



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE

ENFERMERÍA

TESIS

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE FAMILIARES
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL PUEBLO JOVEN
SAN LORENZO I SECTOR- 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autor:

Bach. Zapata Malca Carmen Roxana

Asesor:

Mg. Reyes Flores Dalia Yaneht

Línea de investigación:

Gestión, Seguridad y Calidad del Cuidado

Pimentel - Perú

2018

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE FAMILIARES CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL PUEBLO JOVEN SAN LORENZO I SECTOR- 2017

APROBACIÓN DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

Mg. Dalia Yaneht Reyes Flores

Presidente del jurado de tesis

Mg. Benavides Fernández Yanet Marisol

Secretario del jurado de tesis

Mg. María Antonia Díaz Coronel

Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

A Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi vida profesional

A mis padres, María Irene Malca Aguilar y Luis Alberto Zapata Gastelo por su infinito amor y comprensión, por haberme proporcionado la mejor educación y lecciones de vida e impulsándome a ser mejor cada día los amo infinitamente.

A mis hermanos queridos Luis y Liliana por su apoyo moral y por su cariño brindado constantemente, son los mejores hermanos que pude tener.

A mis grandes amigos de la universidad con los que compartí muchos momentos de felicidad y con los cuales crecí en mi vida personal y profesional: Fiorella, Mary Carmen, y Edith.

Carmen Roxana Zapata Malca

AGRADECIMIENTO

Estas líneas servirán para expresar mi más grande y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización de la presente investigación.

A mis padres, porque sin su apoyo nada hubiese sido posible, gracias por todo el apoyo moral y económico brindado, ahora les puedo decir que el esfuerzo no fue en vano, pronto verán sus frutos crecer.

Un agradecimiento muy especial a mi asesora Dalia Yaneht Reyes Flores, quien ha sabido comprometerse transmitiendo su conocimiento, y sobre todo brindándome paciencia y dedicación. Gracias por ser la gran persona y amiga y por empujarme a dar por terminados mis objetivos.

Carmen Roxana Zapata Malca

RESUMEN

En el Perú, la población del adulto mayor se considera altamente vulnerable por presentar un riesgo de salud crónica, en el P.J. San Lorenzo Sector I reciben atención de salud institucional así como también el cuidado de familiares (lo que afecta la calidad de vida de éstos); por ello que surge la inquietud de investigar ¿cuál es el nivel de calidad de vida de familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas en el Pueblo Joven San Lorenzo I-sector 2017?, trazando como objetivo general el determinar el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San Lorenzo I- sector -2017, y entre los específicos se incluye la descripción del bienestar físico, psicológico, social y espiritual, así como identificar las características general de los familiares cuidadores. Para ello se ha seguido una metodología de tipo descriptiva, cuantitativa y de diseño no experimental de corte transversal, tomando como población a los 240 casos de adultos mayores con enfermedades crónicas del P.J. San Lorenzo Sector I al año 2016, y la aplicación de la encuesta de calidad de vida de Ferrell adaptada por Arcos a una muestra de 69 casos a un 5% de margen de error mediante un muestreo aleatorio simple. Se encontró que el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores de adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del P.J. San Lorenzo es “regular”, las dimensiones física, social y espiritual son también “regular” y la psicológica “buena”.

Palabras clave: familiar cuidador, adulto mayor, enfermedad crónica, calidad de vida.

ABSTRACT

In Peru, every 8 out of 10 women and 7 out of 10 men in this group present some chronic health problem, which is why they are considered highly vulnerable in the P.J. San Lorenzo Sector I receive institutional health care as well as family care (which affects their quality of life); that is why the concern to investigate what is the level of quality of life of family caregivers of older adults with chronic diseases in the Young People San Lorenzo I-sector 2017 ?, so it is outlined as a general objective to determine the level of quality of life of family caregivers of older adults with chronic illnesses of the Young People San Lorenzo I-sector -2017, and among the specific ones the description of the physical, psychological, social and spiritual well-being is included, as well as to identify the general characteristics of the family caregivers. To this end, a descriptive, quantitative and non-experimental cross-sectional methodology was used, taking as a population the 240 cases of older adults with chronic diseases of P.J. San Lorenzo Sector I to 2016, and the application of the Ferrell quality of life survey adapted by Arcos to a sample of 69 cases at a 5% margin of error by simple random sampling. As a result, it was found that the level of quality of life of the family caregivers of the elderly with chronic diseases of Sector I of the P.J. San Lorenzo is "regular", being the physical, social and spiritual dimensions also "regular" level and the "good" psychological level.

Key Words: family caregiver, older adult, chronic illness, quality of life.

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. Realidad problemática	36
1.2. Justificación e importancia de la investigación	36
1.3. Objetivos de la investigación	36
1.4. Limitaciones de la investigación	36
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	35
2.1. Antecedentes de estudios	36
2.2. Bases teóricas	36
2.3. Definición conceptual	36
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	35
3.1. Tipo de investigación	36
3.2. Diseño de la investigación	36
3.3. Población y muestra:	36
3.4. Variables	38
3.5. Operacionalización de las variables	38
3.6. Métodos de investigación	39
3.7. Técnicas de investigación	39
3.8. Descripción del instrumento utilizado	40
3.9. Análisis estadístico e interpretación de datos	42
3.10. Principios éticos	43
3.11. Criterios de rigor científico	44
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	45
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones	58
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo, 2017....	48
Figura N° 2: Nivel de bienestar físico de los familiares cuidadores del adulto mayor	49
Figura N° 3: Nivel de bienestar psicológico de los familiares cuidadores del adulto mayor	50
Figura N° 4: Nivel de bienestar social de los familiares cuidadores del adulto mayor	52
Figura N° 5: Nivel de bienestar espiritual de los familiares cuidadores del adulto mayor	53
Figura N° 6: Población adulta mayor con alguna discapacidad según área de residencia y sexo.....	79
Figura N° 7: Tipo de discapacidad del adulto mayor, cuarto trimestre 2016.	80
Figura N° 8: Características de los cuidadores y modalidades de cuidado de las personas mayores dependientes de cuidados en la comunidad china, México, Nigeria y Perú, entre 2003 a 2008.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Operacionalización de variable independiente: Calidad de vida.....	38
Tabla N° 2: Operacionalización de variable dependiente: Familiar cuidador.....	39
Tabla N° 3: Alfa de Cronbach para variables de calidad de vida del cuidador del adulto mayor.....	41
Tabla N° 4: Nivel de clasificación para la calidad de vida del familiar cuidador	86
Tabla N° 5: Nivel de clasificación para las dimensiones de bienestar físico, psicológico, social y espiritual	86
Tabla N° 6: Nivel de calidad de vida del familiar cuidador.....	86
Tabla N° 7: Bienestar físico del familiar cuidador	87
Tabla N° 8: Bienestar psicológico del familiar cuidador	88
Tabla N° 9: Bienestar social del familiar cuidador	88
Tabla N° 10: Bienestar espiritual del familiar cuidador	89
Tabla N° 11: Edad de los familiares cuidadores	89
Tabla N° 12: Género de los familiares cuidadores	90
Tabla N° 13: Nivel de instrucción de los familiares cuidadores	90
Tabla N° 14: Estado civil de los familiares cuidadores	91
Tabla N° 15: Ocupación de los familiares cuidadores	91
Tabla N° 16: Parentesco de los familiares cuidadores	92
Tabla N° 17: Tipo de enfermedad.....	92
Tabla N° 18: Tiempo que llevan con la enfermedad.....	93
Tabla N° 19: Horas que dedican los familiares cuidadores a sus enfermos.....	94
Tabla N° 20: Apoyo que reciben los familiares cuidadores.....	95
Tabla N° 21: Género del enfermo al que cuidan los familiares.....	95
Tabla N° 22: Edad del enfermo al que cuidan los familiares	96
Tabla N° 23: Bienestar físico del familiar cuidador: Agotamiento/cansancio	96
Tabla N° 24: Bienestar físico del familiar cuidador: cambios en los hábitos alimenticios.....	97
Tabla N° 25: Bienestar físico del familiar cuidador: dolor	97
Tabla N° 26: Bienestar físico del familiar cuidador: cambios en el sueño.....	98
Tabla N° 27: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Dificultad de enfrentar su vida.....	98
Tabla N° 28: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Calidad de vida	99
Tabla N° 29: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Felicidad.....	99
Tabla N° 30: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Control en su vida	100
Tabla N° 31: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Satisfacción con su vida	100
Tabla N° 32: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Capacidad de concentración	101

Tabla N° 33: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Útil.....	101
Tabla N° 34: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Angustia por el diagnóstico.....	102
Tabla N° 35: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Angustia por el tratamiento.....	102
Tabla N° 36: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Angustia desde el término del tratamiento de su pariente.....	103
Tabla N° 37: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Desesperación.....	103
Tabla N° 38: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Decaimiento.....	104
Tabla N° 39: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Miedo de que su familiar tenga otra enfermedad crónica.....	104
Tabla N° 40: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Miedo a una recaída ..	105
Tabla N° 41: Bienestar psicológico del familiar cuidador: Miedo a que la enfermedad avance.....	105
Tabla N° 42: Bienestar social del familiar cuidador: Angustia por la enfermedad	106
Tabla N° 43: Bienestar social del familiar cuidador: Nivel de ayuda recibido es suficiente.....	106
Tabla N° 44: Bienestar social del familiar cuidador: la enfermedad y tratamiento representa un obstáculo en las relaciones personales.....	107
Tabla N° 45: Bienestar social del familiar cuidador: enfermedad y tratamiento altera su vida sexual.....	107
Tabla N° 46: Bienestar social del familiar cuidador: enfermedad y tratamiento altera su trabajo.....	108
Tabla N° 47: Bienestar social del familiar cuidador: enfermedad y tratamiento altera sus actividades en el hogar.....	108
Tabla N° 48: Bienestar social del familiar cuidador: Aislado.....	109
Tabla N° 49: Bienestar social del familiar cuidador: carga económica por la enfermedad y tratamiento.....	109
Tabla N° 50: Bienestar espiritual del familiar cuidador: nivel de ayuda por actividades religiosas.....	110
Tabla N° 51: Bienestar espiritual del familiar cuidador: nivel de ayuda por actividades espirituales.....	110
Tabla N° 52: Bienestar espiritual del familiar cuidador: Incertidumbre.....	111
Tabla N° 53: Bienestar espiritual del familiar cuidador: cambios positivos.....	111
Tabla N° 54: Bienestar espiritual del familiar cuidador: Propósito.....	112
Tabla N° 55: Bienestar espiritual del familiar cuidador: Esperanza.....	112

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, ha aumentado de forma acelerada la proporción de personas de mayores de 60 años, esto debido al incremento de la esperanza de vida y al predominio de enfermedades crónicas, lo que representa el reto de adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional del adulto mayor, así como su participación social y su seguridad.¹

Esto impacta debido a que aumentan los sectores con edades más avanzadas², la mortalidad ha pasado de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo periodo.³ Entre el año 2015 al 2050, la proyección acerca de la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad va a pasar de 900 millones a 2000 millones a nivel mundial, lo que representa un aumento del 12% al 22%.¹ A nivel de América, para el año 2020 se espera tener unos 200 millones de adultos mayores y más de la mitad estarán viviendo en América Latina y Caribe, pues es la región de más rápido crecimiento del envejecimiento en el mundo.⁴ En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se proyecta que la población adulta mayor al año 2050 alcance los 8.7 millones, actualmente por cada 100 mujeres adultas mayores hay 87 hombres adultos mayores⁵ y en el año 2016, 1 de cada 10 peruanos y peruanas tiene más de 60 años.⁶

El adulto mayor, a pesar de ser considerado como población “no activa”, es un segmento productivo ya que son consumidores (medicamentos y alimentos), poseer mayor conocimiento por el tiempo de vida y experiencia, además de generar trabajo para los profesionales de la rama de medicina, entre otros; pero, al mismo tiempo, son dependientes (sea del gobierno, de la familia o socialmente) y marginados por no ser competentes y de “utilidad” como mano de obra.¹

El adulto mayor presenta mayores riesgos de enfermar o morir por enfermedades crónicas no transmisibles que son afecciones de larga duración y, usualmente de progresión lenta.⁸ También se sabe que 8 de cada 10 mujeres de 60 o más años presentan algún problema de salud crónico⁹, para la atención de

los adultos mayores se integra la auto-atención, la atención informal (a cargo de parientes, amigos y voluntarios), atención domiciliaria y atención institucional.¹⁰

En Lambayeque, actualmente, viven un total de 133.333 adultos mayores, Flor de María Vásquez Samané, Presidenta de la Federación de Adultos Mayores y Secretaria Nacional de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM), señala que una de las limitaciones principales con respecto al adulto mayor es el desconocimiento de sus derechos.³

Con respecto al acceso a la salud, la representante de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) explica que la mayoría de adultos mayores no tiene acceso a un sistema de salud, añadiendo que el mayor porcentaje de éstos sólo se atiende en el Sistema Nacional de Salud y debido a la falta de atención que ellos tienen en los centros médicos y a la automedicación, su estado se afecta aún más.³

Éstas y otras circunstancias convierten al adulto mayor en una persona de alta vulnerabilidad, reflejando la necesidad de recibir un cuidado integral por parte de familiares¹¹, las consecuencias de este cuidado a largo plazo se ven reflejadas en la calidad de vida del familiar cuidador.¹² De tal forma, que se convierte en el pilar del sistema de provisión de cuidados en el hogar³⁰, del manejo que se le dé a esos aspectos depende el bienestar de la persona y, con ello, su calidad de vida.³¹

Por lo antes mencionado, resulta difícil realizar las labores de cuidado del adulto mayor para miembros de la familia que lo hacen sin conocimientos profesionales al respecto.; considerando el incremento de la población adulta mayor, el impacto de las enfermedades crónicas y sus complicaciones, el alta precoz de los hospitales y las consecuencias que genera en la vida del cuidador, es que se plantea la presente investigación, siendo importante la determinación del nivel de calidad de vida por parte de los cuidadores familiares de un adulto mayor, lo que ha servido para proponer medidas de acción y estrategias que ayuden a informar a los cuidadores y mejorar su calidad de vida.

En tal sentido, el objetivo de la investigación fue el de determinar el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San Lorenzo I- sector -2017, se aplicó el instrumento validado por la investigación de Betty Ferrell et al. de medición de calidad de vida y adaptado por Arcos al español. Por lo tanto, se tomaron como objetivos específicos el describir cada una de las dimensiones propuestas por dicha escala: bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

Mediante el estudio descriptivo, cuantitativo, no exploratorio de corte transversal que se llevó a cabo, se encontró como principal resultado que el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedad crónica del Sector I del P.J. San Lorenzo, se encontró que ésta es de nivel “regular” (con 93.7 puntos de media) como resultado general, el 65.1% de los familiares cuidadores dedican menos de 6 horas a su atención, seguido del 22.2% que dedica de 7 a 12 horas y las enfermedades más comunes son diabetes (25%), seguido de hipertensión (22.1%) y el derrame (13.2%).

La presente investigación muestra también los niveles de bienestar para cada dimensión que afecta al nivel de calidad de vida (física, psicológica, social y espiritual), así como los factores dentro de ellas que colaboran u obstaculizan a que los familiares cuidadores alcancen los niveles de bienestar óptimos. Gracias a esto se podrán tomar medidas de acción a través de programas de apoyo que involucren la mejora integral de los familiares cuidadores así como la preparación de los mismos para el cuidado de los adultos mayores con enfermedad crónica.

Tomando como referente los puntos críticos encontrados se puede identificar qué factores trabajar para el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores aumente en un futuro cercano, ayudando a la prevención de otras enfermedades derivadas del stress y deterioro que conlleva usualmente el cuidado de un adulto mayor con enfermedades crónicas, siendo este uno de los aportes de la investigación.

Este estudio se divide en cinco capítulos, en el primero se desarrolló la situación problemática, formulación del problema, delimitación, justificación e importancia de la investigación y los objetivos; en el segundo se ha tratado a profundidad los antecedentes de estudio, las bases teóricas y la definición de términos; en el tercer capítulo se describe el tipo y diseño de investigación, población y muestra, la operacionalización de variables, métodos, técnicas, instrumentos y procesamiento de recolección de datos, análisis estadísticos e interpretación de datos, los principios éticos y el rigor científico; al llegar al cuarto capítulo se plasmaron los resultados a través de tablas y gráficos y la discusión de los mismos. En el quinto capítulo, se detallan las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad Problemática

A nivel mundial, ha aumentado la proporción de personas de mayores de 60 años¹, lo cual impacta al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas². Actualmente, la esperanza de vida de las mujeres (67.6) es superior en alrededor de cinco años a las que registran los varones (63.3); pero cabe resaltar que en los países más desarrollados, la esperanza de vida al nacimiento promedio es de casi 76 años. Entre el año 2015 al 2050, la proyección acerca de la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad va a pasar de 900 millones a 2000 millones a nivel mundial, lo que representa un aumento del 12% al 22%.¹ A nivel de América, para el año 2020 se espera tener unos 200 millones de adultos mayores y más de la mitad estarán viviendo en América Latina y Caribe, pues es la región de más rápido crecimiento del envejecimiento en el mundo.⁴ En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se proyecta que la población adulta mayor al año 2050 alcance los 8.7 millones, actualmente por cada 100 mujeres adultas mayores hay 87 hombres adultos mayores⁵ y en el año 2016, 1 de cada 10 peruanos y peruanas tiene más de 60 años.⁶

En nuestro país, el adulto mayor se considera altamente vulnerable, puesto que se presentan mayores riesgos de enfermar o morir por enfermedades crónicas no transmisibles que son afecciones de larga duración y, usualmente de progresión lenta. En la investigación sobre las enfermedades crónicas no transmisibles que padecen los adultos mayores, realizada por el INEI en el año 2014, se encontró que el 29,7% de la población adulta mayor declaró haber sido diagnosticada por un médico o profesional de la salud que padecía presión alta o hipertensión arterial; de ese total, el 74,8% manifestó que recibe tratamiento. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), esta dolencia afectó en mayor proporción a la población femenina (32,9%), que a la masculina (25,9%) y en el año 2014, la población adulta mayor diabética ascendió al 8,2%.⁹

Ocho de cada diez mujeres de 60 o más años presentan algún problema de salud crónico, así como siete de cada diez hombres de ese grupo de edad y 8 de cada 10 adultos mayores tienen algún seguro de salud, sea público o privado.⁹ Existen 4 compartimentos simplificados en la atención de los adultos mayores que deben integrarse, la auto-atención, la atención informal (a cargo de parientes, amigos y voluntarios), atención domiciliaria y atención institucional.¹⁰

En Lambayeque, actualmente, viven un total de 133.333 adultos mayores, Flor de María Vásquez Samané, Presidenta de la Federación de Adultos Mayores, refiere que la condición actual de este grupo población es lamentable, más aún por la indiferencia del Estado frente a sus necesidades.³

Éstas y otras circunstancias convierten al adulto mayor en una persona de alta vulnerabilidad, reflejando la necesidad de recibir un cuidado integral por parte de familiares¹¹, las consecuencias de este cuidado a largo plazo se ven reflejadas en la calidad de vida del familiar cuidador.¹² De tal forma, que se convierte en el pilar del sistema de provisión de cuidados en el hogar³⁰, del manejo que se le dé a esos aspectos depende el bienestar de la persona y, con ello, su calidad de vida.³¹

Por lo tanto, el problema de investigación fue ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas en el Pueblo Joven San Lorenzo I-sector 2017?. La investigación se realizó en el Sector I del P.J. San Lorenzo, distrito de José Leonardo Ortiz, Lambayeque. Fue dirigida a los familiares cuidadores de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, a quienes se les realizó encuestas para la recolección de datos entre los meses de agosto a septiembre del año 2017.

1.2. Justificación e Importancia de la Investigación

Ésta investigación fue realizada con el propósito de generar conocimiento con respecto a la realidad de la calidad de vida del familiar cuidador del Pueblo Joven San Lorenzo I-sector, validando la aplicación del instrumento de Ferrell

dentro del contexto latinoamericano propuesto por Arcos, cuyos resultados podrán sistematizarse en una propuesta para ser incorporada a centros asistenciales.

Este estudio aporta una descripción clara del nivel de calidad de vida de los cuidadores de acuerdo a cada una de sus dimensiones, siendo información valiosa para actualizar las medidas preventivas, conocer la realidad y establecer políticas que contribuyan al control y solución mediante programas de prevención y apoyo.

Ya que existe un crecimiento acelerado de la población adulta mayor y la necesidad de brindar atención integral así como prevenir los problemas específicos que enfrentan los pacientes y cuidadores de éstos, resulta necesaria una nueva modalidad de atención que tome en cuenta los factores sociales, psicológicos y físicos, razón por el que esta investigación permitirá detectar, atender y prevenir situaciones de riesgo en este segmento de la población y brindar apoyo a los cuidadores para su fortalecimiento personal, lo que mejorará de forma directa su calidad de vida.

Dado que no se han encontrado evidencias de investigaciones previas similares respecto a este tema en Lambayeque, se aportó un primer panorama o acercamiento a través de este estudio para dejar un precedente que sirvan en futuros estudios, además se justifica por que marca un aporte para el Pueblo Joven San Lorenzo, puesto que va a contribuir en la aplicación de estrategias que mejoren la calidad de vida de los cuidadores, realizar talleres o brindar información a los cuidadores para orientarlos y lo ayuden a cuidar de mejor manera a su familiar adulto mayor.

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San Lorenzo I sector, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Determinar el nivel de bienestar físico de los familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San Lorenzo I-sector -2017.
- b. Determinar el nivel de bienestar psicológico de los familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San Lorenzo I- sector -2017.
- c. Determinar el nivel de bienestar social de los familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San Lorenzo I-sector -2017.
- d. Determinar el nivel de bienestar espiritual de los familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San Lorenzo I-sector -2017.

1.4. Limitaciones de Investigación

Al tener como dato de análisis información sobre variables que involucran información personal, se hizo hincapié en la confidencialidad con la cual se trabajaría para lograr la participación sincera de los familiares cuidadores, por lo que firmaron una hoja de consentimiento informado sobre las encuestas aplicadas.

En la investigación se plantean términos técnicos que no necesariamente son de conocimiento para los sujetos de la muestra tomada, en base a ello se explicó la información y terminología, así como el propósito de la investigación, con el fin de evitar algún sesgo al ejecutar las encuestas.

No se cuenta con investigaciones previas similares en el ámbito local, lo cual ha limitado la comparación de resultados y formulación de hipótesis por ser una investigación de nivel exploratorio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Estudios

Los instrumentos para valorar el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores, según Osorio en su investigación del año 2008²⁴, sirven como apoyo para decidir la integración de las personas en las políticas y programas creados; a su vez Morales, M., en el año 2003²⁵ afirmó en su estudio de investigación que el modelo de Ferrell et al., ofreció fundamentos esenciales para comprender la calidad de vida que poseen los cuidadores familiares y las posibles intervenciones que pueden llevarse a la práctica si se desea mejorar el bienestar físico, psicológico, social y espiritual, recomendando la creación de grupos de apoyo que brinden un soporte integral para cuidadores familiares.

En Colombia se encontró una característica resaltante al aplicar el cuestionario de Ferrell, que el bienestar psicológico, el social y físico tienen un impacto negativo en la calidad de vida, mientras que el bienestar espiritual es el que fortalece, contrario a lo que sucede en los estudios realizados en el extranjero (Honduras, Guatemala y El Salvador), concluyendo que no es tan significativo para estas poblaciones, sin embargo en Colombia sí y a su vez en Latinoamérica por las similitudes poblacionales²⁶.

2.1.1. A nivel internacional

Barrera, L et al ¹⁴, en el año 2015, en Bogotá, realizan el estudio “Validez de constructo y confiabilidad del instrumento calidad de vida versión familiar en español”, con el objetivo de determinar la validez de constructo y confiabilidad del instrumento calidad de vida versión familiar en español de Betty Ferrell y cols. Para ello desarrollaron un estudio metodológico, descriptivo, de corte transversal, que incluyó caracterización socio-demográfica de 250 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica captados en la ciudad de Bogotá; pruebas de validez de constructo por medio de la técnica de Análisis Factorial Exploratorio y de confiabilidad determinando estabilidad, a través del cálculo de la correlación entre los

totales del test y el re-test, y consistencia interna obteniendo el coeficiente alfa de Cronbach entre todos los ítems del instrumento y de manera específica para cada dimensión. El resultado encontrado fue que la validez de constructo del instrumento calidad de vida versión familiar en español de Betty Ferrell evidencia la existencia de cuatro factores: dimensión física, psicológica, social y espiritual. El número de factores resultante de la solución del análisis factorial exploratorio se aproximó al número de dimensiones planteados por los autores, las cargas factoriales de casi el 50% de los ítems corresponden exactamente con los ítems diseñados y planteados para medir cada dimensión. Además se observó discrepancia en las dimensiones psicológica y social. Respecto a las pruebas de confiabilidad, en la evaluación de la estabilidad se encontró una correlación test-retest de 0.86, y en la de la consistencia Interna un alfa de Cronbach de 0.861 en el test y de 0.866 de re-test. En base a todo lo mencionado, este estudio concluyó que la escala calidad de vida versión familiar en español de Betty Ferrell et al., reporta una validez de constructo aceptable y una alta confiabilidad para ser utilizada en el contexto colombiano.

Romero, E. et al.¹⁵, en el año 2015, en Cartagena, investigan acerca de la “Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales”, con el objetivo de determinar la relación entre la sobrecarga percibida y la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica en Cartagena, mediante un estudio correlacional, con una muestra de 225 cuidadores de pacientes que asistieron a instituciones prestadoras de servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal en Cartagena, escogidos en forma aleatoria. La medición de la calidad de vida se evaluó mediante el instrumento propuesto por Ferrel, se determinó la sobrecarga mediante la escala de sobrecarga de Zarit. En los resultados se encontró que el 75,1 % en intervalos de edad entre 36 a 59 años de edad, 76,9 % femenino, 54,7 % eran casadas y en mayoría eran de estrato 2 el 62 %. La sobrecarga que se manifestó por parte del cuidador se asoció especialmente en las dimensiones física, psicológica y social, promedios de (72,3) (68,0) y (66,0),

obteniendo p-valor $<0,05$ cada una; la dimensión espiritual no presenta asociación puesto que su p-valor fue $\geq 0,05$. Concluyendo que la sobrecarga en los cuidadores de pacientes con insuficiencia renal se asoció con la calidad de vida, en las dimensiones física, psicológica y social.

Puerto, H.¹⁵, en el año 2015, en Colombia, realizó una investigación titulada “Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer”, con el objetivo de describir la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer en la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander en Bucaramanga durante el primer semestre del 2013, para ello, ejecutó un estudio descriptivo de corte transversal en donde se evaluaron 75 cuidadores familiares y se utilizó el instrumento que toma el concepto del modelo de Calidad de Vida versión familiar propuesto por Betty Ferrel, aplicando para el análisis la estadística descriptiva y la regla de estratificación de Dalhenius y Hodges. Como resultado encontró que la calidad de vida global infiere que los cuidadores presentan una percepción de la calidad de vida media en 41.3% y para las dimensiones del instrumento se hallaron puntajes medios para salud física con un 48%, psicológica en un 42%, social en 45.3% y espiritual en 44%.

Corredor, L.¹⁶, en el año 2014, en Bogotá, desarrolló una investigación “Validez y confiabilidad del instrumento de Betty Ferrell para personas con enfermedad crónica”, en el que se traza el objetivo de determinar la validez y confiabilidad del instrumento calidad de vida paciente con enfermedad crónica de Ferrell, B., para el contexto colombiano, mediante la realización de pruebas psicométricas en el I y II semestre de 2013, a través de un estudio de abordaje cuantitativo descriptivo de corte transversal, en el que se encuentra como resultado que el instrumento requirió un ajuste semántico con el que obtuvo una comprensibilidad mayor de 85% en cada uno de los ítems, concluyendo que el instrumento de calidad de vida de Ferrell, B. para personas con enfermedad crónica tiene una alta comprensibilidad y un adecuado índice de

validez de contenido para su uso en el contexto local. Se requiere seguir estudiando la validez de constructo, se recomienda eliminar el ítem 7 ya que presenta una alta correlación con el ítem 30, realizar un análisis factorial confirmatorio.

Vega, A. et al ¹⁷, en el año 2014, en Cúcuta, Colombia, realizaron el estudio “Calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica”, con el objetivo de describir la calidad de vida de los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica que asisten a control ambulatorio en un centro de atención básica, para lo cual se aplicó una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal, tomando como muestra a 244 cuidadores mediante muestreo no probabilístico, a quienes se les aplicó dos instrumentos: caracterización socio-demográfica de los cuidadores y calidad de vida del cuidador familiar. Como resultados se halló que predominaron cuidadores de género femenino, en edades que van desde los 36 a 59 años, casadas, dedicadas al hogar, con nivel de escolaridad y socioeconómico bajo; su rol lo vienen desempeñando desde el momento del diagnóstico; en los participantes no se reportó afectación del bienestar físico y espiritual, contrario a lo reportado en el bienestar psicológico y social.

Romero, E. et al ¹⁸, en el año 2014, en Cartagena, desarrollaron la investigación “El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida”, con el objetivo de determinar la calidad de vida percibida por el cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica en Cartagena, a través de un estudio descriptivo, se estudió a cuidadores de pacientes renales que asistían a instituciones prestadoras de servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal en Cartagena. Se estimó una muestra de 225 cuidadores, escogidos en forma aleatoria. La medición de calidad de vida se realizó mediante el instrumento propuesto por Ferrel. Encontrando que el 75,1 % en rangos entre 36 a 59 años de edad, 76,9 % femenino. En los cuidadores, el bienestar físico tuvo una media de 9.0, por debajo del promedio, una desviación estándar de 2,4. El bienestar psicológico y social presentaron un rango alto de afectación, con una

media de 28,5, desviación estándar de 6,5, una media de 15,8 con una desviación estándar de 3,8, respectivamente. El bienestar espiritual tuvo una media de 16,3, con una desviación estándar de 3,1. En base a ello concluyeron que ser cuidador altera la calidad de vida en la dimensión física, psicológica y social, debido a las obligaciones que implica tener a cargo los cuidados de otra persona. Como parte de un sistema que brinda cuidados informales, estos necesitan del apoyo del personal de la salud, específicamente de la disciplina de enfermería, que es el personal encargado de brindar cuidados de manera holística.

Fernández, I. et al ¹⁹, en el año 2013, en Almería (España), investigan acerca de la “Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar”, realizando un estudio cualitativo, fenomenológico, descriptivo, con grupo focal de 14 cuidadoras pertenecientes a la Unidad de Gestión Clínica Almería Centro. Teniendo como categorías: tareas, valores, reconocimiento (familiar, profesional, institucional), apoyo al cuidado, medidas de mejora. Encontraron que en el cuidado prima la obligación moral, especialmente en caso de la mujer, las cuidadoras reclaman más información y captación activa por parte del personal de enfermería.

Oviedo, H. et al ²⁰, en el año 2013, en Colombia, investigan la “Calidad de vida del cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica terminal”, con el objetivo de describir la calidad de vida del cuidador familiar, a través de un estudio descriptivo, transversal, la muestra la constituyeron 120 cuidadores familiares, utilizando el instrumento de calidad de vida de Betty Ferrell versión familiar. Se valoraron el bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Encontraron como resultado que el 83,33%, fueron mujeres, con edades entre 36 a 59 años, el 76 % eran cuidadores únicos, y 48% cuidan 24 horas al día; acerca del nivel de calidad de vida se evidenció que en la dimensión física, manifestaron dolor, fatiga, falta de apetito y cambios en el sueño; dentro de la dimensión psicológica, se manifestaron sentimientos de ansiedad, angustia y depresión; en la dimensión social manifestaron falta de

apoyo de otros familiares, cambio de su rol y aislamiento; y acerca de la dimensión espiritualidad, se encontró que asisten a actividades que fomentan su espiritualidad y reconocen que les sirve de apoyo. En base a todo esto, el estudio concluyó que existe un detrimento de la calidad de vida, fundamentado por las dimensiones física, psicológica y social

Arcos, D. ²¹, en el año 2010, en Bogotá, realiza el estudio “Validez y confiabilidad del instrumento calidad de vida, versión familiar en español”, mediante la que determina una adaptación del cuestionario de Betty Ferrell antes mencionado, con el objetivo de validar el instrumento para una versión en idioma español y de acuerdo a los valores comunes latinoamericanos a través de la investigación con pruebas de psicometría que se aplicaron en test y re test a 108 cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica. Para establecer la confiabilidad del instrumento se construyó una base de datos en el programa Excel, en la cual no se incluyó el reactivo No 15 que fue eliminado ya que no tuvo evaluación en la escala de Likert, por parte de los participantes en el estudio, el cálculo y análisis de la confiabilidad se determinó con 36 ítems, se determinó la estabilidad test-retest, con un coeficiente de correlación entre totales en 0,88 la cual se considera una correlación positiva fuerte, que satisface los criterios de confiabilidad test-retest y consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.65 para los 36 ítems en el test y retest.

2.1.2. A nivel nacional

Morales, M. ²², en el año 2016, en Huánuco, realizó su investigación de tesis “Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco, 2016”, aplicó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo típico, de corte transversal y diseño no experimental, con una muestra conformada por

172 cuidadores familiares del adulto mayor frágil según el programa de atención domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco. Empleó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento la confiabilidad fue determinada con el Alpha de Crombach ($\alpha = 0.88$) y los datos sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado, con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable central y sus dimensiones expresadas en niveles (No Agotamiento, Agotamiento Leve, Agotamiento Intenso), obteniendo como resultados de investigación que el 54,7% de cuidadores familiares presentan Agotamiento Leve, seguido por el 29,1% de cuidadores familiares con Agotamiento Intenso y el 16,3% de los cuidadores familiares No presentaron Agotamiento. De tal forma que el estudio concluyó que los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco, presentan un Agotamiento Leve.

López, J., en el año 2013, en Lima, realizó el estudio “Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, con el objetivo de determinar el nivel de calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas concurrentes a los servicios de Enfermería de Geriátrica, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I., a través de un estudio de tipo cuantitativo, método observacional y diseño descriptivo; cuya población fue constituida por cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas que acuden al H.N.G.A.I, con una muestra es 52 personas, encontrando que la mayoría de los cuidadores informales tenía 51 años o más y era mujer, con grado de instrucción superior; la dimensión mental fue la más afectada, siendo el rol emocional el de peor calidad de vida; con una mejor calidad de vida en la dimensión física con el rol físico y una sobrecarga baja, a pesar que el adulto mayor con enfermedad crónica tuvo una dependencia de grave a moderado.²³

2.2. Bases Teórico-científicas

2.2.1. Teoría de Jean Watson

Jean Watson es una destacada teórica contemporánea que enunció una teoría con respecto al cuidado de enfermería, se basa en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow⁷ y Yalom⁸, considera que el estudio de las humanidades expande la mente, incrementa la capacidad de pensar y de lograr el desarrollo personal, tomando el cuidado como un ideal moral y ético², lo cual permite la articulación de sus premisas teóricas con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería⁸:

- **Premisa 1:** Tanto el cuidado como la enfermería han existido en todas las sociedades⁸, dado que la actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura y al obtener una formación superior de análisis se combinó la orientación humanística con los aspectos científicos.
- **Premisa 2:** Mediante la claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, se experimenta la unión y se asegura un nivel de comprensión entre la enfermera persona y paciente persona⁸; esto hace referencia a que el grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal que se haya logrado, de tal manera que la enfermera y el paciente mantengan su calidad de persona conjuntamente con su rol.
- **Premisa 3:** El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado⁸; por lo que ésta debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del acto de cuidado.

2.2.2. Calidad de vida

La Organización Mundial de Salud (OMS) la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas

de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, lo cual determina las condiciones de vida en las que una persona logra que su existencia sea placentera y digna, o que sea llena de aflicción; por lo que se trata de un concepto subjetivo y muy vinculado al entorno en que la persona existe y se desarrolla.⁵

Es producto del estado de salud y bienestar, considerándose su multidimensionalidad e integridad, y puede ser considerada tanto buena como mala, dependiendo del tipo de medición que se utilice ³⁴. No es lo mismo que el estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni de bienestar, sino que se trata de un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo y otros conceptos de vida.¹ De tal forma que puede ser definida como la evaluación multidimensional de las circunstancias de vida actuales de una persona en el contexto de cultura y sistema de valores con los que viven.⁴²

El concepto de calidad de vida ha ido variando a lo largo del tiempo y en la actualidad hace referencia a una evaluación objetiva y subjetiva; por lo que se puede definir como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, según lo percibe cada persona y cada grupo.⁴³

La responsabilidad del cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónica implica que el familiar cuidador se haga cargo de sus eventos vitales y que dedique gran parte de su tiempo a ello, por lo que muchas veces termina dejando de lado sus propias necesidades y con ello afecta su calidad de vida.

Las dimensiones determinadas por Ferrell et al.⁴⁴ expresan que la calidad de vida representa “los atributos positivos o negativos que caracterizan la vida del cuidador familiar sobre cuatro dimensiones que incluyen: bienestar físico, psicológico, espiritual y social”; dentro de diversos estudios, en la medición de calidad de vida de los cuidadores familiares el instrumento propuesto por Ferrel et al.⁴⁴ y adaptado por Arcos para la realidad latinoamericana²¹ es el más aceptado, puesto que clasifica la calidad de vida

en cuatro dimensiones: físico, psicológico, social y espiritual, donde la dimensión física consta de 5 ítems con rango de puntaje de 5-20, la dimensión psicológica consta de 14 ítems con rango de 14-56, la dimensión social consta de 9 ítems con rango de 9-36 y la dimensión espiritual consta de 7 ítems con rango de 7-28, siendo sus implicancias las siguientes:

- a. Dimensión física:** La dimensión física se define como la salud física en general y los síntomas que se presentan, entre los cuales se enuncian la fatiga, las alteraciones del sueño, la funcionalidad, las náuseas, las alteraciones en el apetito, el estreñimiento, los dolores y el malestar⁴⁴, representa el mantenimiento de la funcionalidad que incluye la habilidad funcional, la salud física en general y síntomas. Para Espinosa⁴⁵, el bienestar físico de los cuidadores presentan alteraciones orgánicas y psicológicas, debido a que tienen menos descanso, mayor desgaste físico, hiporexia, estrés emocional (aun mayor que el del propio enfermo o sus familiares), ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria, etc., que se han englobado bajo la expresión síndrome de agotamiento del cuidador, así también Merino⁴⁶, en su investigación, muestra cómo la carga del cuidador se manifiesta en síntomas físicos relacionados con el sistema osteoarticular, seguido por síntomas generales, como las artralgias y cefalea. Autores como Larr et al o Holicky y McGriffin, citados por Natividad Pinto⁴⁷ en sus diferentes investigaciones, determinaron que las alteraciones físicas representan una señal de alerta en los cuidadores y, por ende, un deterioro en su calidad de vida; Torres et al⁴⁸, hallaron en su investigación que la mayoría de los familiares cuidadores presentan alteración en el patrón del sueño y cambios en el apetito.
- b. Dimensión psicológica:** Se define como el reconocimiento y comprensión de su estado cognitivo y afectivo ⁴⁴, incorpora el sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad desde felicidad,

satisfacción, capacidad de concertación y recordación, utilidad, ansiedad, depresión y miedo. Puesto que el familiar cuidador realiza la labor de ayudar y ser partícipe en el cuidado de la persona con enfermedad crónica, sufre muchas veces con problemas para lidiar con su vida, ya que no es tan fácil ejercer esta labor y es posible que estos cambios en la dimensión psicológica se incrementen cuando los cuidadores llevan ejerciendo su labor durante más de tres meses. Con frecuencia, ello genera cansancio físico, sentimientos de enfado e irritabilidad, así como sentimientos de culpa por considerar no alcanzar a hacer todo lo que su familiar necesite.⁴⁶

- c. Dimensión social:** Hace referencia a la percepción del individuo acerca de las relaciones interpersonales, el rol social en la vida, como necesidad de apoyo social y familiar y el desempeño familiar⁴⁴, considera el reconocimiento de la persona con su enfermedad, sus relaciones y roles desde las situaciones de estrés familiar, aislamiento social, finanzas y función sexual; estos elementos pueden alterarse en el familiar cuidador, lo que genera que éste evite relacionarse con otras personas y que su dimensión social se vea afectada.
- d. Dimensión espiritual:** El bienestar espiritual enmarca el significado de acontecimientos, la incertidumbre, la esperanza, la religiosidad o la trascendencia⁴⁴, considera aspectos de significado y propósito de vida. Para Barrera, Pinto y Sánchez⁴⁹ el valor espiritual constituye el respaldo a situaciones difíciles, ya que proporciona orientación y sentido a la vida, genera cambios positivos para el cuidador (como compromiso y responsabilidad para con el otro); además de sentirse útiles y aferrarse a las creencias religiosas y culturales pensando en el bienestar de la persona cuidada y teniendo la esperanza de la recuperación del familiar.

El profesional de enfermería juega un papel importante en determinar

la calidad de vida de los cuidadores, ya que deben estar atentos a las percepciones y preocupaciones del paciente y su familia.⁵⁰ En este sentido, es necesario trabajar por un cuidado compartido y comprometido, para fortalecer al familiar cuidador, dejándole saber que su tarea no es fácil y reconocerle los logros que alcance⁴⁷

2.2.3. Familiar cuidador

Un cuidador se define como la persona que atiende y apoya a otra persona, lo que puede incluir prestar ayuda con el cuidado personal, las tareas del hogar, la movilidad, la participación social y otras actividades importantes; ofrecer información, asesoramiento y apoyo emocional, así como participar en tareas de promoción, ayudar a tomar decisiones, alentar la ayuda mutua y colaborar en la planificación anticipada de los cuidados; ofrecer servicios de cuidados temporales o de respiro y participar en actividades para fomentar la capacidad intrínseca.⁵³ Los cuidadores pueden ser miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores remunerados y profesionales de la salud,.

Para abordar aspectos acerca del cuidador del adulto mayor, es necesario establecer que el acto de cuidar implica decisiones acerca de la salud y el bienestar de la persona, y esto es percibido de diferentes formas, que incluye la propia experiencia, el proceso social y las dimensiones de amor, cariño y trabajo.²¹ Cuidar no es únicamente una actividad física si no también una actividad mental; implica planificar y estar pendiente, prever la necesidades antes de que surjan²², implica experimentar cambios en la vida cotidiana; sobre esto cabe resaltar que los familiares cuidadores se han desempeñado de esta forma por un periodo mayor a tres meses se encuentran en una etapa de adaptación al rol; por lo tanto, existe la posibilidad de compromiso en cada una de las dimensiones de la calidad de vida.²⁷

El familiar cuidador es la base del sistema de provisión de cuidados en el hogar, y eso lo convierte en un elemento imprescindible para el paciente³⁰, según el manejo que se le dé a esos aspectos será el bienestar de la persona y, por ende, su calidad de vida.³¹ Los cuidadores son personas que dedican el tiempo y esfuerzos necesarios en la labor de atender a una persona para permitir que puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudando a que se adapte a las limitaciones generadas por la enfermedad.³¹ Ellos asumen gradual y voluntariamente el rol de cuidar al paciente y satisfacer en forma integral sus necesidades por la pérdida de su autonomía, lo que genera una experiencia de compromiso, de tiempo y de paciencia que demandan el desarrollo de habilidades y cualidades, ya que los familiares cuidadores se pueden ver expuestos a alteraciones en su propio bienestar.³¹ Según Sánchez, el ser un familiar cuidador modifica la vida de manera importante, puesto que da paso a una forma de vida diferente con complicaciones personales y sociales¹⁶

En el Perú, el 85.9% de los cuidadores en áreas urbanas son mujeres y en general, el 40% es un hijo, hija, yerno o nuera, solo el 25.2% son no familiares y el 18.5% cónyuges (esposo o esposa según sea el caso). A su vez, se ha establecido según datos estadísticos recogidos entre el año 2003 y 2008, que en el 16.3% de los casos en áreas urbanas el cuidador redujo sus horas de trabajo para prestar cuidados, solo en el 33.3% de los casos se contrata un cuidador profesional remunerado para que ayude.

Las labores a realizar como familiares cuidadores pueden convertirse en actividad frecuente y cada vez de mayor responsabilidad³³, según los referentes teóricos, se ha demostrado que los pacientes que cuentan con el apoyo de un familiar tienen una mejor disposición en el momento de asumir el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad crónica.³²

Montalvo et al.¹¹ en el estudio que realizaron el 2011, afirman que para la enfermería reconocer a los cuidadores como un elemento importante del sistema de cuidado de la salud en Colombia, se requiere identificar su

potencial y limitaciones, buscando ofrecer herramientas para optimizar su cuidado en términos de mejorar su calidad de vida, incrementar su capacidad de afrontamiento, respondan a la problemática familiar, mantengan su propia salud y fomenten una buena relación con la persona.

Con respecto a las personas de la tercera edad, según la Organización Mundial De Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.⁴ Al analizar las estadísticas acerca del adulto mayor en el Perú, se ha encontrado que al cuarto trimestre del año 2016, el 37.2% de los hogares del Perú tuvo entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad, donde el 40.4% pertenecía al área rural.²³ Así mismo, también se ha observado según estudios estadísticos realizados por el Instituto Nacional De Estadística E Informática (INEI), que el 84.6% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico, y en la población masculina, este problema afectó al 73.8%. Del total de la población de adulto mayor que padece alguna discapacidad, el 45.2% son adultos mayores, de los que el 51.2% son de sexo femenino y el 47.9% se encuentran en áreas rurales, como se puede ver con mayor detalle en la Figura N° 6 del Anexo N° 2. Donde, el 37.3% del total de discapacitados tienen dificultad para usar brazos y piernas, seguido del 14.2% con dificultad para ver, según Figura N° 7 del Anexo N° 2.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son aquellas entidades de larga duración y de progresión lenta.²⁴ Así mismo, de acuerdo con la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2008 las enfermedades crónicas constituyeron las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo.²⁵ Las enfermedades crónicas generan dependencia total o parcial, lo primero se caracteriza por que hay una pérdida total de la autonomía y por ello, se necesita de forma indispensable un cuidador para ayudar a cumplir con las actividades cotidianas²⁶ ¹⁶, mientras que en la dependencia parcial, el individuo es capaz de favorecer el

autocuidado; pero requiere de una persona que le proporcione apoyo y acompañamiento en el proceso de la enfermedad y en la asistencia a los servicios de salud.

La dependencia se define, según la recomendación del Consejo de Europa, aprobada en septiembre de 1998, como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”²⁸, es decir como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia importantes a fin de realizar actos de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”²⁹ Las actividades, a su vez, se dividen en:

- a. **Actividades básicas de la vida diaria:** son aquellas relacionadas con la capacidad que posee un individuo para subsistir sin la ayuda de nadie o de manera independiente.
- b. **Actividades instrumentales de la vida diaria:** implica realizar actividades de mayor complejidad; por lo tanto, es necesario una autonomía personal superior.

2.3. Definición de términos básicos

- a. **Adulto mayor:** según la Organización Mundial De Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.⁴
- b. **Enfermedad crónica:** según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son aquellas entidades de larga duración y de progresión lenta.²⁴
- c. **Calidad de vida:** evaluación multidimensional de las circunstancias de vida actuales de una persona en el contexto de cultura y sistema de valores con los que viven, es decir, la calidad de vida es un sentido subjetivo de

bienestar que incluye las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales.⁴⁴

d. Familiar cuidador: el cuidador es la persona que asume gradual y voluntariamente el rol de cuidar al paciente y satisfacer en forma integral sus necesidades por pérdida de su autonomía. Los cuidadores son personas que dedican el tiempo y esfuerzos necesarios en la labor de cuidar a una persona para permitir que puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolo a adaptarse a las limitaciones generadas por su incapacidad o discapacidad funcional.³¹ Los cuidadores familiares también se pueden ver expuestos a alteraciones en su propio bienestar, debido a los cambios que ellos mismos han debido efectuar en su propio estilo de vida.³¹

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de la investigación

La investigación realizada es de tipo descriptiva, según Polit y Hungler.⁵³ determina “como es” o “como esta” la situación de las variables en estudio, describiendo atributos y características que son parte de las dimensiones de calidad de vida en el cuidador. Su finalidad es observar, describir y comprobar, aspectos de una situación.

El enfoque de este estudio fue cuantitativo, ya que usó la información obtenida por medio de encuestas con variables numéricas a fin de describir la calidad de vida del cuidador del adulto mayor que presenta enfermedades crónicas en Pueblo Joven San Lorenzo I-sector, esto de acuerdo a Hernández Sampieri.⁵⁴ quienes consideran que el enfoque fue cuantitativo porque permitió examinar los datos de manera numérica, intentando aproximar y dar validez a las disciplinas sociales en la medida que busca definirlos, limitarlos y cuantificar cada uno de sus elementos.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño fue no experimental, de corte transversal, descriptivo, puesto que se tomó la información en un momento preciso del tiempo y que puede ser comparada con datos de estudios futuros, no se ha realizado ningún experimento entre variables ya que no se conoce su comportamiento ni estado, es de tipo descriptivo puesto que se realizó un diagnóstico de la situación actual de la calidad de vida del cuidador informal recogiendo así por primera vez las características y dimensiones de las variables propuestas, según Hernández Sampieri.⁵⁴

3.3. Población y muestra:

Para Hernández Sampieri, “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”⁵⁴. La población fue constituida por el total de cuidadores de adultos mayores con algún tipo de enfermedad crónica registrados dentro del Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo, dentro de la provincia de Chiclayo. Dicha información fue actualizada por la representante de la zona al año 2016, la señora Luz Seminario (secretaria del comité), teniendo en total 240 casos de adultos mayores con enfermedades crónicas en el área.

La muestra es probabilística, para determinarla se aplicó la fórmula estadística de población finita, según Anexo N° 5, obteniendo un total de 69 casos encuestados, considerando un grado de confianza del 95%, margen de error del 5% y una proporción donde “p” (probabilidad de ocurrencia) es equivalente al 80% de probabilidad de ocurrencia de encontrar un sujeto que se ajuste a las características buscadas. La muestra ha sido tomada siguiendo los siguientes criterios:

- a. **Criterios de inclusión:** Familias con al menos un adulto mayor como parte de sus miembros que tiene una enfermedad crónica y requiere de cuidados especiales, en las que uno o varios miembros del hogar realizan las labores de cuidado. Y que pertenecen al Pueblo Joven San Lorenzo I-sector, en la provincia de Chiclayo.
- b. **Criterios de exclusión:** Familiares cuidadores que no deseen participar de la investigación, cuidadores de adulto mayor que sean profesionales, cuidadores familiares de adulto mayor con enfermedad crónica que no pertenezcan al Pueblo Joven San Lorenzo I-sector, familiares cuidadores de adulto mayor que no padezcan una enfermedad crónica.

El muestreo aplicado fue aleatorio simple, de participación voluntaria, para lo cual se realizó un consentimiento informado.

3.4. Variables

Variable independiente: Calidad de vida

Variable dependiente: Familiar cuidador

3.5. Operacionalización de las variables

Tabla N° 1:

Operacionalización de variable independiente: Calidad de vida

Variable dependiente	Dimensiones	Indicadores	Técnica e Instrumento de recolección de datos
Nivel de Calidad de vida	Bienestar físico	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • Cambios en los hábitos alimenticios • Dolor • Cambios en el sueño 	Encuesta Test de Ferrel, traducción por Arcos
	Bienestar psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentar la vida • Calidad de vida • Felicidad • Control • Satisfacción • Sentirse con utilidad • Desesperación • Decaimiento • Miedo 	
	Bienestar social	<ul style="list-style-type: none"> • Angustia • Ayuda de otras personas • Relaciones personales • Vida sexual • Trabajo • Actividades en el hogar 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de aislamiento • Carga económica
		<ul style="list-style-type: none"> • Actividades religiosas • Actividades espirituales
Bienestar espiritual		<ul style="list-style-type: none"> • Incertidumbre • Cambios positivos • Propósito de vida • Esperanza

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N° 2:

Operacionalización de variable dependiente: Familiar cuidador

Variable dependiente	Dimensiones	Indicadores	Técnica e Instrumento de recolección de datos
Cuidador familiar	Factores socio - demográficas y variables asociadas	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Grado de instrucción • Estado civil • Clase de cuidador (Relación de parentesco con el adulto mayor) • Sexo del adulto mayor. • Edad del adulto mayor • Enfermedad del adulto mayor 	Encuesta

Fuente: Elaboración propia.

3.6. Métodos de investigación

Según Hernández S.⁵⁴ el método utilizado por esta investigación fue descriptivo, pues examinó los datos recolectados para hacer un análisis detallando una situación y de corte transversal ya que la información se ha presentado tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

3.7. Técnicas de investigación

Se aplicaron las técnicas de análisis documental, observación y un cuestionario de tipo cerrado (ver encuesta en Anexo N° 2). La encuesta fue elaborada en base al instrumento de Betty Ferrel para la medición del nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores, también fue validada por jueces de expertos, lo que permitió la recopilación de los datos correspondientes a la variable en estudio.

3.8. Descripción del instrumento utilizado

El instrumento está dirigido a los familiares cuidadores con preguntas cerradas, evaluada en escala de Likert (valores del 1 al 4) y con opciones de respuesta, validada a través de la aplicación de Alfa de Cronbach y por estudios previos en los que ya han sido aplicados exitosamente los instrumentos, mismos que se detallan a continuación en métodos.

La recolección de información se ha realizado mediante 2 métodos que se combinaron en un instrumento que consta de una presentación y agradecimiento por la participación, instrucciones del llenado de formulario y preguntas para su aplicación:

- a. En lo referente al perfil socio-demográfico, se incluyeron los aspectos de género, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, nivel socioeconómico, tiempo que lleva como cuidador, número de horas dedicadas al cuidado, parentesco y diagnóstico del adulto mayor, siendo en total 12 preguntas (10 cerradas, 2 abiertas).
- b. En la medición de la calidad de vida de los cuidadores, se empleó el instrumento ya validado, propuesto por Ferrel et al ⁽³⁷⁾ y adaptado por Arcos ⁽¹⁷⁾, que consta de 37 preguntas evaluadas mediante escala de Likert del 1 al 4 según dimensiones Anexo N° 1

Con los cuestionarios se elaboró la matriz de datos, mediante el programa SPSS versión 24, a través de tablas y cruce de variables se muestran los gráficos

estadísticos y frecuencias porcentuales para después realizar el análisis respectivo y cumplir con los objetivos establecidos. Los puntajes mínimos en la dimensión física, social y espiritual equivalen a una percepción positiva del estado de salud de los cuidadores, mientras que en la dimensión psicológica, los puntajes mínimos equivalen a una percepción negativa en el área emocional.

3.8.1. Validación y confiabilidad de instrumentos

La investigación consta de un instrumento ya validado en un estudio realizado por Ferrer et al ⁴⁴ y adaptado por Arcos ²¹, mismo que a su vez ha sido validado mediante la evaluación de 3 expertos, antes de la aplicación, por lo que se pudo corregir, aportar y efectuar las recomendaciones necesarias.

La confiabilidad se refiere a la consistencia de los resultados; en el análisis de la confiabilidad se busca que los resultados de un cuestionario concuerden con los resultados del mismo cuestionario en otra ocasión, si esto ocurre se puede decir que hay un alto grado de confiabilidad. La confiabilidad de los instrumentos fue determinado por el coeficiente de Alfa de Cronbach, que analiza la cohesión de indicadores para una misma categoría o sub-variable (mientras los valores sean más cercanos a 1 se considera más fiable puesto que tiene mayor cohesión). Se ha realizó un sondeo para validar la encuesta, aplicándola a 15 sujetos que cumplan con los criterios antes descritos, a un grado de confiabilidad del 95%, para lo que hemos encontrado los siguientes valores:

Tabla N° 3:

Alfa de Cronbach para variables de calidad de vida del cuidador del adulto mayor.

		Alfa de Cronbach	N° de elementos
Bienestar físico	Enunciados negativos	0.601	4
Bienestar psicológico	Enunciados positivos	0.586	6
	Enunciados negativos	0.685	9

Bienestar social	Enunciados negativos	0.762	7
Bienestar espiritual	Enunciados negativos	0.586	5

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Podemos observar en la Tabla N° 3 que todos los valores son superiores a 0.5 por lo que se encuentra dentro del segmento con el mínimo requerido para considerar el instrumento viable y con cohesión entre sus enunciados para calificar las variables. Cabe resaltar que este instrumento ya se encontraba previamente validado mediante los estudios y aplicación del mismo según Ferrer et al.

3.8.2. Procedimientos para la recolección de datos

Aprobado el proyecto, con la resolución y carta de presentación otorgado por la Escuela de Enfermería, se entregó a la Jefatura del Pueblo Joven San Lorenzo I-sector, para coordinar el acceso al área de tal forma que se pueda establecer una buena comunicación y quedando con ellos en las fecha y horas para efectuar la recolección de datos. La aplicación de los cuestionarios no llevó más de 15 minutos por persona, incluyendo la firma del consentimiento informado que garantiza la libre participación en el estudio y la encuesta a los familiares cuidadores.

3.9. Análisis estadístico e interpretación de datos

Con los datos recolectados a través de la encuesta se elaboró la matriz de datos, mediante el programa SPSS versión 24 se realizaron tablas, cruce de variables y gráficos estadísticos para con de ello realizar el análisis respectivo y cumplir con los objetivos establecidos.

Los puntajes mínimos en la dimensión física, social y espiritual equivalen a una percepción positiva del estado de salud de los cuidadores, mientras que en la

dimensión psicológica, los puntajes mínimos equivalen a una percepción negativa en el área emocional.

3.10. Principios éticos

A lo largo de la investigación se tuvo en consideración los principios bioético, dado que se brindó información clara y concisa al participante con respecto del estudio a realizar, indicándoles que la información será confidencial y que ellos tienen que dar su autorización para participar en el estudio a través del consentimiento informado (Anexo N° 6) en el que se mantendrá la confidencialidad de los datos en todo momento.

A través del informe de Belmont se resumen los principios éticos básicos, de esta forma, se tuvo pleno respeto en lo referente a la dignidad de los participantes sin cuestionar ni emitir juicios en base a las respuestas recibidas durante el desarrollo del estudio. Así tenemos:

- a. Principio de Beneficencia:** Significa hacer el bien, pues la investigación va a causar beneficio y contribuciones que ayuden a mejorar la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedades crónicas, adicional a ello, no causará ningún daño.
- b. Principio de autonomía:** De acuerdo con Gómez Sánchez⁵⁵, este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se manifiesta la capacidad para aceptar normas o reglas sin influencia de presiones externas o internas, a través de este principio se define al cuidador como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que este no le puede ser impuesto en contra de su voluntad, por lo que puede elegir si desea o no ser partícipe de la investigación.
- c. Principio de no maleficencia:** Los datos recolectados no serán expuestos para otro tipo de investigación, ni serán usados como medio de chantajes o propagación no adecuada.

- d. Principio de Justicia:** Manifiesta que todas las personas tienen iguales derechos para contar con lo necesario para su pleno desarrollo, independientemente de su integridad física o psíquica, de sus condiciones raciales, políticas, económicas o religiosas, por lo que han sido tratadas por igual, sin ninguna distinción de razas, sexo o edad. Durante la investigación no se emitieron juicios, tratando de manera igualitaria a cada cuidador durante la recolección de datos.

3.11. Criterios de rigor científico

Para asegurar la calidad de los datos recopilados y los resultados en esta investigación se tomaron en cuenta los criterios de rigor científico referidos por Hernández Siampieri⁵⁴, de acuerdo a la metodología cuantitativa:

- a. Confiabilidad:** Es la consistencia de los resultados, mediante la que se busca que los datos recopilados de un cuestionario concuerden con los resultados del mismo cuestionario en otra ocasión, de ser así. se puede decir que hay un alto grado de confiabilidad. Para determinar la validez interna se ha ejecutado una prueba piloto a 15 cuidadores familiares, y en ella se aplicó la prueba del Alfa de Cronbach para poder establecer la consistencia interna de la encuesta aplicada, obteniendo valores favorables.
- b. Credibilidad:** Se cumple cuando el investigador, recolecta información que son base para hallazgos reconocidos por los informantes como una aproximación real respecto a lo que ellos piensan y sienten. Este criterio es alcanzado ya que, para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares, se ha vuelto a recurrir a los informantes durante la recolección de datos, logrando analizar hallazgos reales y verdaderos.
- c. Transferencia:** Se refiere a la validez externa y aplicabilidad de la presente investigación, lo cual permite determinar el grado en el que

las conclusiones y resultados podrán ser aplicados a otros sujetos y contextos, de tal manera que los conocimientos transmitidos en este estudio puedan ser transferidos a contextos similares, cumpliendo con aplicarlo según las condiciones de inclusión dadas. En base a esto, se ratifica el principio mediante la aplicación de la opinión de jueces expertos.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se determina el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del P.J. San Lorenzo considerando, según lo indica el instrumento de Betty Ferrel, la suma total de los valores dentro de cada dimensión para obedecer a la siguiente clasificación:

Tabla N° 4:

Niveles de clasificación para la calidad de vida del familiar cuidador del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del P. J. San Lorenzo – 2017

Niveles	Rangos de clasificación
Sumamente mala	De 37 a 65
Regular	Mayor que 65 a 93
Buena	Mayor que 93 a 120
Excelente	Mayor que 120 a 148

Nota: Basado en los niveles del cuestionario de Betty Ferrel adaptado por Arcos.

Fuente: Encuesta realizada para determinar el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del P.J. San Lorenzo – 2017.

Así mismo se han determinado los niveles de bienestar que se presentan dentro de las dimensiones física, psicológica, social y espiritual, para ello se ha tomado en cuenta la siguiente clasificación:

Tabla N° 5:

Niveles de clasificación para las dimensiones de bienestar físico, psicológico, social y espiritual del familiar cuidador del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del P. J. San Lorenzo – 2017

Niveles	Rangos de clasificación (promedio ponderado)	
	Mayor que	Menor que
Sumamente mala	1	1.75
Regular	1.75	2.5
Buena	2.5	3.25
Excelente	3.25	4

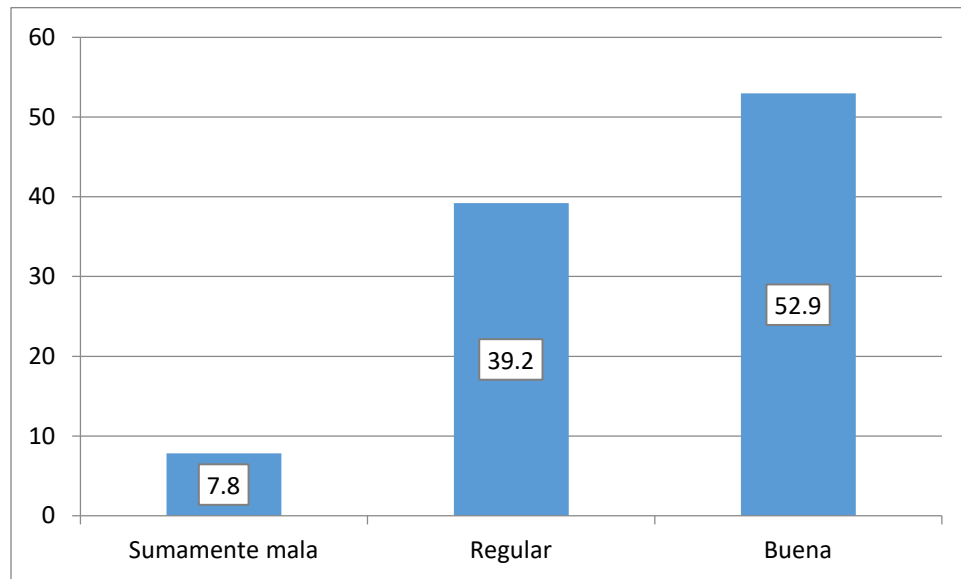
Fuente: Encuesta realizada para determinar el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del P.J. San Lorenzo – 2017

Dentro del Anexo N° 7 se detallan las características demográficas de los familiares cuidadores así como de la enfermedad de los adultos mayores y los tiempos que dedican a su cuidado.

4.1. Nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores

Al evaluar el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores, se ha encontrado una media de 93.7, lo que corresponde al nivel “regular” de calidad de vida, también se tiene como resultado que para el 52.9% es buena, mientras que para el 7.8% es sumamente mala, ningún caso ha calificado como excelente, esto se detalla en la Figura N° 1 siguiente:

Figura N° 1: Nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo, 2017.

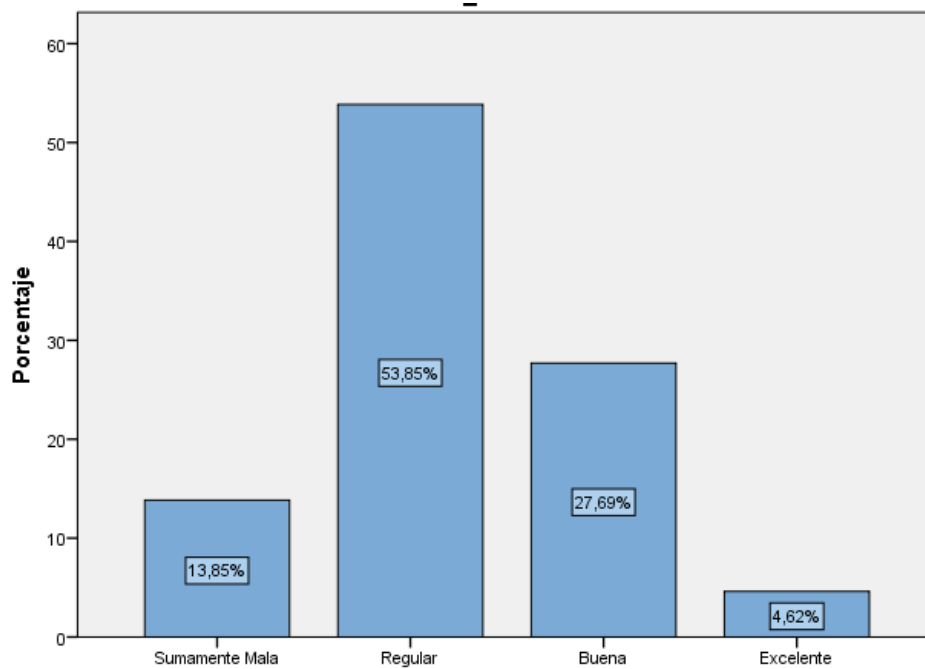


Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo - 2017.

4.2. Nivel de bienestar físico de los familiares cuidadores

El nivel general de bienestar físico de los familiares cuidadores de los adultos mayores del P. J. San Lorenzo es “regular”, alcanzando una media de 2.23 (escala de evaluación del 1 al 4), analizándolos encontramos que presentan un 53,85% de salud física regular y solo el 4,62% manifiesta sentirse en un estado de salud excelente, como se muestra en la Figura N° 2 a continuación:

Figura N° 2: Nivel de bienestar físico de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo, 2017



Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo - 2017.

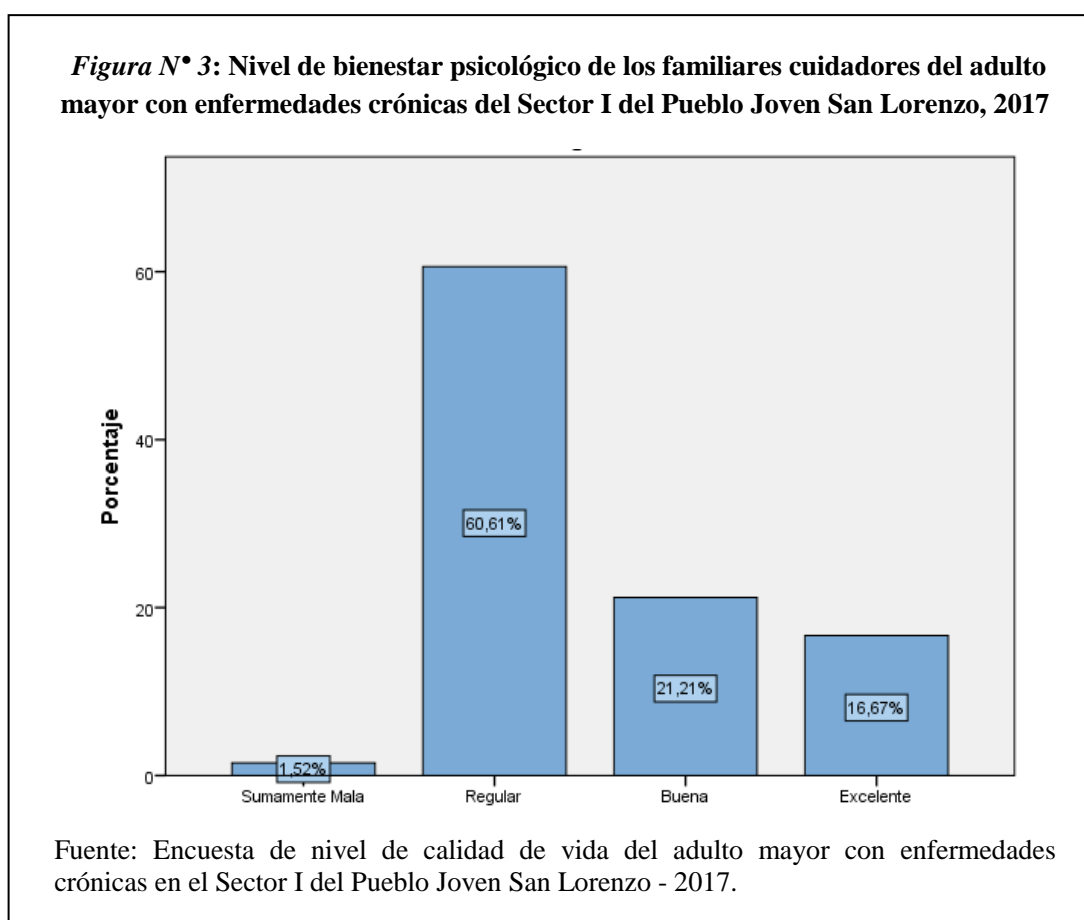
Profundizando un poco más dentro del nivel de bienestar físico de los familiares cuidadores, se han encontrado ciertas características como que para el 52.2% de los cuidadores familiares, existe algo de agotamiento o cansancio físico, sólo para el 15.9% esto representa un gran problema, el 49.3% ha cambiado en algo sus hábitos alimenticios, con respecto al dolor físico el 40% siente algo de dolor, mientras que el 29.2% ya lo reconoce como un problema.

Además también se ha encontrado que el 56.9% ha sentido algunos cambios en el sueño, siendo un problema sólo para el 24.6% de los familiares cuidadores (ver Tabla N° 23 a Tabla N° 26 en Anexo 7); es por estos motivos que para la mayor parte el bienestar físico se ha manifestado a nivel regular.

4.3. Nivel de bienestar psicológico del familiar cuidador

Al analizar la dimensión psicológica de los familiares cuidadores de adultos mayores en el P. J. San Lorenzo, encontramos que el nivel general de bienestar se encuentra como “bueno”, con una media de 2.53, lo que a su vez lo coloca justo en los límites de una calificación “regular”.

Para detallar las características de esta dimensión, se ha encontrado que un 60,61% de familiares cuidadores tiene una salud mental regular y sólo un 1,52% presentan un estado de salud mental sumamente mala, lo que representa un caso crítico por atender, esto se muestra a detalle en la Figura N° 3:



Para determinar el nivel de bienestar de la dimensión psicológica se han evaluado varios factores, dentro de los que resalta que para el 17,4% llevar la enfermedad de su familiar es muy difícil, pues le genera un stress psicológico constante y el 9,1% de los familiares cuidadores sienten que no tienen control en

absoluto sobre su propia vida; estos valores permiten identificar los puntos a trabajar con los familiares cuidadores para aumentar su bienestar psicológico.

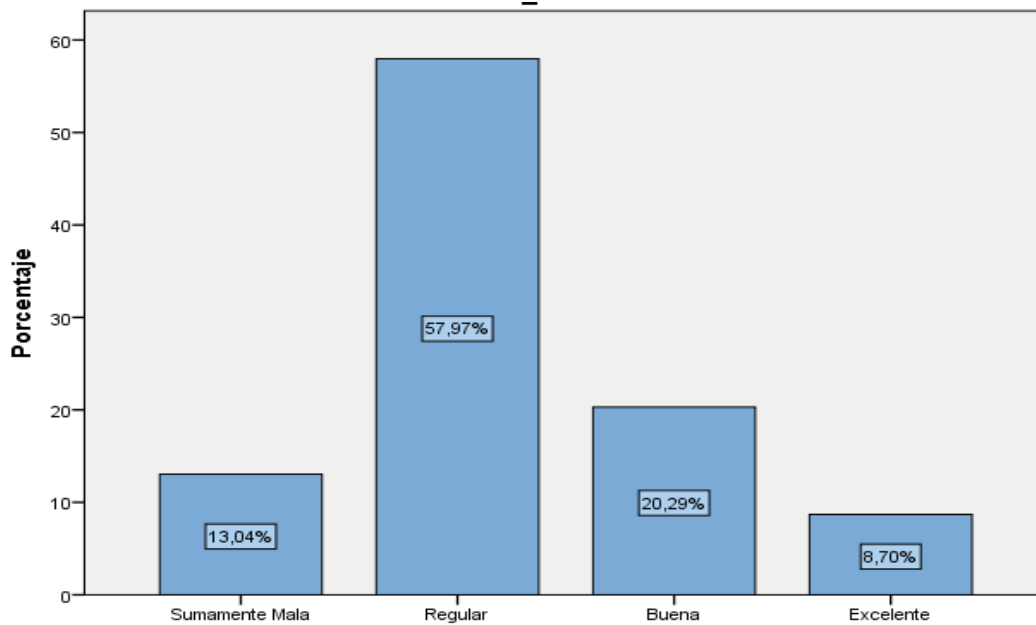
A su vez, también se ha identificado que la capacidad de concentración es regular para el 39.1%, lo que a su vez se traduce en muchísimo decaimiento para el 36.2%; sin embargo, las sub dimensiones que más afectan el bienestar psicológico del familiar cuidador (Tabla N° 27 al N° 41 en Anexo 7) son las referentes a sentir muchísimo miedo por una recaída (72.5%), nueva enfermedad (62.3%) o avance de la misma (68.1%), ya que generan incertidumbre con respecto al futuro.

4.4. Nivel de bienestar social del familiar cuidador

El nivel de bienestar social de los familiares cuidadores pertenecientes al P. J. San Lorenzo es “regular”, debido a que alcanza una media de 2.25 al medir los factores dentro de ésta dimensión.

El resultado encontrado en la dimensión social se explica debido a que los familiares cuidadores de los adultos mayores presentan un 57,97% de bienestar social de nivel regular y en un mínimo porcentaje el 8,70% presenta un bienestar social malo, como se muestra en la Figura N° 4 a continuación:

Figura N° 4: Nivel de bienestar social de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo, 2017



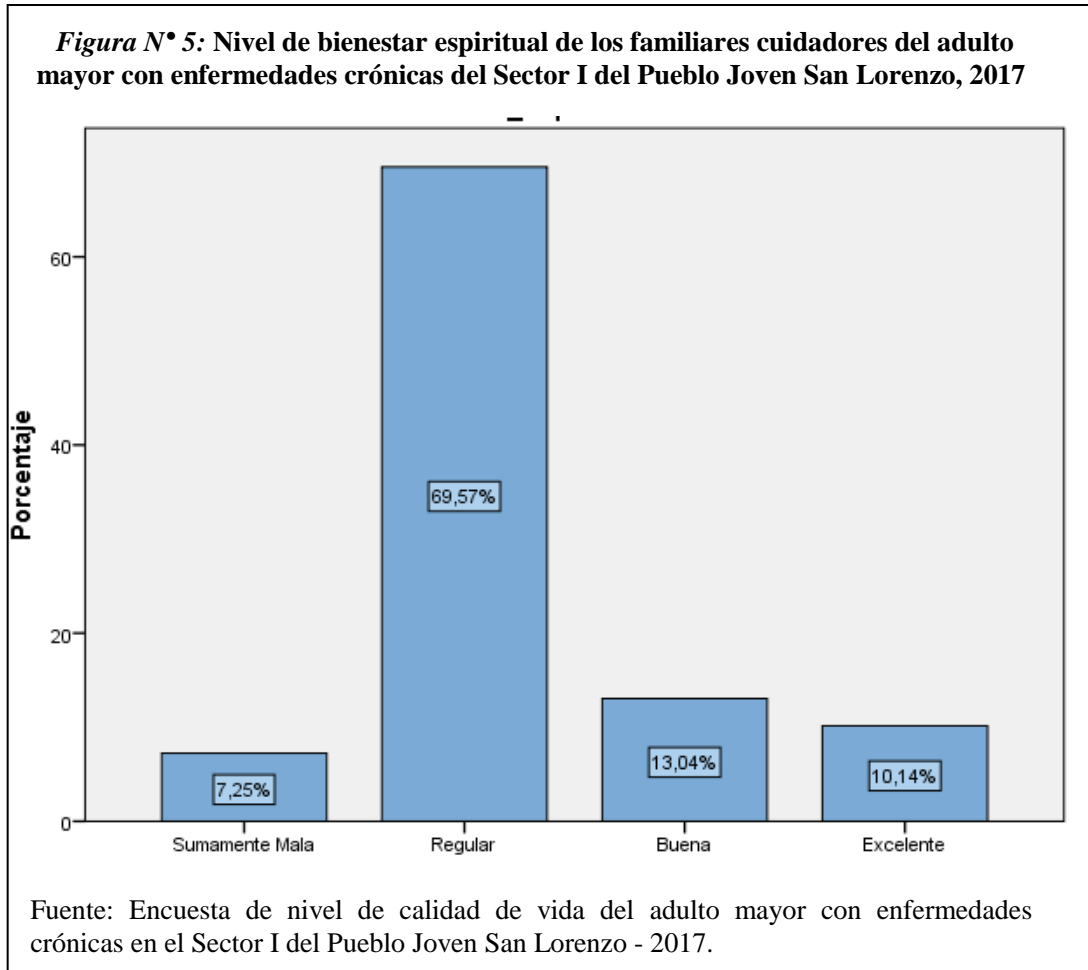
Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo - 2017.

Al analizar los factores que componen la dimensión de bienestar social, se ha encontrado que para el 27.5% de los familiares cuidadores la enfermedad y tratamiento ha significado un obstáculo moderado en sus relaciones familiares, 59.4% en su vida sexual y 50.7% en la laboral, lo cual es lógico puesto que muchas actividades sociales se ven afectadas y esto genera muchísimo aislamiento en el 13% de los familiares cuidadores (Ver de la Tabla N° 42 a la N° 49 del Anexo 7).

4.5. Nivel de bienestar espiritual de los familiares cuidadores

El nivel de bienestar espiritual de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas del P.J. San Lorenzo sector I, es “regular”, según el promedio obtenido de 2.26. Esto se explica con el análisis del porcentaje de familiares cuidadores que cuentan con un bienestar espiritual regular (69,6%),

mientras que solo el 7.2% dice sentirse sumamente mal al respecto, esto se observa a detalle en la Figura N° 5:



Dentro de los factores de la dimensión de bienestar espiritual, que son de muchísima ayuda las actividades religiosas para el 23.2% y las actividades espirituales para el 26.1%; el 29% de los familiares cuidadores siente muchísima esperanza hacia el futuro, sin embargo para el 19.1% el nivel de incertidumbre es muchísimo (Ver Tabla N° 50 a Tabla N° 55 en Anexo 7).

4.6. Discusión

El nivel de calidad de vida designa las condiciones en que vive una persona, mismas que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción⁵, al analizar el nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedad crónica del Sector I del P.J. San Lorenzo, se encontró que ésta es de nivel “regular” (con 93.7 puntos de media) como resultado general.

La responsabilidad del cuidado de una persona que vive en situación de enfermedad crónica implica que el cuidador maneje eventos vitales para la calidad de vida de la persona que está a su cargo y que dedique gran parte de su tiempo a ello; sin embargo, por asumir esto, muchas veces de manera incondicional, dejan de lado sus propias necesidades y requerimientos personales, lo que afecta su calidad de vida, motivo por el que para el 52.9% el nivel de calidad de vida es bueno y es regular para el 39.2% de los familiares cuidadores; el cuidar a un paciente con enfermedad crónica implica experimentar cambios en su vida cotidiana, relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo.

.Las enfermedades crónicas generan dependencia total o parcial; en la primera se necesita indispensablemente un cuidador para ayudar a cumplir con las actividades cotidianas.^{26 16}, en la dependencia parcial, el adulto mayor es capaz de favorecer su auto-cuidado; pero requiere de apoyo y acompañamiento en el proceso de la enfermedad y en la asistencia a los servicios de salud, en su mayoría, los adultos mayores no son totalmente dependientes de su cuidador, ya que las enfermedades más comunes son diabetes (25%), seguido de hipertensión (22.1%) y el derrame (13.2%), lo que permite cierta autonomía y explica el por qué el tiempo de cuidado al día no es muy prolongado, el 65.1% de los familiares cuidadores dedican menos de 6 horas a su atención, seguido del 22.2% que dedica de 7 a 12 horas.

El nivel de bienestar físico para los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas del Sector I del P.J. San Lorenzo es “regular”, lo cual responde a varios factores internos, entre ellos se encontró que los familiares

cuidadores presentan un 53,85% de salud física regular y un 13,85% sumamente mala, para Espinosa ⁴⁰ el bienestar físico de los cuidadores presenta alteraciones orgánicas y psicológicas, debido a que tienen menos descanso, mayor desgaste físico y estrés emocional aun mayor que el del propio enfermo o sus familiares.

Torres et al.⁴³ hallaron en su investigación que la mayoría de los familiares cuidadores refieren alteración en el patrón del sueño y cambios en el apetito, hecho que es compartido en el presente estudio, puesto que se ha encontrado que el 49.3% de los familiares cuidadores han cambiado en algo sus hábitos alimenticios y el 56.9% ha sentido cambios en el sueño; a su vez, Larr et al o Holicky y McGriffin, citados por Natividad Pinto⁴² en sus diferentes investigaciones, determinaron que las alteraciones físicas representan una señal de alerta en los cuidadores y, por ende, un deterioro en su calidad de vida, lo cual resalta la importancia de establecer programas de apoyo y cuidado a estos familiares, pues su propia salud física afecta también al paciente adulto mayor y al desempeño como cuidador que pueda realizar.

Dentro de la dimensión de bienestar psicológico de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedad crónica del Sector I del P.J. San Lorenzo se ha determinado que el 60,61% cuenta con un estado de salud mental regular y solo el 1,52% presentan un estado de salud mental sumamente malo, el hecho de que los cuidadores sean familiares del paciente afianza un vínculo entre ellos, que según nos recuerda la segunda premisa de la Teoría de Watson⁸, “el grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal que se haya logrado, donde el cuidador y paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”; dicho vínculo es más estrecho también debido al tiempo que el familiar lleva como cuidador, siendo el 31.1% aquellos que se han dedicado por 2 años a la atención de sus familiares, seguido del 22.8% con períodos de entre 1 año y 1 año con 3 meses; para Merino ⁴¹ es posible que estos cambios en la dimensión psicológica se incrementen cuando los cuidadores llevan ejerciendo su labor durante más de tres meses, ello genera cansancio físico, sentimientos de enfado e irritabilidad, así como sentimientos de culpa por

considerar no alcanzar a hacer todo lo que su familiar necesite; cabe resaltar que los cuidadores que presentan una experiencia de cuidado mayor a tres meses se encuentran en una etapa de adaptación al rol; por lo tanto, existe la posibilidad de compromiso en cada una de las dimensiones de la calidad de vida.²⁷

La dimensión social, como menciona Ferrell³⁹, hace referencia a la percepción del individuo acerca de las relaciones interpersonales y el rol social en la vida, sin embargo la alteración de estos elementos genera que el cuidador evite relacionarse con otras personas y que su dimensión social se vea afectada; es así que el 57.97% los familiares cuidadores de los adultos mayores del P.J. San Lorenzo presentan un bienestar social regular, mientras que el 8,7% es malo. El bienestar social considera el reconocimiento de la persona con su enfermedad, sus relaciones y roles desde las situaciones de estrés familiar, aislamiento social, finanzas y función sexual³⁷, según Sánchez, la experiencia de ser cuidador modifica la vida de las personas de forma importante, va más allá de tener una tarea o responsabilidad, pues genera una forma de vida diferente, con complicaciones personales y sociales¹⁶.

Para Barrera, Pinto y Sánchez⁴⁴ el valor espiritual constituye el respaldo a situaciones difíciles, ya que proporciona orientación y sentido a la vida, genera cambios positivos para el cuidador (como compromiso y responsabilidad para con el otro), razones que explican el por qué dentro de la dimensión espiritual de los familiares cuidadores han destacado valores más altos de bienestar que en otras dimensiones, encontrando que para un 49,28% existe algo de bienestar espiritual, en un 26,09% presentan muchísimo bienestar espiritual (porcentaje más alto de bienestar alcanzado), en el 17,39% presentan moderado bienestar espiritual. Para Ferrell³⁷, el bienestar espiritual considera aspectos de significado y propósito de la vida, la esperanza, la incertidumbre y la trascendencia.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- El nivel de calidad de vida de los familiares cuidadores del adulto mayor con enfermedad crónica del Sector I del P.J. San Lorenzo es “regular”.
- El nivel de bienestar físico general es regular (con una media de 2.23), el 53.85% de los familiares cuidadores considera su bienestar físico como regular, mientras que sólo el 4.62% lo considera “excelente”.
- Para el 15.9% el nivel de agotamiento físico representa un gran problema, el 49.3% ha cambiado en algo sus hábitos alimenticios y el 56.9% ha sentido cambios en el sueño; siendo estos los puntos más resaltantes a tener en cuenta para la estrategia de mejora de bienestar físico de los familiares cuidadores.
- El nivel de bienestar psicológico de los familiares cuidadores es “bueno” (media de 2.53), dentro del que resalta que el 60.61% considera su salud mental como “regular” y solo un 1.52% manifiesta que esta es “sumamente mala”.
- Entre los puntos críticos a tomar en cuenta se tiene que para el 17.4% existe un stress psicológico constante, el 9.1% cree no tener control de su vida y para el 43.5% hay “algo” de desesperación, con “muchísimo” decaimiento para el 36.2%.
- El nivel de bienestar social de los familiares cuidadores es “regular” (media de 2.25), dentro del que el 57.97% considera que su vida social es regular y el 8.7% que es mala.
- Entre los factores que influyen el bienestar social, se ha encontrado que para el 27.5% de los familiares cuidadores la enfermedad y tratamiento ha significado un obstáculo moderado en sus relaciones familiares, el 59.4% considera que su vida sexual se ve algo afectada y el 50.7% cree lo mismo con respecto a su vida laboral, motivo por el que el nivel de bienestar social es menor.

- El nivel de bienestar espiritual de los familiares cuidadores es “regular” (media de 2.26), en el que se considera para el 60.6% de los familiares una percepción de regular y para el 7.2% una de sumamente mala.
- Dentro de la dimensión de bienestar espiritual se han podido observar la importancia del apoyo de actividades religiosas y espirituales, siendo el 43.9% los que manifiestan haber encontrado algo de propósito dentro del bienestar espiritual.
- Todo esto pone de manifiesto que los familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo han tenido un deterioro en las dimensiones en que desenvuelven su vida, principalmente en el bienestar físico y social, por lo tanto existe un campo de acción para programas de mejora del bienestar dentro de cada dimensión, enfocándose principalmente en el agotamiento físico, cambios de sueño y apetito, así como en evitar que el familiar cuidador se sienta aislado.

5.2. Recomendaciones:

USS

- Continuar con la realización de investigaciones cuantitativas y cualitativas relacionadas con la calidad de vida de los familiares cuidadores que permitan ahondar en la problemática y tomar acciones coherentes para mejorar la situación, así mismo se podrá establecer un estudio comparativo para evaluar la mejoría.

Centro de Salud

- Reevaluar y redireccionar de acuerdo a las necesidades encontradas, los programas actuales dirigidos a los familiares cuidadores, de tal forma que permitan brindar cuidados y orientación a los mismos.
- Diseñar programas educativos para los familiares cuidadores para que se valoren y fortalezcan las actividades de cuidado de los familiares en el

hogar, proporcionando conocimientos relacionados con la patología de las enfermedades de sus parientes, y mejorando las habilidades, a fin de reducir el estrés y la ansiedad generada por el desconocimiento en su rol, facilitando el acceso a la población más vulnerable e incrementando la capacidad de respuesta de los servicios de salud para mejorar la calidad de vida.

Enfermeras

- Se hace necesaria la participación más activa de los profesionales de enfermería para que se pueda contemplar a los cuidadores familiares como parte fundamental del tratamiento y mejora de los pacientes, conocer sus necesidades y en base a ello establecer planes de acción.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Web de Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Junio 2. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
2. Carretero-Gómez S, Garcés-Ferrer J, Rodenas-Rigla F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes Valencia: Tirant Lo Blanch; 2006.
3. FIAPAM. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. [Online].; 2015 [cited 2017 Junio 3. Available from: <http://fiapam.org/?p=17823>" <http://fiapam.org/?p=17823>
4. Organización Panamericana de la Salud. Paho.org. [Online].; 2012 [cited 2017 Junio 2. Available from: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task.
5. INEI. Compendio estadístico. Primera edición ed. Lima: Publicaciones Instituto Nacional de Estadística; 2015.
6. UNFPA. Adultos mayores en el Perú. Ficha. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas - Perú; 2014.
7. Jimenez MS. Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España España: Universidad Pompeu Fabra; 2007.
8. INEI. Evolución de la pobreza monetaria Lima: Publicaciones Instituto Nacional de Estadística; 2015.
9. INEI. Situación de la población adulta mayor. Primera edición ed. Lima: Publicaciones Instituto Nacional de Estadística; 2015.
10. Manrique G. Situación del adulto mayor en el Perú. Revista Médica Herediana. 1992; 3(3).

11. Venegas BC, Vargas E, Abella LF, M.Y. A, L.P. B, Chaparro EY,ea. Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2010.
12. Vega O, Garnica Florez M, Rincón Sepúlveda J, Ricón Aguirre L. Calidad de vida de los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica. *Ciencia y Cuidado*. 2014 Julio - diciembre; 11(2).
13. Gómez-Gomez MR, Gracia-Reza C, Gómez-Martínez V, Mondragón-Sánchez PB. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011; 1(19): p. 7-12.
- 14 Barrera L, Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B, Vargas E, Carreño S. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento calidad de vida versión familiar en español. *Rev. Enfermería Global*. 2015; 37(1): p. 227-238. ISSN 1695-6141.
- 15 Puerto HM. Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Rev Cuid*. 2015; 6(2): 1029-40. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.154>
- 16 Corredor, L. Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida de Betty Ferrell para personas con enfermedad crónica. Tesis de posgrado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Posgrados en Enfermería; 2014.
- 17 Vega O, Garnica M, Rincón J, Ricón L. Calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2014 Julio - Diciembre; 11(2).
18. Romero E, Maccausland Y, Solorzano L. El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida. *Salud Uninorte*. 2014 Marzo; 30(2): p. 146-157.

19. Fernández I, Silvano A, Del Pino M. Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index de Enfermería*. 2013 Junio; 22(1).
20. Oviedo H, Rivas A, Caballero M. Calidad de vida del cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica terminal. *Actualidad Enfermería*. 2013 junio; 16(4): p. 10-15.
21. Arcos-Imbachi DM. Validez y confiabilidad del instrumento calidad de vida, versión familiar en español. Tesis. Bogotá D. C.: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
22. Morales MG. Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) Essalud, Huánuco, 2016. Tesis pregrado. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud - Enfermería; 2017.
23. López J. Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima: Afiliada a la Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2013.
24. Oviedo H, Rivas A, Caballero M. Calidad de vida del cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica terminal. *Actualidad Enfermería*. 2013 junio; 16(4): p. 10-15.
25. Romero E, Rodríguez J, Pereira B. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. *Revista Enfermería*. 2015; 31(4).
26. Achury D, Castaño H, Gómez L, Guevara N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Pontificia Universidad Javeriana. 2011 Enero - junio; 13(1).
27. Dominguez C. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Revista Index Enfermería*. 1998; 23: p. 15-21.

28. Tobio Cea. Página Web de la Fundación la Caiza. [Online]. *Available from:* [www.lacaixa.es\obrasocial" www.lacaixa.es/obrasocial.](http://www.lacaixa.es/obrasocial)
29. INEI. INEI. [Online].; 2016 [cited 2017 Junio 2. *Available from:* https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-mayor-oct-dic2016.pdf .
30. OMS. Enfermedades crónicas. [Online].; 2005. *Available from:* [http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
31. OMS. Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad. [Online].; 2009. *Available from:* http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html .
32. Valencia C. Manejo de síntomas por auto cuidado en personas con VIH/Sida. In I Jornada de Enfermería Cali; 2006; Cali.
33. Galvis C, Pinzón Rocha M, Romero González E. Comparación entre la habilidad de cuidado de cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica en Villavicencio. Av Enfermería. 2004; 1(22): p. 4-26.
34. Feeneurología. Impacto socio sanitario de las enfermedades neurológicas en España: Discapacidad y dependencia. [Online].; 2009 [cited 2017 Julio 2. *Available from:* [http://www.feeneurologia.com/html/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=66&limitstart=3.](http://www.feeneurologia.com/html/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=66&limitstart=3)
35. Gómez J. Primera conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España: prevención de la dependencia en las personas mayores. [Online].; 2007 [cited 2017 junio 13. *Available from:* [http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_Cientificos/Prevencion%20Dependencia%20mayores.pdf.](http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_Cientificos/Prevencion%20Dependencia%20mayores.pdf)

36. Montaña GM. Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer. Primera edición ed.: MAD; 2005.
37. RB. Á. Comparación de la Calidad de vida de cuidadores familiares de personas que viven con el VIH/SIDA y reciben Terapia Antirretroviral con la Calidad de Vida de los Cuidadores Familiares de Personas con el VIH/SIDA y no reciben Terapia Antirretroviral. Avances en Enfermería. 2004 Diciembre; 2(22): p. 4-26.
38. Fundación Once. Discapnet: el cuidador concepto y perfil. [Online].; 2009 [cited 2017 Junio. Available from: http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/Paginas/Cuidador_concepto_perfil.aspx .
39. Sellén J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control La Habana: Universitaria del Ministerio de Educación Superior de la República de Cuba; 2008.
40. Neto B, Lindolph M, Sa SOJ. Autocuidado, ¿una cuestión de género? Revista de Enfermería Herediana. 2009; 2(2): p. 73-79.
41. Oblitas G. Psicología de la salud y enfermedades crónicas; 2005.
42. Padilla GV, Grant MM, Ferrel B. Nursing research into quality of life. Qual Life. 1992; 8(341).
43. Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa cuidado a cuidadores. Aquichán. 2005; 5(5): p. 36-51.
44. Ferrell B. La calidad de vida: 1525 voces del cáncer. ONS/Bristol - Myers. 1996; 23(6): p. 1-6.
45. Espinosa M, Clerencia M, Serrano M, Alastuey C, Mesa P, Perlado F. Apoyo social, demencia y cuidador. Revista Especializada en Geriatria y

Gerontología. 1996; 5(31).

46. Merino S. Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situación de enfermedad crónica. *Av Enferm.* 2004; 22(1).
47. Pinto N. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los Cuidadores". *Revista Amuchan.* 2005;(5).
48. Torres A. Características personales y factores estresantes que experimentan los familiares cuidadores de enfermos mentales. In *Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería*; 2003; Bogotá.
49. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Rev Panam Salud Pública.* 2006; 8(2): p. 141-152.
50. Orbegoso A. Ética y enfermería. [Online].; 2004 [cited 2017 Junio 25. Available from: <http://paliativossinfronteras.org/upload/publica/libros/dilemas-eticos-final-vida/02%20Orbegoso>
51. Zabalegui A. El rol del profesional de enfermería. *Aquichan.* 2003; 3(3): p. 16-20.
52. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Report No.: ISBN 978 92 4 069487 3.
53. Hungler DFP. *Investigacion Cientifica en ciencias de la salud* McGraw-Hill , editor. España ; 2000.
54. Hernandez, Fernandez, Baptista P. *Metodologia de la Investigacion Cientifica.* Quinta Edicion ed. Mexico : McGRAW - HILL; 2008.
55. Gómez PI. *Principios basicos de bioética.* 2009.

56. INEI. Sitio Web INEI. [Online].; 2015 [cited 2016 junio. *Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf*
57. Definición Org. Desarrollo: Definición Org. [Online]. [cited 2016 junio. *Available from: <http://www.definicion.org/desarrollo>* .
58. Universidad de Valencia. Salud Pública - Universidad de Valencia. [Online].; 2010 [cited 2017 Junio 2. *Available from: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf* .
59. Álvarez A, Sánchez M. Sobrecarga del cuidador principal del adulto con enfermedad Alzheimer. *Epistemus, Ciencia, Tecnología y Salud*. 2017 Abril;(21): p. 30-36.
60. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20(6): p. 649-655.
61. Martins A, Pereira T, Silva L, Correa L, Ferreira J, Partezani R. La sobrecarga y desánimo en los cuidadores de adultos mayores. *Florianapolis*. 2012; 21(2): p. 304-312.
62. Cabada E, Martínez V. Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*. 2017; 27(1).
63. Beltrán JP. Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados. Tesis de maestría. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.

64. González A, Fonseca Fernández M, Valladares González A, López Angulo L. Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados. Revista Finlay. 2017 Enero - marzo; 7(1).
65. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología; 1998.
66. Vásquez CC, Carod AF. Calidad de vida en pacientes con secuela neurológica y en sus cuidadores evaluados mediante la Escala SF-36. In First International Congress on Neuropsychology; 1999; Brasilia DF, Brasil.

**ANEXO N° 1: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN FERREL ET AL,
ADAPTADO POR ARCOS.**

INSTRUCCIONES: Estamos interesados en saber cómo la experiencia de tener un pariente con Enfermedad Crónica, afecta su calidad de vida. Por favor contestar todas las preguntas, basándose en su vida en este momento. De acuerdo con la pregunta, usted tiene las siguientes opciones de respuesta, al frente de cada número podrá encontrar su significado.

Para las preguntas 1-2-3 y 4

- 1 Ausencia del problema
- 2 Algo del problema
- 3 Problema
- 4 Muchísimo problema

Para las preguntas 5-7-11-21-30 y 37

- 1 Sumamente Mala
- 2 Regular
- 3 Buena
- 4 Excelente

Para la pregunta 6

- 1 Muy Fácil
- 2 Fácil
- 3 Difícil
- 4 Muy Difícil

Para las preguntas: de la 8 a la10, de la 12 a la 20, de la 22 a la 29 y de la 31 a la 36

- 1 Nada
- 2 Algo
- 3 Moderado
- 4 Muchísimo

Por favor marque con una X el número del 1 a 4 que mejor describa sus experiencias:

Bienestar Físico:

Hasta qué punto es un problema para usted, sentir lo siguiente:

1. Agotamiento/cansancio	Ningún Problema	1 2 3 4	Problema Severo
2. Cambios en los hábitos alimenticios	Ningún	1 2 3 4	Problema Severo

	Problema		
3. Dolor	Ningún Problema	1 2 3 4	Problema Severo
4. Cambios en el sueño	Ningún Problema	1 2 3 4	Problema Severo
5. Clasifique su salud física en general	Sumamente Mala	1 2 3 4	Excelente

Bienestar Psicológico:

6. ¿Qué tan difícil es para usted enfrentar/lidiar con su vida como resultado de tener un pariente con enfermedad crónica?	Muy Fácil	1 2 3 4	Muy difícil
7. ¿Qué tan buena es su calidad de vida?	Sumamente Mala	1 2 3 4	Excelente
8. ¿Cuánta felicidad siente usted?	Absolutamente Ninguna	1 2 3 4	Muchísima
9. Usted siente que tiene control de las cosas en su vida?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Completamente
10. ¿Qué tan satisfecho está con su vida?	Absolutamente Nada	1 2 3 4	Completamente
11. ¿Cómo clasificaría su capacidad actual para concentrarse o recordar cosas?	Sumamente Mala	1 2 3 4	Excelente
12. ¿Qué tan útil se siente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
13. ¿Cuánta angustia le causó el diagnóstico inicial de su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
14. ¿Cuánta angustia le causó el tratamiento de su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo

15. ¿Cuánta angustia ha tenido desde que termino el tratamiento de su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
16. ¿Cuánta desesperación siente usted?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
17. ¿Cuánto decaimiento siente usted?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
18. ¿Tiene miedo de qué le dé a su familiar otra enfermedad crónica?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
19. ¿Tiene miedo de una recaída en su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
20. ¿Tiene miedo de que se propague y avance la enfermedad en su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
21. ¿Clasifique su estado psicológico en general?	Sumamente Malo	1 2 3 4	Excelente

Bienestar social:

22. ¿Cuánta angustia le ha ocasionado la enfermedad de su familiar?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
23. ¿El nivel de ayuda que recibe de otras personas es suficiente para satisfacer sus necesidades?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
24. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han obstaculizado sus relaciones personales?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
25. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han alterado su vida sexual?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
26. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el	Nada en lo	1 2 3 4	Muchísimo

tratamiento de su pariente han alterado su trabajo?	absoluto		
27. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han alterado sus actividades en el hogar?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
28. ¿Qué tan aislado se siente usted a causa de la enfermedad y el tratamiento de su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
29. ¿Cuánta carga económica le ha ocasionado la enfermedad y el tratamiento de su pariente?	Ninguna	1 2 3 4	Muchísimo
30. Clasifique su estado de sociabilidad en general	Sumamente Malo	1 2 3 4	Excelente

Bienestar Espiritual:

31. ¿El nivel de ayuda que recibe de sus actividades religiosas, tales como ir a la iglesia o al templo, satisface sus necesidades?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
32. ¿El nivel de ayuda que recibe de sus actividades espirituales personales, tales como meditar u orar, es suficiente para satisfacer sus necesidades?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
33. ¿Cuánta incertidumbre siente usted respecto al futuro de su pariente?	Nada de Incertidumbre	1 2 3 4	Mucha Incertidumbre
34. ¿Hasta qué punto la enfermedad de su pariente ha causado cambios positivos en su vida?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
35. ¿Usted tiene un propósito para su vida o una razón para vivir?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo

36. ¿Cuánta esperanza siente usted?	Nada de Esperanzas	1 2 3 4	Muchas Esperanzas
37. Clasifique su estado espiritual de manera general	Sumamente Malo	1 2 3 4	Excelente

ANEXO N° 2: ENCUESTA

Datos generales

1. Edad del cuidador familiar

18 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40
41 a 45	46 a 55	56 a 65	66 a más

2. Sexo del cuidador () Masculino () Femenino

3. Grado de instrucción

- () Primaria
- () Secundaria
- () Instituto o técnico completo
- () Universidad incompleta
- () Universidad completa
- () Postgrado
- () Doctorado

4. Estado civil

- () Soltero (a)
- () Casado (a)
- () Separado (a)
- () Viudo (a)
- () Conviviente

5. Ocupación

- () Empleado dependiente
- () Empleado independiente
- () Hogar
- () Estudiante
- () Otro _____

6. Parentesco con el adulto mayor

- () Esposo (a)
- () Hijo(a)
- () Madre/padre
- () Amigo (a)
- () Otro _____

7. Tipo de enfermedad que tiene el adulto mayor _____

8. Tiempo que lleva con la enfermedad _____

9. Número de horas de ayuda que requiere diariamente para su cuidado

- () Menos de 6 horas
- () De 7 a 12 horas
- () De 13 a 23 horas
- () 24 horas

10. ¿Es usted el único cuidador? () Si () No

11. Sexo del adulto mayor () Masculino () Femenino

12. Edad del adulto mayor: _____

Nivel de Calidad de Vida

Instrucciones: Estamos interesados en saber como la experiencia de tener un pariente con Enfermedad Crónica, afecta su calidad de vida. Favor contestar todas las preguntas, basándose en su vida en este momento. De acuerdo con la pregunta, usted tiene las siguientes opciones de respuesta, al frente de cada número podrá encontrar su significado.

Para las preguntas 1-2-3 y 4

- 1 Ausencia del problema
- 2 Algo del problema
- 3 Problema

Para las preguntas 5-7-11-21-30 y 37

- 1 Sumamente Mala
- 2 Regular
- 3 Buena

4 Muchísimo problema

4 Excelente

Para la pregunta 6

Para las preguntas: de la 8 a la 10, de la 12 a la 20, de la 22 a la 29 y de la 31 a la 36

1 Muy Fácil

1 Nada

2 Fácil

2 Algo

3 Difícil

3 Moderado

4 Muy Difícil

4 Muchísimo

Por favor marque con una X el número del 1 a 4 que mejor describa sus experiencias:

Bienestar Físico:

Hasta qué punto es un problema para usted, sentir lo siguiente:

13. Agotamiento/cansancio	Ningún Problema	1 2 3 4	Problema Severo
14. Cambios en los hábitos alimenticios	Ningún Problema	1 2 3 4	Problema Severo
15. Dolor	Ningún Problema	1 2 3 4	Problema Severo
16. Cambios en el sueño	Ningún Problema	1 2 3 4	Problema Severo
17. Clasifique su salud física en general	Sumamente Mala	1 2 3 4	Excelente

Bienestar Psicológico:

18. ¿Qué tan difícil es para usted enfrentar/lidiar con su vida como resultado de tener un pariente con	Muy Fácil	1 2 3 4	Muy difícil
---	-----------	---------	-------------

enfermedad crónica?			
19. ¿Qué tan buena es su calidad de vida?	Sumamente Mala	1 2 3 4	Excelente
20. ¿Cuánta felicidad siente usted?	Absolutamente Ninguna	1 2 3 4	Muchísima
21. Usted siente que tiene control de las cosas en su vida?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Completamente
22. ¿Qué tan satisfecho esta con su vida?	Absolutamente Nada	1 2 3 4	Completamente
23. ¿Cómo clasificaría su capacidad actual para concentrarse o recordar cosas?	Sumamente Mala	1 2 3 4	Excelente
24. ¿Qué tan útil se siente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
25. ¿Cuánta angustia le causo el diagnostico inicial de su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
26. ¿Cuánta angustia le causo el tratamiento de su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
27. ¿Cuánta angustia ha tenido desde que termino el tratamiento de su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
28. ¿Cuánta desesperación siente usted?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
29. ¿Cuánto decaimiento siente usted?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
30. ¿Tiene miedo de qué le dé a su familiar otra enfermedad crónica?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
31. ¿Tiene miedo de una recaída en su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
32. ¿Tiene miedo de que se propague y avance la enfermedad en su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo

33. ¿Clasifique su estado psicológico en general?	Sumamente Malo	1 2 3 4	Excelente
---	-------------------	---------	-----------

Bienestar social:

34. ¿Cuánta angustia le ha ocasionado la enfermedad de su familiar?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
35. ¿El nivel de ayuda que recibe de otras personas es suficiente para satisfacer sus necesidades?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
36. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han obstaculizado sus relaciones personales?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
37. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han alterado su vida sexual?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
38. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han alterado su trabajo?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
39. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han alterado sus actividades en el hogar?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
40. ¿Qué tan aislado se siente usted a causa de la enfermedad y el tratamiento de su pariente?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
41. ¿Cuánta carga económica le ha ocasionado la enfermedad y el tratamiento de su pariente?	Ninguna	1 2 3 4	Muchísimo
42. Clasifique su estado de sociabilidad en general	Sumamente Malo	1 2 3 4	Excelente

Bienestar Espiritual:

43. ¿El nivel de ayuda que recibe de sus actividades religiosas, tales como ir a la iglesia o al templo, satisface sus necesidades?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
44. ¿El nivel de ayuda que recibe de sus actividades espirituales personales, tales como meditar u orar, es suficiente para satisfacer sus necesidades?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
45. ¿Cuánta incertidumbre siente usted respecto al futuro de su pariente?	Nada de Incertidumbre	1 2 3 4	Mucha Incertidumbre
46. ¿Hasta qué punto la enfermedad de su pariente ha causado cambios positivos en su vida?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
47. ¿Usted tiene un propósito para su vida o una razón para vivir?	Nada en lo absoluto	1 2 3 4	Muchísimo
48. ¿Cuánta esperanza siente usted?	Nada de Esperanzas	1 2 3 4	Muchas Esperanzas
49. Clasifique su estado espiritual de manera general	Sumamente Malo	1 2 3 4	Excelente

ANEXO N° 3: CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR EN PERÚ

Perú: población adulta con alguna discapacidad

Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2015 - 2016
(Porcentaje)

Área de residencia / Sexo	Oct-Nov-Dic 2015	Oct-Nov-Dic 2016 P/	Variación (Puntos Porcentuales)
Nacional	44,3	45,2	0,9
Hombre	34,5	39,2	4,7**
Mujer	54,9	51,2	-3,7*
Lima Metropolitana	42,1	45,7	3,6
Hombre	32,3 a/	38,1	5,8**
Mujer	52,0	52,8	0,8
Área Urbana 1/	42,0	43,1	1,1
Hombre	31,4	34,0	2,6*
Mujer	53,7	52,2	-1,5
Área Rural	50,0	47,9	-2,1
Hombre	41,5	47,8	6,3**
Mujer	59,6	47,9	-11,7***

* Existe diferencia significativa, con un nivel de confianza del 90%

** La diferencia es altamente significativa, con un nivel de confianza del 95%

*** La diferencia es muy altamente significativa, con un nivel de confianza del 99%

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

P/ Preliminar

1/ Excluye Lima Metropolitana

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

Figura N° 6: Población adulta mayor con alguna discapacidad según área de residencia y sexo.

Perú: Población adulta mayor con discapacidad según tipo de discapacidad

Perú: Población adulta mayor con discapacidad, según tipo de discapacidad

Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2015 - 2016

(Porcentaje)

Tipo de discapacidad	Oct-Nov-Dic 2015			Oct-Nov-Dic 2016 P/		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dificultad para usar brazos y piernas	30,7	27,6 a/	32,9	37,3	25,4	46,3
Dificultad para ver	13,6	13,7 a/	13,6 a/	14,2	17,8	11,5 a/
Dificultad para hablar	0,2 a/	0,4 a/	0,1 a/	0,8 a/	1,9 a/	0,0 a/
Dificultad para oír	13,2	22,0	7,2 a/	14,0	23,9 a/	6,5 a/
Dificultad para entender o aprender	4,2 a/	1,9 a/	5,7 a/	5,9 a/	4,2 a/	7,1 a/
Dificultad para relacionarse con los demás	1,5 a/	2,4 a/	0,9 a/	0,0 a/	0,0 a/	0,0 a/
Con 2 o más discapacidades	36,5	32,0	39,7	27,8	26,7	28,6

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

Figura N° 7: Tipo de discapacidad del adulto mayor, cuarto trimestre 2016.

ANEXO N° 4: CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR DE ADULTO MAYOR EN EL PERÚ

Características de los cuidadores y modalidades de cuidado

Características	China		México		Nigeria ^a (n = 228)	Perú	
	Urbana (n = 183)	Rural (n = 54)	Urbana (n = 114)	Rural (n = 82)		Urbana (n = 135)	Rural (n = 26)
Cuidador							
Cónyuge	38,8	38,9	16,7	15,9	13,7	18,5	26,9
Hijo, hija, yerno o nuera	43,2	59,3	73,7	65,8	68,0	40,0	50,0
No familiar	16,4	1,9	3,6	0,0	1,4	25,2	3,8
Cuidadora mujer	67,2	50,0	83,3	81,7	63,2	85,9	88,5
Modalidad de cuidado							
El cuidador redujo sus horas de trabajo para prestar cuidados	3,8	48,1	25,4	36,6	39,2	16,3	23,1
Otro(s) cuidador(es) informal(es) presta(n) ayuda	7,1	22,2	55,3	58,5	66,5	45,9	57,7
Un cuidador profesional remunerado ayuda con los cuidados	45,4	1,9	3,5	1,2	2,1	33,3	7,7

^a Los datos de Nigeria no están completos.

Fuente (17).

Figura N° 8: Características de los cuidadores y modalidades de cuidado de las personas mayores dependientes de cuidados en la comunidad china, México, Nigeria y Perú, entre 2003 a 2008.

ANEXO N° 5: FÓRMULA PARA EL CÁLCULO DE LA MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

Al ser una población finita se utilizará la siguiente fórmula:

ECUACIÓN 1

Fórmula para muestreo de población finita

$$\eta = \frac{N * Z_{\infty/2}^2 * \sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\infty/2}^2 \sigma^2}$$

Dónde:

N	= Tamaño de la Población	=	240
Z	= Grado de confiabilidad	=	95%
e	= Margen de error	=	5%
σ^2	= Varianza	=	0.063

La muestra queda conformada de la siguiente forma: $\eta = 69$

ANEXO N° 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Señor de Sipán–Facultad de Ciencias de la Salud

Investigadores:

1. Zapata Malca Carmen Roxana

Título: “Nivel de calidad de vida de familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San Lorenzo I-sector- 2017”

Propósito del Estudio: Determinar el nivel de calidad de vida de familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San Lorenzo I- sector -2017

Estamos invitando [a usted] a participar en un estudio llamado: “Nivel de calidad de vida de familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del Pueblo Joven San I-sector - 2017”.

Procedimientos: Con la finalidad de recabar información veraz, realizaremos una encuesta simple a la persona que se encarga y es responsable directo del cuidado del adulto mayor en su familia.

Riesgos: Ninguno, la encuesta se realizará en la comodidad de su hogar, se proporciona material y la duración aproximada de llenado es de 15 min.

Beneficios: Los resultados obtenidos serán compartidos con la comunidad del Pueblo Joven San Lorenzo I-sector del Distrito de José Leonardo Ortiz de la ciudad de Chiclayo, lo que ayudará a conocer el nivel de calidad de vida de familiares cuidadores de adultos mayores para mejorar su bienestar psicológico, físico, espiritual y social. Además dichos resultados servirán para sustentar grupos de apoyo y capacitaciones a ejecutar en su comunidad o centro de salud.

Costos e incentivos: No existe costo alguno.

Confidencialidad: Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora Zapata

Malca Carmen Roxana, quien manejará la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Uso de la información obtenida:

Deseamos conservar las encuestas aplicadas a usted. Estas muestras solo serán identificadas con códigos. Si usted no desea que las muestras permanezcan almacenadas ni sean utilizadas posteriormente, aún puede seguir participando del estudio.

Autorizo a tener mi encuesta almacenada:

SI	NO
----	----

Además la información de los resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento del objeto de estudio y permitiendo la evaluación de medidas de mejora y control, se contara con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, cada vez que se requiera el uso de las muestras.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en la presente investigación, podrá retirarse de ésta en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora, Zapata Malca Carmen Roxana, al teléfono _____. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en esta investigación, comprendo los procedimientos, riesgos y beneficios aquí mencionados, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Fecha:

Participante Cuidador familiar del adulto mayor

Nombre:

DNI:

Fecha:

Testigo

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador

Zapata Malca Carmen Roxana

DNI:

ANEXO N° 7: TABLAS DEL ESTUDIO

Con respecto a las características de los familiares cuidadores, se ha encontrado que el 30.4% tiene entre 31 a 35 años, seguido por el 27.5% con edades entre 26 a 30 años y el 20.3% entre los 18 a 25 años, razón por la que se puede afirmar que en su mayoría los familiares cuidadores de este sector se encuentran en una etapa adulta joven, en la que se desempeñan también dentro de la población económicamente activa, y suelen tener actividad social, mismos que se ven comprometidos por el cuidado que dedican a sus familiares, como se explicará más adelante; el 70.6% son hijos de los adultos mayores (Tabla N° 14). El 62.3% de los cuidadores son de género femenino, el 39.1% ha cursado hasta el nivel secundario, seguido de un 31.9% con estudios técnicos, sólo el 4.3% tienen grado universitario (Ver Tabla N° 11), y en su mayoría (42.4%) los familiares cuidadores son solteros (Tabla N° 12). Con respecto a las actividades que realizan, se encontró que un 35.3% es empleado dependiente, mientras que el 27.9% es independiente y el 17.6% se dedica a las labores del hogar, por lo que podemos ver que el 47.5% se desempeña libre de horarios para adaptarse a los de su familiar (Ver Tabla N°13).

La enfermedad más común por la que el adulto mayor requiere cuidado es la diabetes (25%), seguido de hipertensión (22.1%) y el derrame (13.2%), según lo muestra la Tabla N° 14, el mayor porcentaje de tiempo con el que sobrellevan la enfermedad es de 2 años (31.1%), seguido de aquellos entre 1 año a 1 año y tres meses (22.8%) y aquellos con menos de un año (11.5%) o con 3 años (11.5%), muy pocos son los que llevan al cuidado por más de 10 años, encontrando solo el 3.3% con 10, 1.6% con 20 y 3.3% con 24 años de enfermedad (según muestra la Tabla N° 16). Debido al tipo de enfermedad, que en su mayoría no es de total dependencia y permite mantener una cierta autonomía al adulto mayor, el 65.1% de los familiares cuidadores dedican menos de 6 horas a su atención, seguido del 22.2% que dedica de 7 a 12 horas (Tabla N° 17); sólo el 19.1% recibe apoyo por parte de otros familiares (Tabla N° 18).

Tabla N° 6*Nivel de calidad de vida del familiar cuidador*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sumamente mala (De 37 a 65 puntos)	4	5.8	7.8	7.8
	Regular (De 66 a 93 puntos)	20	29.0	39.2	47.1
	Buena (De 94 a 120 puntos)	27	39.1	52.9	100.0
	Excelente (De 121 a 148 puntos)	0	0.0	0.0	
	Total	51	73.9	100.0	
Perdidos		18	26.1		
Total		69	100.0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 7:*Bienestar físico del familiar cuidador*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sumamente Mala	9	13,00	13,85	13,85
	Regular	35	50,70	53,85	67,70
	Buena	18	26,10	27,69	95,39
	Excelente	3	4,30	4,62	100,00
	Total	65	94,20	100,00	
Perdidos		4	5,80		
Total		69	100,00		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 8:*Bienestar psicológico del familiar cuidador*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sumamente Mala	1	1,40	1,52	1,52
	Regular	40	58,00	60,61	62,13
	Buena	14	20,30	21,21	83,33
	Excelente	11	15,90	16,67	100,00
	Total	66	95,70	100,0	
Perdidos		3	4,30		
Total		69	100,00		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 9:*Bienestar social del familiar cuidador*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sumamente Mala		9	13,04	13,04	13,04
Regular		40	57,97	57,97	71,01
Buena		14	20,29	20,29	91,30
Excelente		6	8,70	8,70	100,00
Total		69	100,00	100,00	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 10:*Bienestar espiritual del familiar cuidador*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sumamente Mala	5	7,25	7,25	7,25
Regular	48	69,57	69,57	76,82
Buena	9	13,04	13,04	89,86
Excelente	7	10,14	10,14	100,00
Total	69	100,00	100,00	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 11:*Edad de los familiares cuidadores*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18 a 25 años	14	20,3	20,3	20,3
26 a 30 años	19	27,5	27,5	47,8
31 a 35 años	21	30,4	30,4	78,3
36 a 40 años	9	13,0	13,0	91,3
41 a 45 años	4	5,8	5,8	97,1
46 a 55 años	1	1,4	1,4	98,6
56 a 65 años	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 12:*Género de los familiares cuidadores*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	26	37,7	37,7	37,7
Femenino	43	62,3	62,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 13:*Nivel de instrucción de los familiares cuidadores*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	17	24,6	24,6	24,6
Secundaria	27	39,1	39,1	63,8
Instituto o técnico completo	22	31,9	31,9	95,7
Universidad incompleta	3	4,3	4,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 14:*Estado civil de los familiares cuidadores*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero (a)	28	40,6	42,4	42,4
	Casado (a)	12	17,4	18,2	60,6
	Separado (a)	10	14,5	15,2	75,8
	Viudo (a)	3	4,3	4,5	80,3
	Conviviente	13	18,8	19,7	100,0
	Total	66	95,7	100,0	
Perdidos		3	4,3		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 15:*Ocupación de los familiares cuidadores*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Empleado dependiente	24	34,8	35,3	35,3
	Empleado independiente	19	27,5	27,9	63,2
	Hogar	12	17,4	17,6	80,9
	Estudiante	9	13,0	13,2	94,1
	Comerciante	4	5,8	5,9	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Perdidos		1	1,4		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 16:*Parentesco de los familiares cuidadores*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Esposo (a)	7	10,1	10,3	10,3
	Hijo (a)	48	69,6	70,6	80,9
	Madre/padre	6	8,7	8,8	89,7
	Suegra (o)	7	10,1	10,3	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Perdidos		1	1,4		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 17:*Tipo de enfermedad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Artritis	3	4,3	4,4	4,4
	Colesterol	5	7,2	7,4	11,8
	Corazón	1	1,4	1,5	13,2
	Derrame	9	13,0	13,2	26,5
	Diabetes	17	24,6	25,0	51,5
	Diabetes Hipertensión	1	1,4	1,5	52,9
	Epilepsia	1	1,4	1,5	54,4
	Fractura de cadera	2	2,9	2,9	57,4
	Fractura de rodilla	3	4,3	4,4	61,8

Gastritis	1	1,4	1,5	63,2
Hipertensión	15	21,7	22,1	85,3
Leucemia	4	5,8	5,9	91,2
Osteoporosis	2	2,9	2,9	94,1
Parálisis	4	5,8	5,8	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Perdidos	1	1,4		
Total	69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 18:

Tiempo que llevan con la enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 2 y 6 meses	2	2,9	3,3	3,3
	Más de 6 meses, menos de 1 año	5	7,2	8,2	11,5
	1 año	11	15,9	18,0	29,5
	Más de 1 año, menor a 1 año 3 meses	3	4,2	4,8	34,3
	2 años	19	27,5	31,1	65,4
	3 años	7	10,1	11,5	76,9
	4 años	2	2,9	3,3	80,2
	5 años	3	4,3	4,9	85,1

6 años	1	1,4	1,6	86,7
8 años	1	1,4	1,6	88,3
10 años	2	2,9	3,3	91,6
20 años	1	1,4	1,6	93,2
24 años	2	2,9	3,3	96,5
Total	59	85,5	100,0	
Perdidos	10	14,5		
Total	69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 19:

Horas que dedican los familiares cuidadores a sus enfermos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 6 horas	41	59,4	65,1	65,1
	De 7 a 12 horas	14	20,3	22,2	87,3
	De 13 a 23 horas	3	4,3	4,8	92,1
	24 horas	5	7,2	7,9	100,0
	Total	63	91,3	100,0	
Perdidos		6	8,7		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 20:*Apoyo que reciben los familiares cuidadores*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	13	18,8	19,1	19,1
	No	55	79,7	80,9	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Perdidos		1	1,4		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 21:*Género del enfermo al que cuidan los familiares*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	38	55,1	55,9	55,9
	Femenino	30	43,5	44,1	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Perdidos		1	1,4		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 22:*Edad del enfermo al que cuidan los familiares*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	45 años	1	1,4	1,5	1,5
	60 a 64 años	4	5,7	5,9	7,4
	65 a 69 años	20	28,9	29,4	36,8
	70 a 74 años	24	34,6	35,3	72,1
	75 a 79 años	13	18,8	19,1	91,2
	80 a 85 años	6	8,6	8,9	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Perdidos		1	1,4		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 23:*Bienestar físico del familiar cuidador: Agotamiento/cansancio*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia del problema	15	21,7	22,1	22,1
	Algo del problema	36	52,2	52,9	75,0
	Problema	6	8,7	8,8	83,8
	Muchísimo problema	11	15,9	16,2	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Perdidos		1	1,4		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 24:*Bienestar físico del familiar cuidador: cambios en los hábitos alimenticios*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia del problema	17	24,6	25,4	25,4
	Algo del problema	33	47,8	49,3	74,6
	Problema	9	13,0	13,4	88,1
	Muchísimo problema	8	11,6	11,9	100,0
	Total	67	97,1	100,0	
Perdidos		2	2,9		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 25:*Bienestar físico del familiar cuidador: dolor*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia del problema	15	21,7	23,1	23,1
	Algo del problema	26	37,7	40,0	63,1
	Problema	19	27,5	29,2	92,3
	Muchísimo problema	5	7,2	7,7	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos		4	5,8		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 26:*Bienestar físico del familiar cuidador: cambios en el sueño*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia del problema	12	17,4	18,5	18,5
	Algo del problema	37	53,6	56,9	75,4
	Problema	11	15,9	16,9	92,3
	Muchísimo problema	5	7,2	7,7	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos		4	5,8		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 27:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Dificultad de enfrentar su vida*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy fácil	4	5,8	5,8	5,8
Fácil	32	46,4	46,4	52,2
Difícil	21	30,4	30,4	82,6
Muy Difícil	12	17,4	17,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 28:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Calidad de vida*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sumamente Mala	4	5,8	5,8	5,8
Regular	33	47,8	47,8	53,6
Buena	19	27,5	27,5	81,2
Excelente	13	18,8	18,8	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 29:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Felicidad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	5	7,2	7,2	7,2
Algo	33	47,8	47,8	55,1
Moderado	14	20,3	20,3	75,4
Muchísimo	17	24,6	24,6	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 30:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Control en su vida*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	6	8,7	9,1	9,1
	Algo	31	44,9	47,0	56,1
	Moderado	19	27,5	28,8	84,8
	Muchísimo	10	14,5	15,2	100,0
	Total	66	95,7	100,0	
Perdidos		3	4,3		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 31:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Satisfacción con su vida*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	6	8,7	8,8	8,8
	Algo	35	50,7	51,5	60,3
	Moderado	21	30,4	30,9	91,2
	Muchísimo	6	8,7	8,8	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Perdidos		1	1,4		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 32:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Capacidad de concentración*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sumamente Mala	5	7,2	7,2	7,2
Regular	27	39,1	39,1	46,4
Buena	23	33,3	33,3	79,7
Excelente	14	20,3	20,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 33:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Útil*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	13	18,8	18,8	18,8
Algo	34	49,3	49,3	68,1
Moderado	16	23,2	23,2	91,3
Muchísimo	6	8,7	8,7	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 34:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Angustia por el diagnóstico*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	8	11,6	11,6	11,6
Algo	33	47,8	47,8	59,4
Moderado	15	21,7	21,7	81,2
Muchísimo	13	18,8	18,8	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 35:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Angustia por el tratamiento*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	5	7,2	7,5
	Algo	26	37,7	46,3
	Moderado	24	34,8	82,1
	Muchísimo	12	17,4	100,0
	Total	67	97,1	100,0
Perdidos		2	2,9	
Total		69	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 36:

Bienestar psicológico del familiar cuidador: Angustia desde el término del tratamiento de su pariente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	4	5,8	6,0	6,0
	Algo	37	53,6	55,2	61,2
	Moderado	15	21,7	22,4	83,6
	Muchísimo	11	15,9	16,4	100,0
	Total	67	97,1	100,0	
Perdidos		2	2,9		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 37:

Bienestar psicológico del familiar cuidador: Desesperación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada		5	7,2	7,2	7,2
Algo		30	43,5	43,5	50,7
Moderado		15	21,7	21,7	72,5
Muchísimo		19	27,5	27,5	100,0
Total		69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 38:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Decaimiento*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algo	36	52,2	52,2	52,2
Moderado	8	11,6	11,6	63,8
Muchísimo	25	36,2	36,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 39:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Miedo de que su familiar tenga otra enfermedad crónica*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	3	4,3	4,3	4,3
Algo	15	21,7	21,7	26,1
Moderado	8	11,6	11,6	37,7
Muchísimo	43	62,3	62,3	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 40:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Miedo a una recaída*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	2	2,9	2,9	2,9
Algo	11	15,9	15,9	18,8
Moderado	6	8,7	8,7	27,5
Muchísimo	50	72,5	72,5	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 41:*Bienestar psicológico del familiar cuidador: Miedo a que la enfermedad avance*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algo	14	20,3	20,3	20,3
Moderado	8	11,6	11,6	31,9
Muchísimo	47	68,1	68,1	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 42:*Bienestar social del familiar cuidador: Angustia por la enfermedad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	6	8,7	8,7	8,7
Algo	28	40,6	40,6	49,3
Moderado	19	27,5	27,5	76,8
Muchísimo	16	23,2	23,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 43:*Bienestar social del familiar cuidador: Nivel de ayuda recibido es suficiente*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada	6	8,7	8,8	8,8
Algo	46	66,7	67,6	76,5
Moderado	11	15,9	16,2	92,6
Muchísimo	5	7,2	7,4	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Perdidos	1	1,4		
Total	69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 44:

Bienestar social del familiar cuidador: la enfermedad y tratamiento representa un obstáculo en las relaciones personales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	12	17,4	17,4	17,4
Algo	31	44,9	44,9	62,3
Moderado	19	27,5	27,5	89,9
Muchísimo	7	10,1	10,1	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 45:

Bienestar social del familiar cuidador: enfermedad y tratamiento altera su vida sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	6	8,7	8,7	8,7
Algo	41	59,4	59,4	68,1
Moderado	17	24,6	24,6	92,8
Muchísimo	5	7,2	7,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 46:*Bienestar social del familiar cuidador: enfermedad y tratamiento altera su trabajo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	10	14,5	14,5	14,5
Algo	35	50,7	50,7	65,2
Moderado	17	24,6	24,6	89,9
Muchísimo	7	10,1	10,1	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 47:*Bienestar social del familiar cuidador: enfermedad y tratamiento altera sus actividades en el hogar*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	4	5,8	5,8	5,8
Algo	45	65,2	65,2	71,0
Moderado	8	11,6	11,6	82,6
Muchísimo	12	17,4	17,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 48:*Bienestar social del familiar cuidador: Aislado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	9	13,0	13,2	13,2
	Algo	28	40,6	41,2	54,4
	Moderado	22	31,9	32,4	86,8
	Muchísimo	9	13,0	13,2	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Perdidos		1	1,4		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 49:*Bienestar social del familiar cuidador: carga económica por la enfermedad y tratamiento*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada		3	4,3	4,3	4,3
Algo		44	63,8	63,8	68,1
Moderado		15	21,7	21,7	89,9
Muchísimo		7	10,1	10,1	100,0
Total		69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 50:*Bienestar espiritual del familiar cuidador: nivel de ayuda por actividades religiosas*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	3	4,3	4,3	4,3
Algo	39	56,5	56,5	60,9
Moderado	11	15,9	15,9	76,8
Muchísimo	16	23,2	23,2	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 51:*Bienestar espiritual del familiar cuidador: nivel de ayuda por actividades espirituales*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	5	7,2	7,2	7,2
Algo	34	49,3	49,3	56,5
Moderado	12	17,4	17,4	73,9
Muchísimo	18	26,1	26,1	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 52:*Bienestar espiritual del familiar cuidador: Incertidumbre*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	5	7,2	7,4	7,4
	Algo	39	56,5	57,4	64,7
	Moderado	11	15,9	16,2	80,9
	Muchísimo	13	18,8	19,1	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Perdidos		1	1,4		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 53:*Bienestar espiritual del familiar cuidador: cambios positivos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	6	8,7	9,0	9,0
	Algo	35	50,7	52,2	61,2
	Moderado	10	14,5	14,9	76,1
	Muchísimo	16	23,2	23,9	100,0
	Total	67	97,1	100,0	
Perdidos		2	2,9		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 54:*Bienestar espiritual del familiar cuidador: Propósito*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	8	11,6	12,1	12,1
	Algo	29	42,0	43,9	56,1
	Moderado	15	21,7	22,7	78,8
	Muchísimo	14	20,3	21,2	100,0
	Total	66	95,7	100,0	
Perdidos		3	4,3		
Total		69	100,0		

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.

Tabla N° 55:*Bienestar espiritual del familiar cuidador: Esperanza*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	8	11,6	11,6	11,6
Algo	29	42,0	42,0	53,6
Moderado	12	17,4	17,4	71,0
Muchísimo	20	29,0	29,0	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de nivel de calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Sector I del Pueblo Joven San Lorenzo.