limitación en la actividad: Son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. (substituye el término «discapacidad», tal y como se venía utilizando en la CIDDM). Restricción en la participación: Son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. (substituye el término «mi nusvalía», tal y como se venía utilizando en la CIDDM). Discapacidad: En la CIF es un término «paraguas» que se utiliza para referir- se a los déficits, las limitaciones en actividades y en la participación.

Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno que abarca factores contextuales y ambientales. La dependencia viene a ser un atributo inseparable de la discapacidad en cuanto que sería consecuencia funcional, además, puede existir discapacidad sin que aparezca dependencia. La necesidad de ayuda y el grado de discapacidad es lo que convierte a una

persona dependiente de otras. La dependencia puede entenderse, como resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad, envejecimiento o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. [22]

Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca restricciones en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.[18] El nuevo modelo de calidad se fundamenta en las dimensiones de calidad de vida desarrolladas por Shalock y Verdugo. Ambos autores nos platean 8 dimensiones de calidad de vida a la vez que proponen indicadores e ítems para su evaluación. Dimensión de Bienestar emocional que tiene en cuenta los sentimientos como las satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridadinseguridad y de capacidad–incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión. La calidad de vida es un modelo que integra las condiciones objetivas de vida, la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida y los valores personales. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del cuidador especialmente cuando se dedica al cuidado de personas con algún tipo de dependencia física. [19]

Dimensión de relaciones personales a partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y si manifiesta sentirse querido por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes. Dimensión de Bienestar material que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan de vida confortable, saludable y satisfactoria. Dimensión de Desarrollo personal que tenga en cuenta las competencias y habilidades sociales, la utilidad social, la participación en la elaboración del propio programa.

El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación. Dimensión de Bienestar físico desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas si las necesita. Se ha señalado que entre los problemas

físicos más frecuentes como consecuencia del cuidado aparecen los problemas osteomusculares, sobre todo en espalda, brazos y hombros que suelen ser de tipo crónico.[20]

Dimensión de autodeterminación que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones. La autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia. Dimensión de Inclusión social valorando si se da rechazo y discriminación por parte de los demás. Podemos valorarlo a partir de saber si sus amigos es amplia o limitada, sí utiliza entornos de ocio comunitarios.

La inclusión puede medirse desde la participación y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social. Dimensión de la Defensa los derechos que contempla el derecho a la Intimidad, el derecho al respeto medible desde el trato recibido en su entorno. Es importante indagar sobre el grado de conocimiento y disfrute de los derechos propios de ciudadanía. Las dimensiones de calidad de vida planteadas por Shalock y Verdugo son altamente coincidentes con los principios de la convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad y con el desarrollo del Tercer Plan de discapacidad en sus elementos.[21]

En López, Janet (2013). Como hemos visto, en estos últimos años, se han ido investigando temas que incluye el cuidado de las personas con alguna característica en común. Durante el transcurso de estas investigaciones, se han adaptado diferentes conceptos o definiciones sobre las palabras bases: cuidar, cuidado y cuidador, que fueron variando en cierto modo su significado, ya que de este modo se va adaptando al trabajo referente que se está realizando. Estas palabras, cabe resaltar, son muy usadas sea para un profesional de salud, una persona o un familiar que practican el arte de cuidar hacia otras personas, por lo que se considera de gran importancia que el cuidador tenga conocimiento sobre el cuidado que se debe brindar al cuidar y cubrir sus necesidades.

Cuidar significa brindar atención, asistencia o conservación de la salud de otra persona por medios de actividades que implica de tiempo, responsabilidad y paciencia; acompañando a la persona en sus experiencias de vida, siempre viéndola de forma holística, en todas sus dimensiones. Muchas personas piensan que cuidar es una responsabilidad hecha por obligación y una forma de demostrar la ayuda y los

sentimientos de cariño que se da a través del cuidado; un ejemplo sería, una familia que piensa que desde el momento que se contrajo matrimonio, la esposa tiene obligación de cuidar a su esposo e hijos y esta obligación la asume desde el inicio de su matrimonio, por lo que el concepto de cuidar varía en cada punto de vista por persona.

Mientras cuidar, para un profesional de salud, puede significar el brindar atención "incondicional" y es parte de su labor, para una estudiante de enfermería significa colocarse en lugar de otra persona, dar atención y respeto al cubrir las necesidades de otros y preocuparse de la otra persona. Por otro lado, el cuidado es la acción, actividad o intervención al querer cuidar a otro ser; es tener una atención o solicitud para realizar algo bien y se ve de forma multidimensional, ya que las personas tienen diferentes dimensiones, es holístico, comprende diversos puntos a considerar que esta junto formando uno solo. A partir de este concepto sale la habilidad de cuidado, que es el arte y la experiencia que una persona ha ganado para satisfacer los requerimientos del otro.

Siendo el cuidador la persona que realiza el cuidado, "el arte de cuidar". Considerado también como un medio, recurso, o instrumento para obtener cuidados específicos preservando la vida de aquellas personas con enfermedades crónicas. Con el paso del tiempo, se ha podido identificar nuevas formas de mencionar a los cuidadores, basándose en la relación que tiene con la persona cuidada. Podemos encontrar el cuidador informal (personas que no tiene algún cargo de salud ni social pero que cuidan a otras personas en sus domicilios), cuidador primario informal (es aquel que asume la responsabilidad total del otro sin recibir ayuda económica ni capacitación), cuidador familiar (persona que presta atención a otra que necesita de supervisión por alguna discapacidad o enfermedad se en un hogar, hospital o institución), cuidador principal familiar (da asistencia básica a los pacientes en su condición crónica, asume las principales decisiones sobre su cuidado), cuidador primario (pone en marcha la solidaridad para confrontar la realidad que afecta a su familia) y cuidador principal (persona cercana que brinda apoyo físico – emocional a otro de manera permanente y comprometida).

Durante los últimos años, el cuidado fue cambiando en sus diversos aspectos y junto a ella el cuidador ha adaptado nuevas habilidades y conocimientos; para el cuidado de las personas que recién vienen a la vida como los de avanzada edad. Esto se debe a la constante evolución de latecnología y los nuevos estudios que se han realizado para mejorar las técnicas y modos de vida de las personas con enfermedades de gran impacto

para cada tiempo (enfermedades que en su mayoría son de aguda a crónicas y trasmisibles). Es así que en este siglo podemos observar (sobre todo en los centros de salud) nuevos equipos que permitan dar un mejor diagnóstico y cuidado como nuevas técnicas de ejercer el cuidado.

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

Orem, afirma que el enfermero (a) puede actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar, y proporcionar un entorno para el desarrollo, Hoy en día, enfermeros(as) comprometidos/as con una práctica profesional junto a pacientes y cuidadores familiares son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven esas personas ante diferentes experiencias de salud.[23]

La teoría de los Cuidados de Kristen Swanson, define el acompañamiento de los familiares de pacientes como el apoyo del personal de enfermería a la familia que se hace partícipe directa del cuidado de la persona enferma, empoderando a los cuidadores familiares, considerándolos un apoyo fundamental para garantizar la continuidad, en el hogar, de los cuidados que brindan los profesionales enfermeros. Swanson considera que el acompañamiento enfermero a familiares de pacientes incluye como dimensiones aspectos de orden biofísico, emocional, familiar y social; entendidos como determinantes de las acciones de compromiso y responsabilidad implícitos en el acompañamiento enfermero a los cuidadores familiares. Los aspectos biofísicos incluyen: provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que mediante la planificación, organización, motivación y control, aseguren la continuidad de la atención y ofrezcan a los cuidadores familiares los mejores resultados posibles.

La dependencia y los cuidados de larga duración es una de las características de las necesidades de cuidados de las personas dependientes, son los cuidados de larga duración, la necesidad que tiene la persona dependiente de recibir una asistencia por parte de otros durante un periodo prolongado de tiempo. Casado menciona que “los

cuidados de larga duración (CLD) se diferencian de los cuidados agudos en que los objetivos de CLD se centran en restablecer, minimizar o compensar la pérdida del funcionamiento físico y/o mental de la persona, en ayudar a las personas a completar las tareas esenciales de la vida cotidiana y permitirle ser independiente". [24]

Los CLD presuponen una atención de intensidad progresiva, debido a que la cantidad y frecuencia de los cuidados aumenta conforme se incrementa el grado de dependencia de la persona receptora de cuidados. Este tipo de cuidados incluyen servicios de salud, sociales, de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, provisión de ayudas técnicas y servicios de transporte. A pesar de que existe una cierta controversia en cuanto a incluir los servicios de salud dentro del contexto de los CLD, autores señalan que la provisión de este tipo de cuidados es compleja en cuanto que incluye de forma conjunta servicios de salud, sociales y de otra índole.

Los CLD pueden ser provistos por la familia, domicilio, ser compartidos por la familia y un centro externo al domicilio en régimen ambulatorio durante el día (Centros de Día) o a través de una institución sociosanitaria. A pesar del desarrollo de los servicios de larga duración por parte del Estado o la empresa privada, el cuidado familiar sigue siendo la forma dominante de cuidado en todo el mundo. Debido a la importancia que tiene en este trabajo el cuidado familiar, este aspecto se ampliará a lo largo de los siguientes apartados.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humadas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Henderson define la persona como un ser integral con componentes biológicos, sicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si. Considera el entorno como aquellos factores intrínsecos y extrínsecos a la persona, incluyendo estos últimos a la familia. Concibe a la enfermería como un servicio a la sociedad, y de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Equipara la salud con la satisfacción adecuada de las catorce necesidades básicas.[25]

Shwartzmann, en su modelo propone la evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. Él considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos, psicológicos, sociales y familiares y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente. La esencia está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado salud, depende en

gran medida de sus valores y creencias, su contexto cultural e historia personal, siendo una noción eminentemente humana relacionada con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar y social.[26]

Al ser sometido a un conjunto de rutinas hospitalarias establecidas como: horarios de comida, higiene, alimentación y sueño, aunado a la situación de desconocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico, de modo que alteran el ritmo de vida. De manera que el hospital para un paciente se convierte en un nuevo entorno de atención en donde debe asumir nuevas normas, valores y símbolos, que implica un cambio en la vida cotidiana, tanto física como mental, para sobre llevar este periodo, está normada la presencia del acompañante que en este estudio se le denominó "cuidador", definido como la persona, familiar, cónyuge, amigo o vecino que proporciona apoyo y cuidado a la persona enferma hospitalizada; este apoyo es considerado de gran importancia para superar el miedo y la inseguridad que implica cualquier enfermedad.

Es por ello que durante la hospitalización la presencia del cuidador, está controlada por el horario de visita o de permanencia hasta 24 horas; el tiempo es determinado, por el estado de salud y dependencia del paciente. En estudios sobre éste tema han reportado que durante la estancia de hospitalización realiza actividades tendientes a satisfacer las necesidades básicas como: alimentación, movilización, apoyo en la eliminación, hidratación, higiene, así como colaborar en las medidas terapéuticas tales como: aplicación de medicamentos tópicos, colocación de nebulizaciones, vigilancia de oxígeno y de la venoclisis; también se ha señalado que brinda apoyo emocional, creando sentimientos de tranquilidad y seguridad hacia el paciente, así mismo es un vínculo de comunicación entre los familiares y el equipo de salud.

Según Rota Alejandra, La deambulación, como actividad física, es necesaria para fomentar las capacidades físicas, promover la circulación sanguínea y la oxigenación así como para fomentar el cansancio en la persona que permitirá tener un sueño apropiado y reparador. Pero para que la deambulación sea beneficiosa, esta debe de ser segura para la persona. [27]

Sin duda la colaboración del cuidador familiar es determinante ya que asume la responsabilidad del cuidado sobre todo en los pacientes con problemas crónicos, se ha destacado que esta función de cuidados tiene dos características: primero es ilimitada en tiempo, y la segunda, desde el punto de vista económico es que este trabajo no es remunerado por lo que tiende a ahorrar costos en las familias, aunado a que tiene que

adaptarse al espacio y ambiente del hospital, que en estudios cualitativos, los cuidadores han expresado que no tienen condiciones favorables ya que su lugar en el hospital se reduce a una silla al lado del paciente, además en salas generales, el ruido por llanto o quejidos de otros enfermos y olores, no les permite descansar o comer.

Vilalta (2009), menciona que, no existe un consenso entre los investigadores y los profesionales asistenciales acerca del término que mejor resume el impacto del cuidar en el cuidador familiar. Incluso en la bibliografía relacionada a este tema, se utilizan diferentes términos y conceptos. La mayoría de ellos presuponen una connotación negativa unida al hecho de cuidar y son pocos los que utilizan una terminología que englobe tanto los aspectos negativos como los positivos que implica el cuidar. El concepto de carga se remonta a principios de los años 60; se utilizó para estudiar los efectos que tenía sobre las familias el hecho de mantener a enfermos psiquiátricos en la comunidad.

Posteriormente, en los años 80 se utilizó el término de carga familiar o sobrecarga en el ámbito gerontológico. Fue definida como conjunto de problemas de orden físico, psíquico, social, emocional o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados.[28] En la literatura procedente del campo de la psiquiatría como de la gerontología se establece una distinción entre carga objetiva y carga subjetiva. La objetiva es la que se define como grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos de la vida del cuidador y del ámbito doméstico. Hace referencia a las alteraciones en la vida familiar, en el trabajo, vida social, tiempo libre, tareas de la casa, economía y salud física.

La carga subjetiva se define como las actitudes y reacciones emocionales debidas al hecho de cuidar. En el campo de la gerontología el sentimiento de carga se ha utilizado como un factor relacionado con la utilización de servicios de larga estancia, así como en la calidad de vida de los cuidadores (Martínez, 2002; Chappell y Reial, 2002; Artaso et al, 2003). Autores señalan la relevancia del concepto de sobrecarga, especificando que es más importante el grado en que la cuidadora valora las situaciones estresantes a las que está expuesta que el número de situaciones a las que se enfrenta. Cuando la reacción emocional es muy intensa, muy frecuente y muy duradera, la salud y el bienestar de la cuidadora puede afectarse.

El familiar acompañante asume una tarea no retribuida y en ocasiones no esperada ni deseada respecto a la persona cuidada que padece un problema de salud que requiere una ayuda para sobrevivir. Esta ayuda que ofrece el cuidador, le impide cumplir, en

muchas ocasiones, las relaciones y obligaciones recíprocas entre adultos (asunción de roles, trabajo, comunicación, autocuidado,...). La sobrecarga se produce al añadirse el papel de cuidador a los roles habituales familiares, es decir, a hacer más de lo que "le corresponde" o "lo que puede". [29] Los conceptos de carga y sobrecarga han sido muy utilizados en el campo de la investigación, muchos autores consideran conceptos ambiguos, adolecen de una insuficiente elaboración teórica y una disparidad en cuanto a su definición; también afirman que no existe un modelo conceptual claro que diferencie la carga objetiva de la subjetiva (Montorio et al., 1998).

A pesar de que el concepto de sobrecarga no es homogéneo, como se ha dicho anteriormente, Zarit (1986), uno de los autores que ha estudiado con más profundidad los efectos de la sobrecarga en los cuidadores de enfermos con demencia, la define como el impacto en la salud emocional, física, vida social y situación económica del cuidador como consecuencia del cuidado de su familiar. Es necesario tener en cuenta, al hablar del concepto de carga, las connotaciones negativas que conlleva la utilización de este término, como aquel conjunto de problemas ocasionados en el cuidador por el hecho de cuidar. Sin embargo, el cuidador puede experimentar experiencias positivas en el cuidado, como la compañía que proporciona la persona cuidada, la satisfacción personal, las emociones agradables, etc.

Esto significa que los cuidadores pueden hacer valoraciones negativas o estresantes asociadas al hecho de cuidar y simultáneamente valoraciones positivas. En algunas ocasiones el concepto de carga o sobrecarga se relaciona con el de calidad de vida, a pesar de que no son conceptos equivalentes; autores insisten en la importancia de investigar sobre la salud de las cuidadoras con medidas de calidad de vida, es en esta dimensión, la calidad de vida, en la que se deben orientar las intervenciones de ayuda a los cuidadores. Por tanto, a continuación se hará referencia a este concepto.

El concepto de calidad de vida se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.[30] Se trata de un concepto muy subjetivo, ya que la calidad de vida se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo (Dimenäs, Dahlöf, Jern y Wiklund , 1990). Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con los objetivos, expectativas, normas e inquietudes. [31]

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". La calidad de vida se experimenta cuando las necesidades de una persona se ven satisfechas y cuando se tiene la oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes (Hörnquist, 1989). El concepto de calidad de vida comienza a popularizarse en la década de los 60, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como son la salud, la salud mental, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. [32]

A mediados de los 70, el término comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida englobando diversas dimensiones, tanto objetivas como subjetivas pero es fundamentalmente la percepción del individuo lo que refleja la calidad de vida que experimenta (Góme-Vela y Sabeh, 2007). La calidad de vida está estrechamente relacionada con la salud. La buena salud es un indicador universal de calidad de vida, por ello, el tener una buena calidad de vida es muy probable que se dé en personas saludables.

Según Schalock y Verdugo (2003), la calidad de vida es un constructo multidimensional que incluye el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos. Por otra parte, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud agrupa elementos que forman parte del individuo, así como aquellos que, externos al individuo, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995). La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que refleja las actitudes, conductas físicas, emocionales y sociales de un individuo, relacionado con su estado de salud previo y actual. [33]

Por lo tanto, la calidad de vida relacionada con la salud traduce la influencia que la salud tiene sobre las actitudes y el comportamiento en la vida diaria de las personas. Este concepto depende de la subjetividad del individuo, de forma que, a iguales estados de salud, pueden corresponder percepciones diferentes de calidad de vida (Testa y Simonson, 1996), y por lo tanto diferentes capacidades para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (Nauhton et al., 1996). Una aportación importante del concepto de calidad de vida relacionada con la salud es que incorpora la percepción subjetiva de la persona de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (Schwartzmann, 2003).

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud supone atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad hecha por el clínico, a la percepción del paciente acerca de su padecimiento y a la percepción familiar del impacto que la situación de cuidados implica. Implica además aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de la calidad de vida relacionada con la salud asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento) (Leplège y Hun, 1998).

La esencia de este concepto está en reconocer la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Si bien la incorporación de las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida. Referente a estudios sobre la calidad de vida de los cuidadores familiares, algunos autores señalan importancia de utilizar marcos teóricos que guíen la investigación y de que el instrumento de medida debe estar fundamentado en la teoría. [34]

Por otra parte, se han desarrollado otros conceptos que resumen el impacto del cuidar en el cuidador familiar desde el campo de los cuidados enfermeros. Se han definido diversas taxonomías relacionadas con el cansancio, la sobrecarga, las repercusiones y/o la salud del cuidador. La North American Nursing Diagnosis Association, que nace en 1973 ante la necesidad de disponer de una terminología adecuada para describir los fenómenos propios de la disciplina enfermera. En respuesta a esta necesidad nacen las taxonomías enfermeras de diagnósticos. Esta asociación definió el diagnóstico enfermero como "un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales”.

Los diagnósticos enfermeros proporcionan base para la actuación de la enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. La NANDA, a través de grupos de trabajo, y en las diferentes conferencias que ha celebrado, ha consensuado la definición de 172 diagnósticos. De ellos, algunos hacen referencia al tema que nos ocupa, es decir, la salud familiar y del cuidador informal (NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros, 2003; Luis, 1993; Luis, 2006). Cita los siguientes:

- Cansancio del rol de cuidador. Se refiere a una situación en que el cuidador familiar tiene dificultad para seguir asumiendo ese papel. - Riesgo de cansancio en el

desempeño del rol de cuidador. Se refiere a una situación en que el cuidador habitual de la familia tiene la sensación de que le resulta difícil seguir desempeñando ese rol. - Afrontamiento familiar comprometido. Se refiere a una situación en la que el apoyo, la ayuda o el estímulo que brinda la persona de referencia es insuficiente o ineficaz para que el usuario maneje de forma adecuada las tareas de desarrollo requeridas para afrontar su situación de salud.

- Afrontamiento familiar incapacitante. Se refiere a una situación en que la conducta de la persona de referencia inutiliza sus propias facultades y las del usuario para la adaptación efectiva de ambos a la situación de salud.

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico. Se refiere a una situación en que la forma en que la familia integra en sus procesos un programa de tratamiento de la enfermedad y sus secuelas resulta inadecuada para alcanzar los objetivos de salud fijados.

En resumen, tal como se puede apreciar, se utilizan diferentes conceptos y terminologías para referirse al impacto del hecho de cuidar a un familiar. Por lo tanto, ante esta diversidad de denominaciones es difícil seleccionar aquel que mejor engloba las diferentes áreas que pueden estar relacionadas con las repercusiones que puede ocasionar al cuidador el hecho de cuidar a un familiar. Por ello, a lo largo de este trabajo, se va a utilizar indistintamente el término sobrecarga o calidad de vida al referirse al impacto del cuidar en el cuidador familiar. Un tercer referente teórico presente en este trabajo es, pues, el concepto de calidad de vida al que se ha hecho referencia, ya que es la connotación subjetiva unida a este concepto, es decir, la percepción del cuidador familiar sobre el impacto del cuidar, la que se pretende abordar en este estudio.

Desde el punto de vista teórico científico de este trabajo se enfoca en el aporte de un conocimiento relacionado a la teoría científica sobre la relación que existe entre la calidad de vida y la sobrecarga de los cuidadores familiares, el cual servirá de ayuda como antecedentes para investigaciones futuras y de este modo fortalecer y contribuir teorías que permiten analizar y enfocarnos desde el ámbito preventivo y elevar la calidad de vida en el cuidador familiar. A través de la difusión de los resultados se pretenden que los cuidadores busquen diversos tipos de ayuda para manejar de la mejor manera, el proceso en el que se encuentran, así mismo permite contar con un instrumento que permita evaluar la calidad de vida de los cuidadores desde un abordaje enfermero.

Covarrubias. L, menciona que cualquier persona que visite los servicios de hospitalización se encontrará con la figura del cuidador especialmente al lado de aquellos pacientes con algún tipo de dependencia física los cuales requieren de una persona que les apoye en las actividades encaminadas a su bienestar [35]. La hospitalización representa una experiencia única e inesperada tanto para las personas enfermas como para los familiares que apoyan al cuidado, lo que conlleva alteraciones en la vida diaria de los cuidadores por la dinámica propia del hospital, la comunicación con los familiares en algunas ocasiones se torna insuficiente de tal forma que la relación que lleva el receptor del cuidado es únicamente a través de la persona cuidadora volviéndose éste el apoyo principal.

De todos es sabida la importancia de las actividades preventivas relacionadas con las diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad. También es de sobra conocido que la promoción de la salud y la prevención primaria son de especial importancia, ya que su objetivo es impedir o disminuir la probabilidad de que un individuo o grupo presenten un problema de salud. La prevención secundaria, que pretende detener la evolución de la enfermedad cuando los signos y síntomas todavía no son aparentes pero ya existen en estado subclínico, pone en marcha las medidas necesarias para impedir su progresión.

Cuando la alteración de la salud o enfermedad ya está establecida se toman medidas de prevención terciaria para evitar la cronificación y evitar complicaciones (Martín y Cano, 2005). A pesar de que, desde hace muchos años, se está haciendo hincapié en aplicar medidas preventivas de la forma más precoz posible, la realidad resulta ser, en ocasiones, diferente. Los profesionales sanitarios tienen plenamente incor porado en su práctica las actividades de prevención terciaria, también las actividades de prevención secundaria y en menor medida las de prevención primaria. Si se relacionan los conceptos descritos anteriormente con la salud de los cuidadores, es evidente la importancia que tiene actuar precozmente sobre las situaciones de cuidados familiares para evitar que la salud del familiar se deteriore.

Conocer las situaciones de riesgo de los cuidadores posibilita establecer el tipo de intervenciones y actividades que se deben realizar con el cuidador familiar con el fin de prevenir la aparición de repercusiones sobre calidad de vida. Así mismo, se pueden planificar fórmulas de alivio o respiro en aquellos casos en que el cuidador pueda presentar cansancio. Se debe tener en cuenta que el apoyo profesional al cuidador tiene diferentes objetivos: mantener o mejorar la calidad de vida del cuidador de forma que éste goce de la máxima buena salud posible y pueda llevar una vida satisfactoria, evitar que se

deteriore su salud, promover que el cuidador pueda continuar proporcionando cuidados de calidad a su familiar, evitar el cansancio y la sobrecarga y a la vez la claudicación en el cuidado.

Promover la salud del cuidador significa, a su vez promover la salud de la persona receptora de cuidados.[23] Las estrategias de apoyo al cuidador, por lo tanto, deben centrarse en potenciar sus recursos para que éste pueda afrontar de forma óptima los cuidados, mediante enseñanza, técnicas de autocuidado, apoyo instrumental y profesional, movilización de recursos intra y extrafamiliares y prestación de soporte sociosanitario. El cuarto referente teórico del cual se ha partido para el desarrollo de este trabajo es la visión preventiva y proactiva de las actuaciones profesionales o no profesionales ante las situaciones de los cuidados familiares, es decir, actuar precozmente para evitar que la salud del cuidador se deteriore. Promover la salud del cuidador significa, a su vez velar por la salud de la persona receptora de cuidados.

I. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Tipo y diseño de la investigación

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo cuantitativa la cual permite evaluar varias alternativas antes de realizar el proyecto; a la vez crear mayor seguridad en lo que se va hacer, ahorra tiempo y da mayor flexibilidad para prever eventos inesperados.[36]

Diseño de investigación

Es descriptiva porque es un tipo de investigación que describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. [37]

Transversal, porque trabajan con la selección de una muestra de población y permiten estudiar varias variables.

Correlacional, porque se orienta a la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados. [38]

2.2 Métodos de investigación

El método de investigación utilizado, es el método científico específicamente el método deductivo (con la finalidad de identificar problemas) así mismo es uno de los métodos más usados y se enfocan con el desarrollo y cumplimiento de los objetivos.

2.3 Población y muestra

Según Polit, hace referencia que el número de sujetos que se requiere para la muestra es un aspecto importante para el investigador, por lo cual aplica una técnica que recibe el nombre de análisis de potencia y necesitan algunos conocimientos de estadística para entenderlo. Se ofrece utilizar la mayor muestra posible, cuanto más grande, más representativa será de la población. [39]

La población en estudio estará conformada por 50 familiares acompañantes de los pacientes de diferentes edades, ambos sexos que permanecen del servicio de cirugía, en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

La muestra serán los 50 familiares acompañantes del servicio de Cirugía, del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque

2.4 Variables y operacionalización

Variables

Variable 1: Calidad de vida del familiar acompañante

Variable 2: Sobrecarga del familiar acompañante

Operacionalización

Variable	Dimensión	Indicadores	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	Índice
Calidad de vida del familiar acompañante	Edad	- Ítems 1	Técnica: encuesta/ cuestionario	Baremo: - Muy bajo <2 - Bajo 2-4 - Medio 5-7 - Alto 8-10 - Muy alto >10
	Sexo	- Ítems 2		
	Grado de instrucción	- Ítems 3		
	Relación	- Ítems 4 - Ítems 5 - Ítems 6 - Ítems 7		
	Social	- Ítems 8 - Ítems 9		
	Personal	- Ítems 10 - Ítems 11 - Ítems 12 - Ítems 13		

Variable	Dimensión	Indicadores	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	Índice

Sobrecarga del familiar acompañante	Física Psicológica Social	- Ítems 1 - Ítems 2 - Ítems 3 - Ítems 4 - Ítems 5 - Ítems 6 - Ítems 7 - Ítems 8 - Ítems 9 - Ítems 10 - Ítems 11 - Ítems 12 - Ítems 13 - Ítems 14 - Ítems 15 - Ítems 16 - Ítems 17 - Ítems 18 - Ítems 19 - Ítems 20 - Ítems 21 - Ítems 22	Técnica: encuesta/ cuestionario: Escala de Zarit	Puntuación: - Siempre (5) - Varias veces (4) - Regular (3) - Algunas veces (2) - Nunca (1) Baremo: - Muy bajo <25 - Bajo 25-45 - Medio 46-76 - Alto 77-97 - Muy alto >97

2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información

El primer instrumento que se utilizo fue la Escala de Zarit que mide la carga percibida por el cuidador, evaluando salud física y psicológica, y laboral, relaciones sociales y relación con el paciente. El segundo instrumento fue el cuestionario, basado en la escala de Zarit asumiendo sus dimensiones de calidad de vida las cuales son físicos, psicológicos y sociales. Para lograr la validez y confiabilidad se aplicó el instrumento validada por jueces expertos con amplia experiencia en enfermería, un total de 4 profesionales, posterior a los comentarios y recomendaciones se ejecutó la prueba piloto para medir la validación de la consistencia interna, para ello se aplicó la prueba de Alfa de Cronbach con un resultado de .0.975 (anexo 5).

CAPITULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Resultados en tablas y gráficos

Tabla N° 1: Calidad de vida del familiar acompañante del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Calidad de vida de los familiares acompañantes			
Dimensión	**Opciones**	**n°**	**%**
Edad	< 40 años	20	40%
	De 40 años a más	30	60%
	Total	50	100%
Sexo	Femenino	35	70%
	Masculino	15	30%
	Total	50	100%
Grado de instrucción	Primario	15	30%
	Secundario	25	50%
	Superior	10	20%
	Total	50	100%
Relación	Familiar directo	30	60%
	Familiar indirecto	13	26%
	Otros	7	14%
	Total	50	100%
Enfermó paciente	6-10 días	30	60%
	11-14 días	10	20%
	15 días a más	10	20%
	Total	50	100%
Horas de cuidados	1 a 4 horas	9	18%
	5 a 8 horas	11	22%
	Más de 8 horas	30	60%
	Total	50	100%
Temor	Si	35	70%
	No	15	30%
	Total	50	100%

Colaboran otros familiares	Si	33	66%
	No	17	34%
	Total	50	100%
Recibe ayuda social	Si	5	10%
	No	45	90%
	Total	50	100%
Su salud se deterioró	Si	35	70%
	No	15	30%
	Total	50	100%
Bajó de peso	Si	32	64%
	No	18	36%
	Total	50	100%
No hay tiempo para usted	Si	11	22%
	No	39	78%
	Total	50	100%
Cansancio	SI	40	80%
	No	10	20%
	Total	50	100%

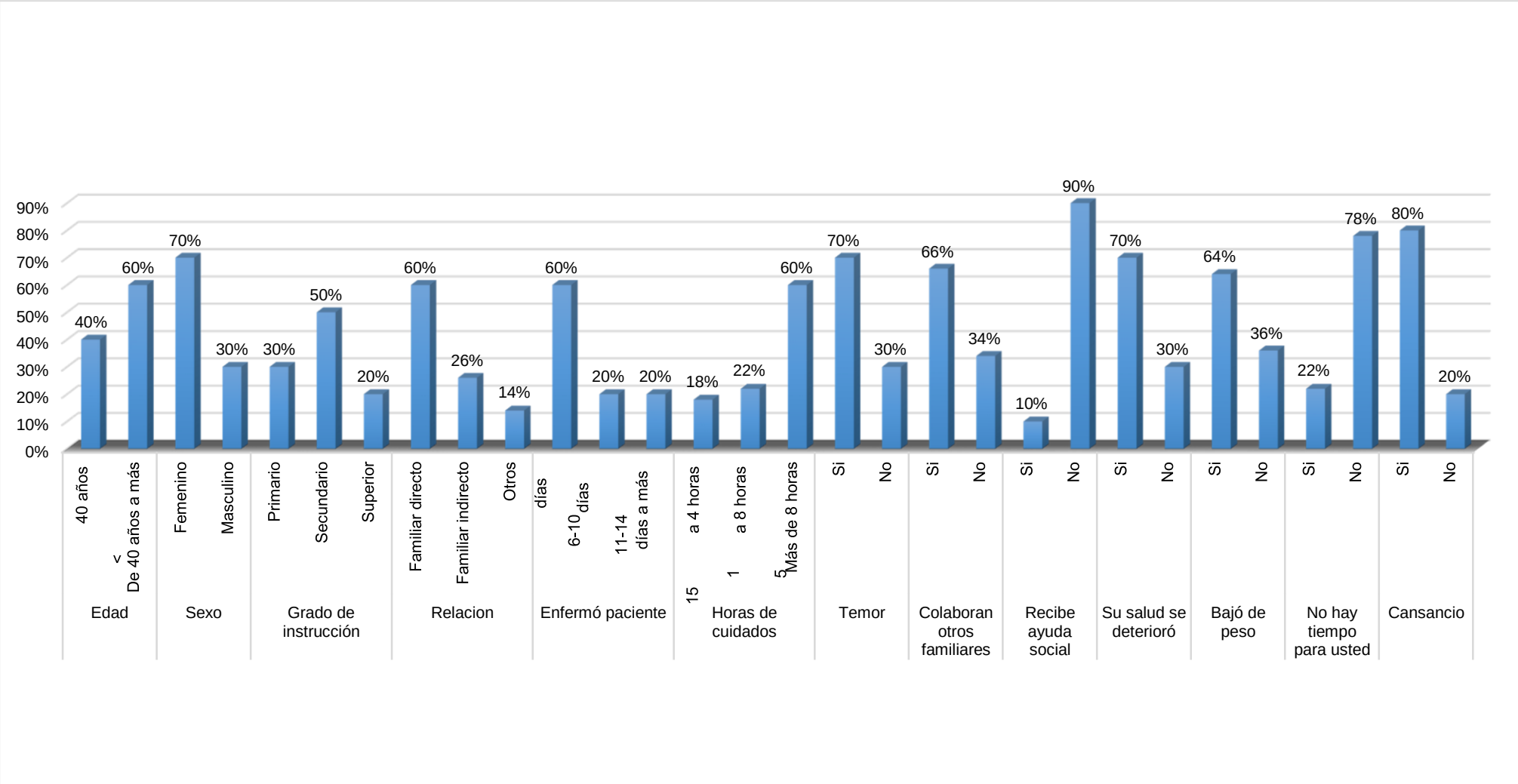
Fuente: *Resultados del cuestionario dirigido a los familiares acompañantes del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque-2017.*

Tabla N° 2: Nivel de calidad de vida del familiar acompañante del servicio de cirugía, del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Calidad de vida del familiar acompañante	n°	%
Muy alto	2	4%
Alto	8	16%
Medio	9	18%
Bajo	12	24%
Muy bajo	19	38%
Total	50	100%

Fuente: *Nivel de calidad de vida del familiar acompañante del servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque-2017.*

Figura N° 1: Calidad de vida de los Familiares acompañantes del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.



Fuente: *Resultados del cuestionario dirigido a los familiares acompañantes del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque-2017.*

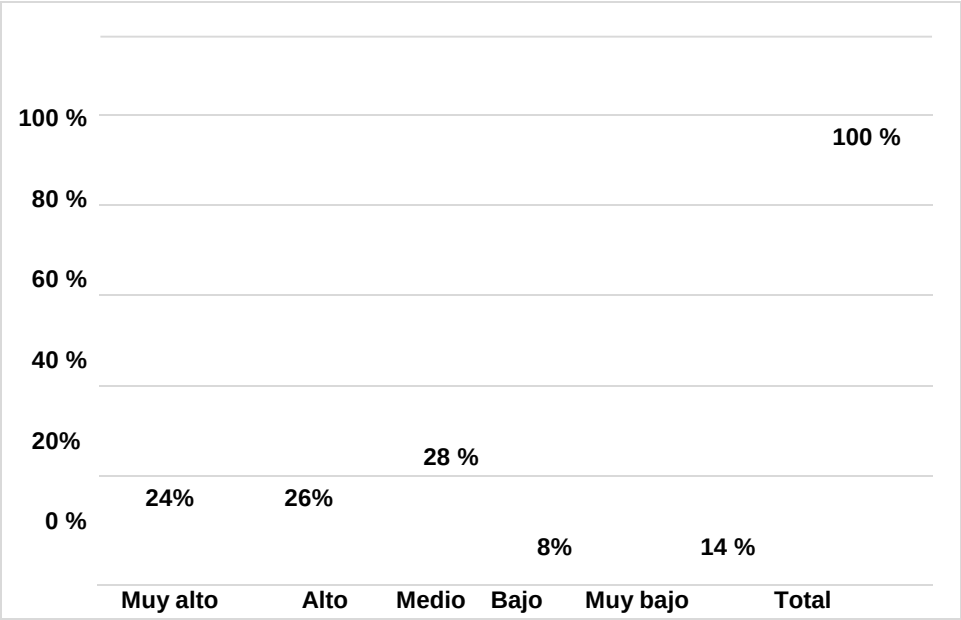
Interpretación: Se observa los puntajes obtenidos del instrumento aplicado sobre la calidad de vida de los familiares acompañantes del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Del 100% (50 cuidadores) se divide en trece dimensiones. Iniciando por la edad, donde los mayores de 40 años son el 60% y los menores de 40 años con 40%. El sexo femenino se impone con 70% al masculino con 30%. El grado de instrucción esta subdividido en: primaria 30%, secundaria 50% y superior 20%. La relación del cuidador con el paciente arroja que son: familiar directo 60%, familiar indirecto 26% y otros 14%. El paciente enfermó de 6 a 10 días un 60%, de 11 a 14 días un 20% y de 15 días a más un 20%. Las horas de cuidado rebelan: 1 a 4 horas el 18%, 5 a 8 horas el 22% y más de 8 horas el 60% siendo este el más alarmante. El temor que sienten se refleja con un 70%. Colaboran otros familiares en el cuidado 66%. Recibe ayuda social 70%. Su salud se deterioró desde que es cuidador 70%. Bajo de peso 64%. No hay tiempo para el mismo cuidador 22%. Por último el cansancio con un 80%. Se concluye que la calidad es notablemente inapropiada para los cuidadores.

Tabla N° 3: Nivel de sobrecarga de los familiares acompañantes del servicio de cirugía, del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Nivel de sobrecarga de los familiares acompañantes		
Nivel	**N°**	**%**
Muy alto	12	24%
Alto	13	26%
Medio	14	28%
Bajo	4	8%
Muy bajo	7	14%
Total	**50**	**100%**

Fuente: *Nivel de sobrecarga de los familiares acompañantes en el servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque-2017.*

Figura N° 2: Nivel de sobrecarga de los Familiares acompañantes del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque



Fuente: *Nivel de sobrecarga de los familiares acompañantes en el servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque-2017.*

Interpretación: Se observa los puntajes obtenidos del instrumento aplicado para el nivel de sobrecarga de los familiares acompañantes del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Del 100% (50 cuidadores); destacan con mayor porcentaje el nivel muy alto con un 24%, seguido del nivel alto 26% y el nivel medio 28%. Aquí el nivel de sobrecarga es alarmante porque los tres niveles mencionados anteriormente suman desfavorablemente al familiar acompañante en 78%, lo cual indica que puede ser contraproducente el sobreesfuerzo y traer daños importantes a los familiares acompañantes.

Tabla N° 4: Relación entre la calidad de vida y la sobrecarga del familiar acompañante del servicio de cirugía, del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

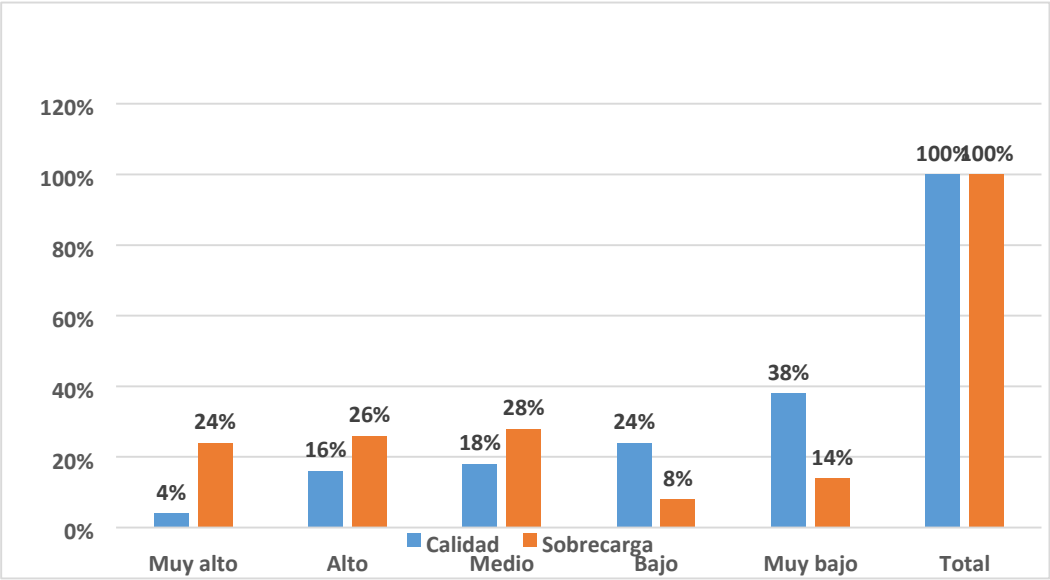
Relación entre calidad de vida y la sobrecarga del familiar acompañante

Calidad de vida del familiar acompañante	n°	%
Muy alto	2	4%
Alto	8	16%
Medio	9	18%
Bajo	12	24%
Muy bajo	19	38%
Total	50	100%
Sobrecarga del familiar acompañante	**n°**	**%**
Muy ato	12	24%
Alto	13	26%
Medio	14	28%
Bajo	4	8%
Muy bajo	7	14%
Total	50	100%

Fuente: *Instrumentos aplicados a los familiares acompañantes del servicio de cirugía, del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque cirugía del hospital -2017.*

Figura N° 3: Relación entre calidad de vida y la sobrecarga del familiar acompañante en el servicio de cirugía, del Hospital Provincial Docente Belén de

Lambayeque



Fuente: *Resultados procesados en software SPSS, según instrumentos aplicados a los familiares acompañantes del servicio de cirugía, del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque-2017.*

Interpretación: Se observa los puntajes obtenidos de los instrumentos aplicados, se halló la relación entre la calidad de vida y la sobrecarga del familiar acompañante del servicio de cirugía, del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Del 100% (50 cuidadores) tienen un nivel muy alto ambas dimensiones, imponiéndose sobrecarga con un 24% y calidad con un 4%. Asimismo el nivel alto también esta destacado por la sobrecarga con un 26% a diferencia de la calidad con un 16%. Del mismo modo el nivel medio tiene a sobrecarga con 28% y calidad 18%. Por otro lado el nivel bajo cambia y es la calidad quien es mayor con 24% a la sobrecarga con 8%. Finalmente el nivel muy bajo mantiene a la calidad con un 38% y la sobrecarga un 14%. En términos generales ambas dimensiones desfavorecen a los cuidadores puesto que hay una clara problemática.

Tabla Nº 5. Correlación Rho de Spearman.

	Calidad de Vida	Sobrecarga del cuidador

Rho de Spearman	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	1,000	-,069
		Sig. (bilateral)	.	,391
		N	50	50
	Sobrecarga del cuidador	Coeficiente de correlación	-,069	1,000
		Sig. (bilateral)	,391	.
		N	121	121

Para evaluar el nivel de correlación entre la calidad de vida y la sobrecarga del familiar acompañante se utilizó la Correlación Rho de Spearman encontrando que:

Correlación Rho de Spearman: Existe una correlación con valor = - 0.69 el cual indica que existe correlación o asociación entre ambas variables; así mismo se encuentro un grado de significancia entre ambas variables de 0.351 siendo mayor que p= 0.05 por lo cual afirmamos que ambas variables se relacionan.

Comprobando la hipótesis nula, “No existe una relación entre la calidad de vida y sobrecarga del familiar acompañante del servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.”; por lo tanto se descarta esta hipótesis.

Comprobando la hipótesis 1, “Existe una relación entre la calidad de vida y sobrecarga del familiar acompañante del servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.”; por lo tanto se acepta esta hipótesis.

CAPITULO IV. DISCUSIÓN

Con respecto a las variables sociodemográficas, los diversos hallazgos de estudios coinciden con lo referido por Pinzón (2015), León (2015), Cogollo (2013), Mabel (2014) en cuanto a la mayor participación del género femenino en el cuidado del paciente; quienes se encargan de coordinar y ejecutar los cuidados prescritos por el personal de salud, además se

evidencian las condiciones de vulnerabilidad de estos cuidadores asociada a que la mayor parte de los participantes están en los estratos socioeconómicos bajos (uno y dos), y con carencia de ayuda social, sólo el 10% recibe ayuda social y el 34 % no reciben apoyo de sus propios familiares.

El 91% de los cuidadores familiares de pacientes son familiares directos, vienen cuidando de los mismos el 60% entre 6 a 10 días, sufren diferentes malestares, esto atentando en contra de su vida, pueden estar asociados a que estos cuidadores comparten la vivienda o domicilio con el paciente, situación que compromete a los miembros de la familia a que se ocupen directamente de la responsabilidad y tareas de prestar el cuidado.

El mayor apoyo percibido por los participantes es el de familiares directos en un 60% de los casos, seguido por el de familiares indirectos 26% y otros en un 14%. Con respecto a la calidad de vida de cuidador familiar, se identifican similitudes en los hallazgos de autores como Linde, Rodríguez y Rodríguez (2012) en el cual señalan que todas las dimensiones: energía, dolor, movilidad, emocional, sueño, social y salud general reflejan una baja calidad de vida. en este caso la movilidad es aquella que permite a la persona ejecutar sus actividades con facilidad, evidenciándose que a los pacientes les resulta dificultoso ejecutar esta dimensión y también las demás.[40] En general, el bienestar psicológico, el social y físico son los más afectados frente a la dimensión espiritual considerada como la que cumple un papel amortiguador.

Según los resultados obtenidos por la escala de Zarit, los hallazgos del estudio reportan sobrecarga muy alta y alta con un porcentaje de 24% y de 26% de los cuidadores familiares, resultado que se asemeja a lo reportado por Mabel. En cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana. Se evidencia la compleja situación que afronta esta población, se generan cambios importantes en la vida de los cuidadores en los ámbitos personal, familiar, laboral y social, pudiendo aparecer problemas de salud, con una sobrecarga física y emocional que, en algunas ocasiones, puede desembocar en el abandono del rol, esto es lo que se conoce como “síndrome del cuidador” o “sobrecarga del cuidador”.

Pinzón. en su investigación reporta que la carga del cuidador familiar de personas con enfermedades respiratorias crónicas, en una escala de medición de 1 a 6 y un rango de puntuación de 22 a 132. Respecto al nivel de sobrecarga el 23,7% de los cuidadores presenta una sobrecarga severa, el 27,3% leve y el 49% no sobrecarga. Al respecto, estos hallazgos se pueden contrastar con lo identificado por Cedano et al., en su estudio calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en oxigenoterapia, quienes concluyen que cuidar a pacientes con esta afección, es una variable

interviniente en la calidad de vida del cuidador. Las consecuencias sobre la salud son también importantes, en la esfera psicológica, asociadas con altos niveles de sobrecarga.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En la presente investigación relación entre calidad de vida y familiar acompañante se ha encontrado lo siguiente:

La investigación cumplió con el objetivo general proyectado de establecer la relación entre la calidad de vida y sobrecarga del familiar acompañante de pacientes en el servicio de cirugía, del cual se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de (-0,690) estadísticamente significativo con un valor de (P=0.00). En el presente estudio participaron 50 familiares acompañantes del servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Dentro de las principales características sociodemográficas de los cuidadores familiares que participaron en la investigación corresponden en su mayoría a mujeres, solteras, mayor a 40 años de edad, familiares directos, que desempeñan labores del hogar y su vivienda está ubicada en el estrato

socioeconómico uno y dos. Asimismo son las responsables de cuidado de sus padres a los cuales les consume horas del día y llevan ya tiempo enfocados a asistir a sus pacientes estamos hablando de un 78%. La carga del familiar acompañante del servicio de cirugía, presenta una percepción de sobrecarga Muy alta de 24%, Alto 26% y Medio 28%.

Se concluye que la calidad de vida es notablemente inapropiada para los familiares acompañantes, este se ve desfavorecida y muchas veces exagerada, en sus distintas dimensiones que esta presenta.

Con relación a la sobrecarga, el nivel de sobrecarga es alarmante y desfavorable, puede ser contraproducente el esfuerzo causando daños importantes en el familiar acompañante.

Al determinar la relación existente entre la sobrecarga y calidad de vida del familiar acompañante, se acepta la hipótesis de trabajo 1: existe relación entre la sobrecarga y calidad de vida del familiar acompañante. Existe correlación estadísticamente significativa entre la sumatoria global de la calidad de vida del cuidador familiar y sus dimensiones, y la sumatoria global de la carga de Zarit y sus dimensiones, en los familiares acompañante del servicio de cirugía del Hospital Belén de Lambayeque.

5.2 Recomendaciones

- Informar los resultados al Hospital Regional Docente Belén de Lambayeque, para que se tomen medidas necesarias y cubrir la brecha de personal.
- El Hospital Regional Docente Belén de Lambayeque, debe considerar dentro de su plan de capacitación al personal de salud, temas de educación, atención al familiar acompañante y contribuir a mejorar la calidad de vida.
- Considerar al familiar acompañante como un personal de suma importancia para brindar cuidado íntegro y seguro del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 Lopez, J. Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Universidad Ricardo Palma. México: 2013.

2 Mendoza E, Olvera S, Quinto K. Calidad de Vida del cuidador primario de pacientes con dependencia grave. Universidad Autónoma de Querétaro. México: 2014. p.1.

3 Chafio M, Gallo G. Calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atienden en el centro de salud José Olaya - Chiclayo [tesis]. Pimentel: 2015.

4 Ramos, C. Calidad de vida de los familiares cuidadores de pacientes con cáncer terminal, usuarios del programa de atención domiciliaria de salud Huánuco. [Tesis de pregrado]. Universidad de Huánuco, Perú 2016

5 De la Cuesta BC. El cuidado familiar: una revisión crítica. Revista Investigación y Educación en Enfermería, 2009; 27 (1): 96-102.

6 Andrade RMG. Apoyo de enfermería en las actividades que realizan los cuidadores informales de adultos mayores hospitalizados. Desarrollo Cientif Enferm. 2007; 15(2): 52-55.

7 Robles S. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos.(México): Editorial Universitaria Universidad de Guadalajara; 2007.

8 Mendoza N, Olvera S. Calidad de vida del cuidador primario de pacientes con dependencia grave. Universidad Autónoma de Querétaro. 2014.

9 Rodríguez MJ, Zurriaga LR. Estrés, enfermedad y hospitalización. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.

10 Marco NE. Calidad de Vida del Cuidador Hemipléjico Vascular. [Tesis Doctoral] España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2004.

11 Silva R, Gonzales J, Hauman T, Partezani R, Marques S. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Volumen 34, Número 3, 2016. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500.

12 Pinzón EA, Carrillo GM. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares De personas con enfermedad respiratoria crónica. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(2): 193-201. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a08

13 Covarrubias L, Andrade R. Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. [Tesis de pregrado]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. 2012

14 Li Cristal, Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el Hospital Regional Docente las Mercedes durante el periodo octubre – diciembre 2013. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo 12

15 Barrón B, A Alvarado S. Desgaste físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. Cancerología.2009; 4: 39-46. 13

16 Rodríguez, J. (2008).Manual de Psicología Social de la Salud. España: Síntesis. 14

17 Enríquez, M. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. Rev haban cienc (4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002 15

18 Olano R. Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización – cirugía de un hospital estatal Chiclayo 2014. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

19 Balderas María, Administración de los servicios de enfermería, 6ta. Edición, Editorial McGraw Hill Interamericana Editores S.A de CV, México.

20. Vilalta Joan, Vallés Antoni, Calidad de Vida de los cuidadores: Evaluación mediante cuestionario, Barcelona 2009. Universitat de Barcelona.

21 Gracia J, El maltrato familiar hacia las personas mayores: un análisis sociojurídico. Prensas Universitarias de Zaragoza. 1° edición, 2012.

22 Lola A, Moreno C, Julve M. Características del cuidado familiar a pacientes dependientes en programa de Hemodiálisis. Universidad de Barcelona

23 Rodríguez PM, Rodríguez DA, Valle AA. Actividades Físicas: alternativa para mejorar La calidad de vida de cuidadores de enfermos de Alzheimer en el consejo popular Capitán San Luis del municipio Pinar del Río. Disponible en : hltp://afide.inder.cu/PDF/AREA%201/AFC/AFC019.pdf Consultado en octubre 2011.

24 Gallardo F. Evolución de los cuidadores de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales. Universidad de la Rioja, 2016.

25 Secretaría de Estado de Seguridad Social (España). La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración. Pere Tarrés; 2009.

26 Schalock R, Verdugo M. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Universidad de Salamanca.

27 Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Departamento de enfermería. Universidad de Concepción. Chile. Junio 2010.

28 García M, M Rodríguez I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.

29 Martínez C. Consideraciones sobre inteligencia emocional. La Habana: Científico-Técnica; 2008.

30 Herrera J. El Bienestar subjetivo y la calidad de vida en la población curso académico 2007-2008.Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

31 Schwarmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Concepción dic. 2003 S0717-95532003000200002

32 Ordaz V, Saldaña G. Análisis y critica de la metodología para la realización de planes regionales en el estado de Guanajuato. Universidad de Guanajuato. 2005

33 Marquez R, Garatachea N. Actividad física y Salud. Serie Salud y nutrición. 2009

34 Enfermeras/os. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Temario específico. Vol. I. Editorial CEP S.L

35 Covarrubias L. Calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados y nivel de dependencia del receptor del cuidado. Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. 2011

36 Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante cuestionario. Barcelona, 2009. p. 71. 23

37 Calidad de vida de los familiares cuidadores de pacientes con cáncer terminal, usuarios del programa de atención domiciliaria de salud Huánuco. Ramos Tarazona, Cintya Rosalía. Universidad de Huanuco - Facultad Ciencias de la salud, diciembre 2016

38 Rota A, La demencia senil: Guía de apoyo al cuidador profesional en el manejo de las actividades básicas de la vida diaria, Pamplona (Navarra) 2014. Universidad Pública de Navarra.

39 Polit D. investigación científica en la ciencias de la salud .6ª edición, EDITORIAL MC GRAW-HILL INTER AMERICANA. 2000

40 Olano Romina, Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización- cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Anexos

ANEXO Nº 01

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Chiclayo, 10 de Julio de 2017

SOLICITO: **PERMISO PARA REALIZAR MI PROYECTO DE TESIS EN SU INSTITUCIÒN.**

Señor

Edinson Vásquez Barahona

Director ejecutivo de Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.
Presente.-

Yo **ELITA BAUTISTA MONTENEGRO** identificada con **DNI: 48496260**; estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, me dirijo a usted con el debido respeto para saludarlo y a la vez exponerle lo siguiente:

Recurro a su despacho para solicitarle autorización para ejecutar mi proyecto de investigación cuyo título es “Relación entre calidad de vida y sobrecarga del familiar acompañante en el servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque-2017, siendo un requisito indispensable para la elaboración de mi tesis.

Por todo lo expuesto, me dirijo a usted agradeciendo de antemano la debida atención a la presente por ser de justicia.

Atentamente,

Elita Bautista Montenegro
48496260

ANEXO 02

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

INSTRUCCIÓN

Debes indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo a como te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase.

1. Muy alto
2. Alto
3. Medio
4. Bajo
5. Muy bajo

Lee cada una de las frases y selecciona una de las cinco alternativas, la que sea más apropiada para ti. Marca con un aspa el cuadro que crea conveniente.

Ítem	**Pregunta a realizar**	MUY ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					

4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8	¿Siente que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?					

19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

ANEXO 03

Fecha: ----/----/---

ENCUESTA DIRIGIDA AL FAMILIAR ACOMPAÑANTE

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "Relación entre Calidad de vida y sobrecarga del familiar acompañante en el servicio de cirugía, Del Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque-2017"

INSTRUCCIONES. Estimado señor (a): el presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre sus características sociodemográficas; por lo tanto por favor sírvase a contestar con la mayor sinceridad del caso de todas las preguntas que aparecen a continuación, para tal efecto sírvase a marcar con una aspa (x) la respuesta que usted considere pertinente.

Se le agradece anticipadamente su colaboración.

1.- Edad

1.- Menos de 40 años

2.- De 40 años a más

2.- Sexo:

1.- Femenino

2.- Masculino

3.- Grado de instrucción

1.- Primaria

2.- Secundario

3.- Superior

4.- ¿Qué relación existe entre Ud. y la persona que cuida?

1.- Familiar directo

2.- Familiar indirecto

3.- Otro

5.- ¿Hace cuánto tiempo está enfermo su paciente?

1.- De 6 a 10 días
2.- 11 a 14 días

3.- 15 a más días

6.- ¿Cuántas horas al día cuida Ud. a su paciente?

1.- 1 a 4

2.- 5 a 8

3.- Más de 8

7.- ¿Se siente temeroso por intentar compatibilizar con su paciente?

1.- Si

2.- No

8.- Colaboran sus familiares con el cuidado de su paciente?

1.- Si

2.- No

9.- ¿Recibe Ud. apoyo de la asistenta social, enfermera o de algún otro personal?

1.- Si

2.- No

10.- Su salud se ha venido deteriorando debido a tener que cuidar a su paciente?

1.- Si

2.- No

11.- Su peso ha disminuido desde que permanece en el hospital con su paciente?

1.- Si

2.- No

12.- Debido al tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted?

1.- Verdadero

2.- Falso

13.- Se siente cansado por cuidar a su paciente y realizar otra actividad?

1.- Si

2.- No

ANEXO 04

CONSTANCIA DE AUTORIZACION PARA INGRESAR AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN Y PODER APLICAR LOS INTRUMENTOS.

ANEXO 05

PRUEBA PILOTO

RELIABILITY

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD-LAMBAYEQUE
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Reg N° 20- TA- 2017

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELÉN" DE LAMBAYEQUE.

HACE CONSTAR:

Que, la Señorita **ELITA BAUTISTA MONTENEGRO**, estudiante de la Universidad Señor de Sipán, ha sido autorizada para recolectar información para la elaboración de su trabajo de investigación titulado **"RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SOBRECARGA DEL FAMILIAR ACOMPAÑANTE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE DESDE SEPTIEMBRE HASTA OCTUBRE DEL 2017**".

Se expide la presente, para los fines que el interesado considere conveniente.

Lambayeque, 17 de Octubre del 2017

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN LAMBAYEQUE DIRECCION
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "BELEN"
LAMBAYEQUE
Dr. Edinson Vasquez Barahona
C.M.P. 41400 RNE 25961
DIRECTOR

EVB/mjtm
DHPDBL/UADI
C.c. Archivo.

"SALUD NUEVA ACTITUD"
Av. RAMON CASTILLA N.º 597- TELEFAX. 283481
hblenlamb@hotmail.com

```
  /VARIABLES=P8 P9 P10 P11 P14 P15 P16 P17 P18
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL   /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilidad

Notas

Salida creada		16-JUL-2017 08:42:11
Comentarios		
Entrada	Datos	C:\Users\CARLOS\Desktop\TESIS EXPOSICION FINAL 26-06\SPSS ELITA 15-07-17.sav
	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	9
	Entrada de matriz	
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos para todas las variables en el procedimiento.
Sintaxis		RELIABILITY /VARIABLES=P8 P9 P10 P11 P14 P15 P16 P17 P18 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,02
	Tiempo transcurrido	00:00:00,53

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	9	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	9	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,975	9

ANEXO 06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, familiar acompañante, con DNI N° autorizo a la Srt. Elita Bautista Montenegro, ah aplicar su encuesta como parte del desarrollo de su proyecto de investigación Relación entre

Calidad de Vida y sobrecarga del familiar acompañante del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque- 2017.

_____

FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, familiar acompañante, con DNI N° autorizo a la Srt. Elita Bautista Montenegro, ah aplicar su encuesta como parte del desarrollo de su proyecto de investigación Relación entre Calidad de Vida y sobrecarga del familiar acompañante del servicio de cirugía, Hospital Provincial Docente Lambayeque- 2017.

_____

FIRMA

ANEXO 07

CALCULO EXCEL COEFICIENTE RHO SPERMAN

CALIDAD	SOBRECARGA	ORDEN DE X	ORDEN DE Y				RESTA	CUADRADOS
5	97	80	1	4,5	23,5	19	361	
5	98	88	3	4,5	28	23,5	552,25	
5	97	88	3	4,5	23,5	19	361	
5	97	88	3	4,5	23,5	19	361	
5	95	89	5,5	4,5	14	9,5	90,25	
5	97	89	5,5	4,5	23,5	19	361	
5	95	94	8,5	4,5	14	9,5	90,25	
5	97	94	8,5	4,5	23,5	19	361	
6	88	94	8,5	11	4,5	-6,5	42,25	
6	99	94	8,5	11	36	25	625	
6	94	95	14	11	8,5	-2,5	6,25	
6	96	95	14	11	18,5	7,5	56,25	
6	94	95	14	11	8,5	-2,5	6,25	
7	99	95	14	18,5	36	17,5	306,25	
7	89	95	14	18,5	5,5	-13	169	
7	110	95	14	18,5	50	31,5	992,25	
7	101	95	14	18,5	45	26,5	702,25	
7	89	96	18,5	18,5	5,5	-13	169	
7	99	96	18,5	18,5	36	17,5	306,25	
7	98	97	23,5	18,5	30	11,5	132,25	
7	97	97	23,5	18,5	23,5	5	25	
7	95	97	23,5	18,5	14	-4,5	20,25	
7	98	97	23,5	18,5	30	11,5	132,25	
8	99	97	23,5	31,5	36	4,5	20,25	
8	99	97	23,5	31,5	36	4,5	20,25	
8	97	97	23,5	31,5	23,5	-8	64	
8	101	97	23,5	31,5	45	13,5	182,25	
8	100	98	30	31,5	40,5	9	81	
8	101	98	30	31,5	45	13,5	182,25	
8	95	98	30	31,5	14	-17,5	306,25	
8	95	98	30	31,5	14	-17,5	306,25	
8	101	98	30	31,5	45	13,5	182,25	
9	101	99	36	35,5	45	9,5	90,25	
9	80	99	36	35,5	1	-34,5	1190,25	
9	99	99	36	35,5	36	0,5	0,25	
9	94	99	36	35,5	8,5	-27	729	
9	96	99	36	35,5	18,5	-17	289	
9	102	99	36	35,5	49	13,5	182,25	

10		88	99	36	41	3	-38	1444
10	95	100	40,5	41	14	-27	729	
10	101	100	40,5	41	45	4	16	
10	100	101	45	41	40,5	-0,5	0,25	
10		98	101	45	41	30	-11	121
11		88	101	45	46	3	-43	1849
11	98	101	45	46	30	-16	256	
11	94	101	45	46	36	-10	100	
11	101	101	45	46	45	-1	1	
11		99	101	45	46	36	-10	100
12		95	102	49	49,5	14	-35,5	1260,25
12	97	110	50	49,5	23,5	-26	676	