



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**FACTORES ASOCIADOS QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL  
CUIDADOR HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO,  
2017.**

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

**Autora:**

**Bach. Morales Zamora Ruby Estefani**

**Asesora:**

**Mg. Rubin Ebenezer Ramos Castro**

**Línea de Investigación:**

**Cuidar /cuidado de enfermería**

**Pimentel – Perú.**

**2020**

**FACTORES ASOCIADOS QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL  
CUIDADOR HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO,  
2017.**

PRESENTADA POR:

**MORALES ZAMORA RUBY ESTEFANI**

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el título de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

---

Mg. Vargas Cabrera, Cindy Elizabeth

PRESIDENTA

---

Mg. Medina Rojas, Magaly Miriam

SECRETARIA

---

Mg. Díaz Coronel, María Antonia

VOCAL

## DEDICATORIA

*Este trabajo está dedicado con todo mi amor y cariño a mis amados padres Rosa y José quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.*

*A mi amado esposo Raul por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad, brindándome su apoyo, comprensión, cariño y amor y a mi amada hija Ashley Trianna que ha sido mi fuente de inspiración, motivación y fuerza para poder superarme cada día más y así poder luchar para la vida y nos depare un futuro mejor.*

*A mis familiares que siempre me brindan su apoyo incondicional, sobre todo a una persona que tengo en el cielo a quien agradezco por todo su apoyo que me brindo para cumplir mis metas.*

## AGRADECIMIENTO

*Mi agradecimiento se dirige a quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a Dios, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y no cometerlos otra vez. Eres quien guía el destino de mi vida.*

*A mis padres, Rosa y José, que dieron todo lo que tenían por sacarme adelante y no contentos con eso siguen esforzándose cada día por hacerme feliz.*

*A mi hija quien es mi fuente de inspiración; a mi esposo que supo brindarme una palabra de aliento, un abrazo a tiempo.*

*A los docentes que no solo fueron fuente de información y aprendizaje sino también de inspiración y admiración. En especial a la MG. Rubín Ramos Castro.*

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo: determinar los factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador Hospital Regional Docente las Mercedes 2017, de la misma manera se justifica desde tres vertientes fundamentales: la clínica, la socioeconómica y la científica.

Se realizó la investigación con una metodología descriptiva de tipo correlacional con abordaje cuantitativo. Los sujetos de investigación fueron los cuidadores de pacientes con enfermedad en etapa terminal que asisten a sus familiares, considerando una población de 75 sujetos que tienen relación directa con el problema identificado. La información se recolectó mediante el instrumento “medición de la calidad de vida de un miembro familiar que brinda cuidados a un paciente” (QOL siglas en inglés).

En tal sentido la investigación permitió establecer la relación de nuestras variables: Calidad de vida, factores asociados, lo cual nos llevó a plantear el siguiente problema: ¿Cuál son los factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017?

En todo momento se respetaron los principios éticos y de científicidad, teniendo como conclusión que los factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador del Hospital Regional Docente Las Mercedes presentan un moderado bienestar en el factor físico (46.7), psicológico (57.3), social (61.3), espiritual (50.7), llegando al resultado que el factor predominante es el factor social, es el más predominante con un nivel moderado, con la necesidad de intervenciones multidisciplinarias orientadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte.

**Palabras clave:** Calidad de vida, factores asociados, cuidadores.

## **Abstract**

The objective of the present investigation was to determine the associated factors that influence the quality of life of the caregiver Regional Hospital Teaching Las Mercedes 2017, in the same way it is justified from three fundamental aspects: clinical, socioeconomic and scientific.

The investigation was carried out with a descriptive methodology of correlation type with quantitative approach. The research subjects were the caregivers of patients with end-stage disease who assist their relatives, considering a population of 75 subjects that are directly related to the problem identified. The information was collected through the instrument "Measurement of the quality of life of a family member who provides care to a patient" (QOL acronym in English).

In this sense, the research allowed to establish the relationship of our variables: Quality of life, associated factors, which led us to pose the following problem: What are the associated factors that influence the quality of life of the caregiver Regional Hospital Teaching Las Mercedes , 2017?

The ethical and scientific principles were respected at all times, with the conclusion that the associated factors that influence the quality of life of the caregiver of the Teaching Regional Hospital Las Mercedes show moderate well-being in the physical factor (46.7), psychological factor (57.3) , social (61.3), spiritual (50.7), reaching the result that the predominant factor is the social factor, is the most predominant with a moderate level, with the need for multidisciplinary interventions aimed at supporting caregivers both preventively and support.

**Key words:** Quality of life, associated factors, caregivers.

## INDICE

Resumen .....	6
Abstract.....	7
<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Realidad Problemática .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. Antecedentes de Estudio.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Formulación del problema .....</b>	<b>17</b>
<b>1.4 Justificación e Importancia del estudio .....</b>	<b>17</b>
<b>1.5 Hipotesis.....</b>	<b>18</b>
<b>1.6. Objetivos de la Investigación .....</b>	<b>19</b>
<b>1.6.1. Objetivo general .....</b>	<b>19</b>
<b>1.7 Marco Teórico .....</b>	<b>20</b>
<b>II. MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1. Tipo y diseño de la investigación .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Población y muestra.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Variable, Operacionalización .....</b>	<b>27</b>
<b>2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....</b>	<b>29</b>
<b>2.5. Instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>30</b>
<b>2.6. Principios Éticos.....</b>	<b>32</b>
<b>2.7 Criterios de rigor científico.....</b>	<b>33</b>
<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Discusión de resultados .....</b>	<b>43</b>
<b>IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>47</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>48</b>

<b>REFERENCIAS</b> .....	49
<b>ANEXOS</b> .....	57

# I. INTRODUCCION

## 1.1 Realidad Problemática

La Organización Mundial de la Salud ha destacado enfermedades crónicas como un dilema de salud mundial. Dentro de las principales causas de enfermedad crónica se encontró la afección cardiovascular, demencia, afección respiratoria, diabetes, cáncer, las afecciones transmisibles, osteoporosis e hipertensión arterial. Entre la principal causa de mortalidad se encuentran las infecciones respiratorias, estas afecciones damnifican al mundo y son principalmente amenazantes para países de inferiores ingresos ocupando los primeros lugares de mortalidad<sup>1</sup>.

En Cuba, el mayor impacto lo constituye los tumores malignos siendo estos la segunda causa de mortalidad<sup>3</sup>, con gran indicativo en la dinámica familiar. El mayor índice de los cuidadores corresponde a las mujeres, entre los años 60-65 y 55-60 respectivamente. El nivel medio de escolaridad mostró superioridad numérica. Los cónyuges de los cuidadores e hijos fueron el parentesco de mayor representatividad, con un período entre 1-4 años dedicado al rol de cuidador. Existió preminencia con necesidad de instrucción para la atención domiciliaria, siendo los cuidadores satisfechos los de significativa representación<sup>2</sup>.

Es evidente que el rol de cuidador es aceptado por las mujeres, con edad promedio entre los 35 y 60 años, la cual es considerada la etapa vital intermedia, generalmente esposos o hijos del paciente. Las cuidadoras principalmente cuentan con una secundaria incompleta, se encuentran enfocadas al hogar y pertenecen al estrato 2 y 3, las cuales se han encargado del cuidado desde el diagnóstico, por un periodo inferior a 18 meses, El cuidador juega un papel fundamental, observa la adherencia, vigila la alimentación, brinda cuidado, observa signos de alarma y atiende integralmente. Sin embargo, este cuidador puede llegar a padecer un cierto grado de tensión emocional ocasionado por el contacto constante, presentándosele también problemas y sufrimiento<sup>3</sup>.

En el 2012 en España localizaron más de 208,123 casos de cáncer con preeminencia del colorrectal con casi 35,000 afectados, consecutivo de cáncer de próstata, con casi 29,000 y como último el cáncer de mama, con un poco más de 28, 000 casos. El número de la tasa de mortalidad remonto a más de 103,000. En América el periodo 2006-2008, la tasa de muertes homogenizada a efecto de determinadas neoplasias de enfoque maligno es 111,6 mortalidad por cada 1000 mil individuos, la tasa con mayor predominio están ubicadas en Uruguay (168,5), Cuba (143,7) y Perú (135,6). Se pronostica que las tasas de mortalidad por cáncer sigan en aumento a nivel mundial y sobrepasen las cifras de 14,2 millones al 2030<sup>2</sup>.

Los cuidadores deben ser portadores del sentido de responsabilidad, actitudes para el apoyo y salud mental adecuada pero no de modo protector ni paternalista<sup>3</sup>. Distintos estudios sociológicos dejan patente la cifra que representa a la actualidad las cuidadoras informales. Cabe recalcar que entre los pobladores norteamericanos, se ha calculado que el 18,3 % (51 millones de personas) es cuidador de personas mayores enfermas. En Canadá, el 10,7 % de la población (4 millones de personas) brinda asistencia a personas afectadas por alguna afección crónica<sup>5</sup>.

En Europa los cuidadores familiares de personas con edad avanzada tuvieron características comunes, ausencia casi completa de ayuda real, con dificultades para obtener ayuda, incluso dificultad de imaginar que podría haber ayuda y quién podría tener derecho a ésta. Los recursos de cuidado estuvieron en muchos lugares al borde del agotamiento y, al mismo tiempo, hay una necesidad inmediata de optimizar tales estructuras de cuidado y de colocar a familias y ancianos en una posición en la cual dispongan de posibilidades de elección reales cuando se enfrenten a la situación de estar a cargo, sea por motivos físicos, psicológicos o sociales<sup>4</sup>.

En el Perú a nivel nacional, las afecciones crónicas en su etapa terminal simbolizan el 57.4% de las aficiones con superior incidencia. Intuyendo que el diagnóstico de una afección conlleva a una inestabilidad en el individuo y su familia, alterando todos los ámbitos: psicológico, físico, espiritual y social, conllevando a doblarse a reajustarse dentro de su familia y su entorno<sup>40</sup>.

En Lambayeque conforme a un análisis situacional de salud, la afección en etapa terminal que van en incremento es el cáncer, durante el periodo 2015 hubo 2,875 actuales casos de cáncer; en la provincia de Chiclayo representa los mayores indicativos de pacientes con estas afecciones, pertenecientes a José Leonardo Ortiz y la victoria, según estudios realizados las personas que brindan los cuidados en un 70 % es la familia, en predominio hijos(as) y esposa y un 30% personas contratadas<sup>41</sup>.

A partir de lo anteriormente mencionado en los diversos estudios se muestra esta realidad problemática la cual impacta la calidad de vida del cuidador, se ha creído conveniente realizar un estudio en el hospital Regional Docente Las Mercedes lugar de captaciones de los sujetos de investigación en el año 2017. Estudios han demostrado que la calidad de vida de los cuidadores principales del enfermo con afecciones en etapa terminal se ve afectada, por lo que estos sujetos presentan un alto riesgo de padecer, ansiedad, problemas de salud, aislamiento, depresión, problemas financieros y relaciones sociales tensas.

A la observación se constata que los profesionales de salud, dirigen sus cuidados a la enfermedad y al paciente, abandonando los cuidadores. Los pacientes con enfermedades terminales progresivas cual fuese la enfermedad, sufren cambios radicales en sus vidas, influyendo este cambio en la vida de los cuidadores principales. Esta situación, produce consecuencias perjudiciales en la salud del cuidador principal que tiene a su cargo un paciente en su fase terminal.

A lo largo de las prácticas pre profesionales se ha observado el desosiego que tienen los cuidadores de algún paciente, estas reacciones agobian al profesional de enfermería que por el factor tiempo no tienen una actitud empática en relación al cuidador, se determina que la principal inquietud por parte de los cuidadores principales son el elemento financiero, agregando a esto que la gran parte de cuidadores tienen un núcleo familiar.

## 1.2. Antecedentes de Estudio

A nivel internacional Ramírez, P. y Salazar, A.<sup>3</sup> En Colombia en el 2017. En su estudio “Calidad de vida de cuidadores de individuos con secuelas de trastornos neurológicos”. El objetivo fue precisar su calidad de vida en relación en su salud y el nivel de carga cuidadoras de las persona con trastornos neurológicos. Se realizó una pesquisa descriptiva, transversal, correlacional. Para recolección de datos, utilizaron el instrumento de: escala de Barthel, enfoque sociodemográfico, escala de Zarit e instrumentos de Ferrell Betty. Como resultado se incluyeron 46 cuidadoras; la edad de pacientes fue de 60,1 años y la de los cuidadores, de 47 y 22.

Eran esencialmente mujeres (70,3%) con relación a sus esposas. Se evidenció ostentación en los enfoques espirituales y sociales. Su puntuación global escala de Zarit no reporta sobrecarga con un (27,85); se identificó relación entre la dimensión psicológica, social y física, no existe relación con lo espiritual; se evidencia relación entre el bienestar físico, social y la sobrecarga. Como resultado: Las cuidadoras son fundamentalmente esposas e hijas, con disminución en su calidad de vida, sus dos enfoques y no evidencian carga; se identificó correlación diminuta entre las dimensiones física y social y la sobrecarga<sup>6</sup>.

Galvis L. Aponte C<sup>7</sup>. Y Pinzón M. En Colombia en el 2016 en su estudio “Percepción de la calidad de vida de cuidadoras de individuos concurrentes a un programa de crónicos, Colombia”, su objeto fue delimitar la percepción de la calidad de vida en las cuidadoras informales en adulto mayores afrontando enfermedades crónicas, asistentes al Programa de Crónicos. Se realizó un estudio metodológico descriptivo, cuantitativo, transversal en cuidadoras informales ( n = 182) de adultos crónico usuarios del Programa Prevención y de Promoción de Crónicos<sup>7</sup>.

Se empleó el instrumento Calidad de Vida (QOL) versión familiar de Ferrell y Grantt, y evaluar la efectividad del paciente crónico, con un perfil Pulsess adaptado por Granger. En conclusión la mayoría de cuidadoras se evidenció que la dimensión física y social no se

encuentra afectada, y las dimensiones espirituales y psicológicas están a un nivel promedio, del mismo modo que su calidad de vida. Conclusión para la rama de la salud, estos hallazgos influyen en el proceso de capacitaciones para reforzar la habilidad de asistencia en cuidadoras acepten impulsar el bienestar y su salubridad, evitando daños y cuidar oportunamente <sup>7</sup>.

Romero, F. y Cols<sup>8</sup>. Colombia en el 2015, En su estudio “Los cuidadores familiares de los pacientes crónicos renales y su calidad de vida, Cartagena” su objeto fue definir la calidad de vida observada en los cuidadores familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica en Cartagena, su enfoque descriptiva; cuantitativa, realizó la pesquisa a cuidadoras de enfermos crónico renal asistentes a fundaciones de prestación de diálisis /hemodiálisis peritoneal. Se determinó un muestreo de 224 cuidadoras, elegidos de forma aleatoria. Se realizó la medida de calidad de vida con la herramienta propuesta por Ferrell<sup>8</sup>.

En conclusión determinó que el enfoque físico tiene de 8.1, bajo de los promedios, desviación estándar de 2,5. El enfoque social y psicológico presento rango elevado en ostentación, es 27.4, desviación estándar 7,4, una media de 16,6.El enfoque espiritual con una media de 17,2, su desviación estándar fue 4,2. Como resultado las cuidadora interfiere en la calidad de vida en el bienestar psicológico, físico y social. Conformando un método que facilita la asistencia informal, los cuales precisan del soporte que brinda enfermería, encargado de enfocar asistencia de manera humanizada<sup>8</sup>.

Mendoza, F. y Cols<sup>28</sup>. En México en el 2014 su estudio “Calidad de vida de cuidadores primarios en paciente dependencia grave” determino la calidad de vida de cuidadoras principales de pacientes con dependencia grave en el centro de rehabilitación de Querétaro. Con un método cuantitativo descriptivo, correlacional con una muestra no probabilística por conveniencia, la información obtenida se recolecto con un instrumento elaborado exprofeso denominado “escala de valoración de la calidad de vida del cuidadores fundamentada en los moldes funcionales de Marjori Gordonn de 72 ítem<sup>28</sup>.

Como resultado aplicada en 56 entrevistas en cuidadoras de pacientes con dependencia grave severa en el CRIQ se encontró que 88% influencia en mujeres en el tiempo de ser cuidadoras va 6 a 17 años, se encontró que el 57.9 % tiene dañada su vida y el resto una

vida disminuida. Su resultado general del estudio calidad de vida de cuidador de pacientes con dependencia grave fue pésima calidad de vida con un porcentaje de 58.7%, se halló relación significativa en cuanto tiempo y edad del cuidador <sup>28</sup>.

Ortiz R, Rosales O, Benavides A<sup>42</sup>. En el 2015 en su investigación “Calidad de vida cuidadoras de individuos con afecciones crónica al sur colombiano, la ciudad de Colombia”. Con un enfoque cuantitativo descriptivo transversal, tuvo como objetivo detallar la calidad de vida de cuidador principal de individuos con afecciones crónica no transmisible (ECNT). Su recaudación datos se realizó mediante el instrumento de Betty Ferrell, donde se evaluó los enfoques: psicológicos, sociales, físicos, espirituales. Muestra 132 cuidadores por convivencia, constatando que los cuidadores correspondan a un cuidador principal del paciente con ECNT<sup>42</sup>.

Estadísticamente se centra en tablas de porcentajes y frecuencias del programa Excel. Como resultado: El cuidador denota positivamente su calidad de vida, dimensión que se encuentra disminuida a pesar de estar asistiendo a individuos con afecciones crónicas, que solicite de un cuidado constante, y este afectando su bienestar psicológico al estar enfocado al cuidado constante. Predomina el enfoque espiritual el cual es observado como superior, observándose que las cuidadoras tienen en este sentido una excelente calidad de vida.

Hayta, C y Escarcina, Z <sup>30</sup>. En Arequipa en el 2015. En su investigación “Dependencia de adultos mayores y calidad de vida de los cuidadores familiares hospital III Yanahuara”. Su objetivo fue identificar su correlación sobre el cargo de dependencia en los adultos mayores con la calidad de vida de los cuidadores familiares en el Hospital III Yanahuara, Arequipa 2016. Con una metodología cuantitativa, descriptiva, transversal, correlacional, la recolección datos fue mediante encuestas y (entrevistas), estuvo conformada por 150 adultos mayores y sus cuidadoras familiares respectivamente, dándole trascendencia a los criterios de exclusión e inclusión <sup>30</sup>.

Como resultado sus características generales de los adultos mayores las más concurridas son de sexo femenino, edad entre 74 a 92 años catalogados como ancianas, casadas y finalmente el grado de instrucción secundaria incompleta , Los cuidadores familiares en su mayoría son mujeres, tienen entre 24 a 55 de edad, casadas, nivel académico superior

(técnicas y universitarias), tienen empleos independientes, el individuo encargado de la asistencia es el hijo o hija, enfocándose al cuidado en el turno diurno y por más de un año<sup>30</sup>.

Puerto, P <sup>43</sup>. En Arequipa en el año 2014, investigación “Calidad de vida del cuidador familiar pacientes en proceso contra el cáncer, su objeto: detallar calidad de vida en las cuidadoras parientes de pacientes en tratamiento contra el cáncer, en la Unidad Radioterapia y Oncología del Hospital de Arequipa. La investigación fue descriptiva, transversal, conformada de 74 cuidadores familiares, utilizo el instrumento “Calidad de vida versión familiar propuesto por Ferrell Betty”. En la interpretación se usaron estadísticas descriptiva y la regla de estratificación de Dalheniius y Hodges<sup>43</sup>.

Como resultado las cuidadoras son mayormente femeninas de estatus socioeconómico 1 con primaria sin concluir el 36,4%, el 65,8% delimito estar casadas o convivientes, amas de hogar 58,8%, su media de 17 horas de asistencia a enfermos con cáncer. La Calidad de vida deduce que las cuidadoras tienen una percepción de la calidad de vida media en (42,4%). Para la dimensión del instrumento tomó en cuenta: puntajes bajos para el enfoque físico en (47%), espiritual (45%), psicológico (43%) y sociales (46,2%). El autor llego a la conclusión que las cuidadoras familiares no reconocen sus problemas en trabajos como un asistente más sin observen alguna afección en su calidad de vida, así manifiesta malestar físico relacionado a la sobrecarga en cuidado.

Ruiz. A Silva. C<sup>51</sup>. En el 2015 “calidad de vida de los cuidadores principales pacientes de enfermedad en fase terminal de una clínica privada, Chiclayo – 2016, con el objeto de analizar la calidad de vida de los asistentes principales de enfermos en fase terminal, con un método cualitativo, enfoque de estudio de caso, donde evaluaron 6 cuidadores principales de pacientes con enfermedad en fase terminal. Obteniendo seis sub- categorías enfocadas en cuatro categorías las cuales se describen a continuación: generando emociones, asumiendo sola los cuidados, postergando mi propio yo y generando gastos económicos; en conclusión las cuidadoras principales de los pacientes en fase terminal se mantienen en una situación de estrés permanente y soportan grandes repercusiones bio-psico-sociales afectando notoriamente su propia calidad de vida.

### **1.3 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador Hospital Regional Docente las Mercedes, 2017?

### **1.4 Justificación e Importancia del estudio**

Considerando su importancia de los cuidadores primarios, los cuales se localizan en una posición de sobrecarga y progresivo decaimiento en cuanto a su calidad de vida que perjudica directamente a su salud, esta investigación se encontraba en el compromiso de indagar al respecto, fundamentalmente en lo que afecta al cuidador. Se evidencia que la magnitud y problemática presente en su calidad de vida de los cuidadores está jugando un papel importante.

Así mismo la investigación se justificó desde las vertientes fundamentales: la vertiente socioeconómica, la vertiente científica y la vertiente clínica.

En la vertiente clínica el cuidador configura un grupo comprometido a riesgos determinados en su calidad de vida, especialmente cuando experimentan la importante carga en el cuidado, alteraciones en sus actividades cotidianas, aislamiento social, síntomas ansiosos y depresivos. Todas estas prácticas negativas pueden perjudicar las habilidades y capacidades en el cuidado del paciente, lo cual es de suma importancia ya que incorporar al familiar en el proyecto terapéutico del pacientes es esenciales, sobre todo a la adherencia terapéutica, el soporte social. Un modo de incluir es prestar atención a su calidad de vida, preservando su calidad de vida de los cuidadores colateralmente favoreciendo su salud del paciente.

En consecuencia la presente investigación se propuso indagar en qué medida impresionan estas variantes dentro de la calidad de vida del cuidador, pudiendo habilitar información precisa para poder realizar ideas de intervención que mejores su condición de vida.

Vertiente socioeconómica se contempla que la capacidad para suministrar cuidados, por parte de los cuidadores es ventajosa para mejorar el coste al sistema social y sanitario. En algunos casos el cuidador se ve forzado a solicitar su renuncia laboral para poder brindar cuidados a su familiar, este hecho influye en la economía familiar.

En la vertiente científica se justifica ya que pretende contribuir enriquecimiento conceptual y teórico, son pocas investigaciones nacionales realizadas con el objeto de estudio, principalmente el que hace su enfoque en su calidad de vida de los cuidadores. Por lo que se exponen relativas ideas sobre calidad de vida y hacen relativo en el cuidador. En la ciencia, aportan e incrementan y solidifican la materia de sabiduría en enfermería lo que instaure tácticas que logren sustentar y beneficiar su calidad de vida del cuidador principal con hechos encaminados en beneficio de su calidad de vida en sus diversos enfoques.

Surgió la preocupación de indagar sobre la calidad de vida de los cuidadores principales, donde se evidencio en últimas décadas, las afecciones en fase terminal, son de gran efecto en la salud pública. En esencia el enfoque de enfermería holística humanizada e integral enfocado en la familia y la persona es notable poner redundancia en la calidad de vida del cuidador fundamental para promover herramientas imprescindibles, con el propósito de mejorar la capacidad de fomentar un enfoque de aprobación y expandir, ante el cuidador quien propicie su salud, fomente una beneficiosa relación con el individuo cuidado y brinde una atención favorable e humanizado.

## **1.5 Hipótesis**

### **Hipótesis general**

Los factores asociados si influyen en la calidad de vida del cuidador en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.

### **Hipótesis específica**

Los factores psicológicos si influyen en la calidad de vida del cuidador en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Los factores físicos si influyen en la calidad de vida del cuidador en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Los factores sociales si influyen en la calidad de vida del cuidador en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Los factores espirituales si influyen en la calidad de vida del cuidador en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.

### **Hipótesis Nula**

Los factores asociados no influyen en la calidad de vida del cuidador en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.

## **1.6. Objetivos de la Investigación**

### **1.6.1. Objetivo general**

Determinar los factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador Hospital Regional Docente Las Mercedes 2017.

### **1.6.2. Objetivos específicos**

Identificar los factores psicológicos que influyen en la calidad de vida del cuidador.

Identificar los factores físicos que influyen en la calidad de vida del cuidador.

Identificar los factores sociales que influyen en la calidad de vida del cuidador.

Identificar los factores espirituales que influyen en la calidad de vida del cuidador.

## 1.7 Marco Teórico

El elemento de estudio calidad de vida se cita un criterio de salud según la Organización mundial que “Es un aspecto de absoluto bienestar mental, social y físico, no precisamente la ausencia de las enfermedades”<sup>44</sup>. Es una habilidad subjetiva en cada uno de los individuos teniendo un efecto diverso; es un fenómeno multidimensional y polivalente que se puede rectificar conforme con las creencias, culturas, emociones, contexto ambiental, contexto social y la manera como la persona enfrente la asistencia. Es unas características más influyentes y su cálculo de impacto, es abordado desde distintas disciplinas en varios instrumentos. Su ámbito de la salud las pesquisas correlacionadas con la calidad de vida dan un gran aporte de actual conocimiento, los que permiten enfocar una asistencia holística a la comunidad, pariente e individuo, incrementando el indicador de mortalidad, morbilidad y optimizar las esperanza de vida<sup>11</sup>.

De la misma manera la organización de salud determina calidad de vida como “percepción que los individuos poseen en su lugar de la realidad en su entorno de los regímenes de valores que lo rodea y la conexión a lo extenso que está prevalente en modo complicado por su condición psicológica, su grado de independencia, la salud física de los sujetos, su vínculos social, tales como sus vínculo de principio esencial del ámbito en el que se relacionan”<sup>45</sup>.

Otras conceptos de “calidad de vida” no es la convicción de las aptitudes del contexto interpersonales, físicos y sociales, sino como dicho contextos son juzgado y valorados por los individuos <sup>46</sup>.

Para la autora de la investigación se deduce por calidad de vida como un idea única e individual dentro del entorno que cada persona experimenta en relación con sus propias expectativas, intereses y experiencias, asimismo de la realidad de factores positivos y perjudiciales que influyen en su calidad de vida, este término puede cambiar de acuerdo al entorno social, la creencia, las emociones, las culturas, como el individuo enfrente los cuidados.

A lo largo de su desenvolvimiento histórico, la concepción sobre calidad de vida se ha individualizando por su sucesiva ampliación. Podría analizarse si inicialmente radicaba en la asistencia de la salud, convierte en inquietud en la higiene y la salud pública, dispersa posteriormente en el derecho laboral, humano y ciudadano, continua con habilidad en ingreso al beneficio económico, y como consecuencia convierte la inquietud en vivencia de los sujetos en su vida social, en su labor diaria y de su inherente salud<sup>47</sup>.

En la presente calidad vida es un idea compleja que abarca los dominios bio-psicosociales y la correlación con las cualidades sobresalientes del ámbito, y puede verse afectada directamente la persona, o sobre el entorno al que pertenece<sup>47</sup>.

En el enfoque de asistir expone la decisión sobre el bienestar del individuo cuidado, observado en distintas enfoques, incorpora las experiencias, dimensión del amor, apego, trabajo y el sistema social<sup>18</sup>. El incremento en la expectativa de vida ocasionado la necesidad de asistencia familiar, este cuidado es realizado primordialmente por femeninas en su mayor parte. Asistir no es exclusivamente un labor físico si no también enfoca un labor mental; cuidar representa, planificar y estar concentrado, precaver las necesidades antes de que se manifiesten<sup>19</sup>.

Dimensión física, adjunta la destreza, el bienestar físico en general, características como fatigación , dolor, alteraciones del sueño, alteraciones de apetito y la manera como afectan al bienestar físico de los cuidadores. Los puntajes minúsculos en el bienestar físico retribuyen a una percepción verdadera del estado de salud. Los problemas físicos más comunes como consecuencia del cuidado son de aspecto osteomuscular, principalmente en la brazos y hombros y espalda, lo que se correlacionan a las sobrecargas y el esfuerzo físico que demanda la movilización de paciente.

Es la percepción del estado de la salud (físico), entendido como la carencia de afecciones o enfermedad. Indiscutiblemente tener salud es componente clave para llevar una buena condición de vida. En las cuidadoras su bienestar físico se ve dañado en gran parte, según las pesquisas realizadas, pueden llegar a padecer estrés, sobrecarga, fatiga, y afecciones físicas.

Dimensión psicológica, indaga una extensa gama de emociones desde la capacidad de hacer memoria, la felicidad, el control, el gusto con las cosas de la vida, la evaluación cognitiva, el afrontamiento, la connotación de la enfermedad temor, depresión. En el enfoque psicológico el puntaje minúsculo es equiparable con la apreciación nociva del ámbito emocional<sup>24</sup>. Esto incorpora la monitorización de las cosas, satisfacción, capacidad de concentración, felicidad, se ven afectadas a “como resultado del papel que ejecutan las cuidadoras, por participaciones que implica el ser cuidadora; disposición al decaimiento, estrés, angustia, miedo desesperación y cargas emocionales <sup>26</sup>.

Captación del familiar de su permanencia cognitiva y afectiva dentro de ellos miedos, ansiedades, las incomunicaciones, la pérdida de autoestima, las incertidumbres del mañana. Lo que inmiscuye creencias interpersonales, espiritual y religiosa como la razón de la vida y la postura ante el padecimiento.

Enfoque social, indaga los constituyentes en correlación de la calidad de vida detallando el rol que interpretan, agobio del pariente, sobrecarga, apoyo familiar, afección en las finanzas y la disminución sexual lo que conlleva al aislamiento social. En las dimensiones sociales el puntaje minúsculo relativo a una percepción beneficiosa de sus interrelaciones sociales. Olivella Fernández nos verbaliza que se ve afectado en las cuidadoras por la falta de soporte social, adecuación al rol de cuidador, socialización previa con el paciente y la familia, aislamiento, privación de recursos económicos, afección en la función sexual, carencia de descanso, problemas con el trabajo, sobrecarga en general, obstáculos psicofísicos del cuidador .Es la aprehensión de los individuos de las relaciones personales y el papel social en la vida en la necesidad de soporte social y familiar, conjuntamente de su grado de correlación para con el ámbito de la persona que atiende de sí mismo y de su familiar<sup>27</sup>.

Dimensión espiritual, agrega aspectos como la espiritualidad, la religión, la esperanza y el desaliento. Esto simboliza la fuerza interior en el momento que el cuidador integra a una

religión y tiene el hábito de actividades espirituales, tal y como lo confirma Olivella Fernández “la dimensión espiritual es la fuerza del cuidador lo que se convierte en un factor favorecedor que se debe activar para proporcionar apoyo afectivo y cuidado de enfermería a esta nueva persona <sup>27</sup>.

No obstante es fundamental enfocar la definición de cuidador que es “aquel individuo que brinda cuidado o asiste a un individuo con alguna discapacidad o incapacidad, lo que obstaculice el desenvolvimiento común de sus labores principales o de sus correlaciones sociales”<sup>48</sup>. Se logra conceptualizar a los cuidadores como “el individuo que está encargado de asistir las necesidades cotidianas de otra que es insuficiente de cuidarse a sí mismo debido a una discapacidad o afección”<sup>49</sup>.

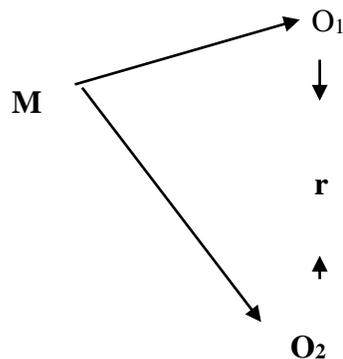
De igual modo; Otros autores conceptualizan al cuidador como el individuo que asiste las necesidades emocionales y físicas de un paciente, por lo general puede ser sus hijo/a, esposo/a, un pariente de su entorno o alguien que le es importante, es el que pone en movimiento la adhesión con el que aflige y el rápidamente asimila que debe esperar sin hacer nada ante la persistente problemática que aflige a su pariente. el enfoque logra una trascendencia para el conjunto, acorde avanza la afección, no solo por el interés directo al enfermo, sin duda por su función de mantenimiento, reestructuración en función familiar<sup>50</sup>.

## II. MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1. Tipo y diseño de la investigación

Se abordó un enfoque descriptivo con un abordaje cuantitativo, Hernández Sampieri<sup>6</sup>. Manifiesta en su enfoque cuantitativo por factibilidad y estructura el cual favorece al investigador coleccionar y analizar datos, de un modo deductivo y así concebir un análisis por pruebas estadísticas. En el método cuantitativo se solicita en la relación de elementos de la problemática de la pesquisa exista una correlación en donde su naturaleza sea de forma lineal.

La metodología a emplear fue diseño descriptiva de tipo correlacional. Hernández Sampieri<sup>6</sup>. Manifiesta que la investigación permite especificar de forma sistémica las características del fenómeno, los factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador, en su enfoque físico, social, psicológico y espiritual. Correlacional, el fundamento que se establece dentro de un semejante contexto y a partir de los mismo individuos en el mayor número de casos, esta procura responder los cuestionarios de investigación en el cual se vincula variantes por medio de un modelo deducible para una población o grupo, con el fin de comprender el grado o relación de asociación que exista entre dos o más criterios.



M = muestra.

O<sub>1</sub> = calidad de vida.

O<sub>2</sub> = factores asociados.

r =relación entre las dos variables.

## **Métodos de la investigación**

La presente investigación estuvo basado en un enfoque cuantitativo donde Hernández Sampieri <sup>6</sup> manifiesta que este enfoque emplea el análisis y recolección de datos lo cual responde incógnitas de la pesquisa lo cual afirmar hipótesis constituidas preliminarmente, y confía en el conteo y la medición numérica, repetidamente empleo de la estadística lo cual permite constituir con precisión modelos de comportamiento en un conjunto de individuos, este es una fase basada en la deducción que deriva una secuencialidad, y estudia la realidad objetiva, comúnmente, se emplea en primera estancia para manifestar y refinar preguntas de la pesquisa. La investigación de tipo descriptivo es el que a permite ordenar el resultado de las indagaciones de las características, conductas, procedimientos, factores, y otras variables de hechos fenómenos.

### **2.2 Población y muestra**

Polit <sup>22</sup> nos dice que la población expresa la totalidad o conjunto de los objetivos, sujetos que formalizan con un conjunto definido de especificaciones en estudio, está formada por cuidadoras de individuos que cuidan a sus familiares en los servicio de medicina interna y servicio de cirugía, fundamentando una muestra no probabilística la cual despliega muestras menos representativas y menos precisas, afirmamos un muestreo no probabilístico cuando no se tiene disposición a una lista completa de pacientes que conforman parte de la población, por lo que no percibimos la probabilidad de que cada paciente sea elegido para la muestra. Mediante muestreo por conveniencia el cual conlleva a un empleo de una muestra constituida por individuos cuya posibilidad como sujeto de estudio sea conveniente, es decir la muestra empleada estos sencillamente disponibles.

Fundamentando un muestreo no probabilístico por conveniencia de 75 individuos cuidadores de pacientes considerado según fórmula.

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

Dónde:

n = 75 (individuos)

z = 1.96 (grado de confiabilidad 95 %)

p = 0.95 (aciertos)

q = 0.05 (no aciertos)

E = 0.05 (error)

Aplicando investigación:

$$n = \frac{75 \cdot (1.96)^2 (0.95)(0.05)}{(0.05)^2 (75 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.95) \cdot (0.05)}$$
$$n = \frac{260.028}{3.652}$$
$$n = 71.202$$

### **Criterios de Inclusión**

- Ser cuidador fundamental del paciente.
- Cuidador de paciente hospitalizado que contaron con mínimo de 10 días de hospitalizados.
- Ser cuidador de cualquier estrato social y género.

- Tener 18 años a más.
- El cuidador familiar debe dominar escribir y leer.
- Cuidadores que accedieron colaborar en el estudio.

### **Criterios de Inclusión**

- Ser familiar cuidador temporal de individuos hospitalizado.
- Negación del cuidador a colaborar en la pesquisa.

## **2.3 Variable, Operacionalización**

### **Variable dependiente**

Calidad de vida: se denota toda la parte fisiológica como interfieren los problemas a la salud, la enfermedad. Se define la armonía entre lo externo e interno del cuerpo humano.

### **Variable independiente**

Factores asociados: factor psicológico, factores físicos, factor social, factor espiritual.

<b>Variables</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Técnica e instrumento de recolección de datos</b>
<b>Dependiente :</b>  Calidad de vida	Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor física.</li> <li>• Salud actual.</li> <li>• psicológica</li> <li>• espiritual.</li> <li>• Problemas en su trabajo.</li> <li>• actividades sociales.</li> </ul>	“calidad de vida” SF -36 Consta 36 Ítems



	Espiritual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo personal.</li> <li>• Incertidumbre.</li> <li>• Cambios positivos y negativos.</li> <li>• Esperanza</li> </ul>	
--	------------	--	--

## 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

### Técnicas de recolección de datos.

La observación es el procedimiento de percibir, acción de mirar, es la ciclo de fijarse determinadamente por el cual se percibió premedita mente algunos rasgos, en la trayectoria del investigador es la pericia, el experimento, en sentido extenso, la fase de conductas o condiciones o conductas y maniobradas conforme a ciertos principios que conlleva a la observación<sup>39</sup>.

Ya aceptado el proyecto de investigación por la escuela de enfermería de la Universidad Señor de Sipán. Gestionó para disponer con la autorización del Hospital Regional Docente Las Mercedes por medio intendencia de capacitación presentado la documentación respectiva y justificando la realización del proyecto de investigación, con el fin de que se brinden las oportunidades en la ejecución del mismo.

Se identificó a los 75 colaboradores para la investigación de los servicios de cirugía y medicina interna, se originó a firmar el consentimiento informado a las muestras identificadas que cumplieron con el criterio de inclusión, asegurando su participación con la firma del consentimiento informado, explicándoles el contenido para poder hacerlos firmar. Esta pesquisa dispuso de una fuente principal en la obtención de datos solicitados el instrumento, se accedió fundamentalmente a las cuidadoras de enfermos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.

En primera estancia, se definió a cada familiar cuidador el objetivo de la investigación y se requirió su integración voluntaria en la pesquisa mediante de la firma del consentimiento presentando previamente los aspectos generales y el objetivos, el sujeto de estudio accede a su participación, luego se les administro el instrumento elegido para la recolección de datos propuesto por Col y Ferrell en 1997 “medición de la calidad de vida de un miembro familiar que brinda cuidados a un paciente” (QOL siglas en inglés) (Anexo1). Finalmente se comprobó que cada instrumento este correctamente llenado para el proceso de datos fue necesaria la revisión extensa de bibliografías respecto al tema, así como otros estudios de investigación similares, con el fin de contrastar e interpretar los resultados obtenidos.

Para finalizar la obtención de datos, por medio del instrumento diseñado para tal fin, estos se vaciaron a una apoyo creado en una hoja de cálculo. El análisis y confiabilidad de datos de se empleó el software SPSS y el resultado fue representados en figuras y en tablas.

## **2.5. Instrumentos de recolección de datos**

Para observar y explicar el factor físico, psicológico y social lo cual influye sobre calidad de vida del cuidador de paciente con afección en fase terminal, se utilizó el instrumento Quality of Life Family Versión (QOL de Col y Ferrell y 1997) “medición de la calidad de vida de un miembro familiar que brinda cuidados a un paciente”. Este instrumento evalúa la calidad de vida desde una contingencia subjetiva considerando el enfoque físico, social, psicológico y espiritual. Abarca 37 ítems que integran su significado en sus cuatro dimensiones, 16 son positivos y 21 negativos (o inversos) <sup>23</sup>.

Este instrumento enfoca la calidad de vida, a través de 37 ítems que desenvuelven su significado en la dimensión psicológica, física, espiritual y social.

El instrumento es validado y utilizado en varias pesquisas de cuidadoras principales en las ciudades de Bogotá en individuos en posiciones de enfermedades crónicas, realizadas principalmente en cuidadores de enfermos con cáncer, sobrevivientes de la enfermedad de cáncer y luego en cuidadores principales<sup>23</sup>.

## Validación y confiabilidad de instrumentos

### ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

#### Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	15	100,0
Casos Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	15	100,0

**Interpretación:** La presente tabla obedece al número de casos, es decir el número de sujetos que han respondido a la escala, en este caso es 15, tenemos 0 casos excluidos y un Total de 15, es decir el 100% de las respuestas van a ser analizadas en este proceso.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
819	37

**Interpretación:** La presente tabla corresponde al Alfa de Cronbach general teniendo cuenta 37 elementos, es decir los 37 ítems. Este Alfa de Cronbach Total es de 0,819, lo cual se considera alto en la escala. (Sabido que los valores superiores a 0.8 obedecen a una buena confiabilidad).

## 2.6. Principios Éticos

En la investigación se tomó en cuenta los principios fundamentados éticos del informe Belmont<sup>36</sup>. Donde la especificación "principios fundamentales " define las pautas las cuales favorecen como principio que acredita aspectos éticos y evaluaciones exclusivas de participaciones humanas. Principios que se admiten de manera universal en nuestro hábito cultural, tres de ellos son esencialmente eminentes para la ética de la experimentación con seres humanos, el principios de respeto a los individuos, de beneficencia y de justicia.

Respeto a la persona se brindó asegurando el respeto a su derecho a protección, otorgando la libertad a los participantes donde insertan como mínimo persuasiones éticas. La principal enfoca a todos los individuos como un ser autónomo, y la segunda, que todos los individuos con autonomía baja tienen derecho a ser protegidos. El principio de respeto a los individuos desglosa en dos formalidades morales diferentes. La formalidad que diferencia lo autónomo, y la formalidad que necesita la seguridad de aquella autonomía que esta minimizada<sup>36</sup>. La presente investigación tuvo en cuenta el respeto a la persona otorgándoles la libertad a los 75 colaboradores de la muestra donde incluyeron ser tratados de manera autónoma, con derecho a ser protegidas.

La beneficencia ejerciendo este derecho las personas sujetas a la investigación son tratadas de manera ética considerando sus determinaciones y preservándolas de daño, enfocándose en garantizar su tranquilidad. La forma de actuar cae dentro del entorno del preámbulo de beneficencia. Comprende las acciones de caridad, bondad que está por encima de la responsabilidad exigente. El sentido más tajante, como una responsabilidad. Las pautas principales son planteadas como manifestaciones suplementarias de las acciones de beneficencia comprendidos en este sentido; No ocasionar perjuicio alguno, potenciar beneficios probables y minimizar los perjuicios posibles<sup>36</sup>. Esta investigación tuvo en cuenta la beneficencia a la persona respetando a las 75 personas sujetas a la investigación respetando así sus decisiones protegiéndolas de daños, asegurando su bienestar.

La justicia por medio de este principio los individuos son tratados con igualdad. Con este principio se establece un trato equitativo e igualitario entre todos los individuos, por

consiguiente se evita la exclusión por razones ajenas al criterio de inclusión de la investigación. Este principio garantiza además mediante la selección aleatoria simple de los participantes. Sus cualidades de la justicia son que cada persona una parte igual, a cada persona según su necesidad individual, a cada persona según su propio esfuerzo, a cada persona según su contribución a la sociedad, y a cada persona según su mérito<sup>36</sup>. La presente investigación tuvo en cuenta La justicia a los 75 participantes siendo tratados por igual evitando exclusiones por ajenas razones al criterio de inclusión de la investigación.

## **2.7 Criterios de rigor científico**

La confiabilidad de un instrumento de medición se enfoca al nivel en que su aplicación repetida a una sola persona u objeto ocasiona resultados sólidos y congruentes. Esta a su vez es dependiente de procesos como la observación para especificar lo que está pasando en un contexto delimitado, teniendo en cuenta la situación y lugar, objeto de la pesquisa, para poder así relevar juicios<sup>38</sup>.

La objetividad se enfoca al grado en que éste es influenciado en los sesgos y tendencias del de los investigadores que lo evalúan, explican y suministran, esta se fortalece por medio de estandarización en empleo del instrumento (mismas instrucciones y condiciones para todos los individuos) y en la evaluación de los resultados; así como al emplear personal capacitado y experimentado en este instrumento<sup>38</sup>.

validez, como semejante de verdad, como verdad edificada, como verdad interpretada, consensuada, se convierte en la línea límite, el criterio límite que establece la legalidad, o confiabilidad de la investigación <sup>37</sup>. Se alude al nivel en que el instrumento enfoca la medición de la variable que quiere medir. Es un aspecto más específico que alcanza a todo instrumento de medición que se administra. Kerlinger define las siguientes interrogantes respecto de la validez ¿está enfocado en lo que cree que está midiendo? Si es así, su medida es válida; si no, ciertamente carece de validez. Validez es una noción se tiene deferentes tipos de evidencia correlacionada evidencia y contenido, correlacionada con la evidencia y criterio relacionado con el constructo.

### III. RESULTADOS

**Tabla N° 01**

**Factor bienestar físico que influye en la calidad de vida del cuidador hospital  
Regional Docente las Mercedes Chiclayo, 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sumamente Mala	2	2,7	2,7	2,7
Regular	35	46,7	46,7	49,3
Buena	29	38,7	38,7	88,0
Excelente	9	12,0	12,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante instrumento Quality of Life Family aplicado a cuidadores de pacientes con enfermedades en etapa terminal Hospital Regional Docente Las Mercedes.

**GRÁFICO N°1**

**Factor bienestar físico que influye en la calidad de vida del cuidador hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo, 2017.**

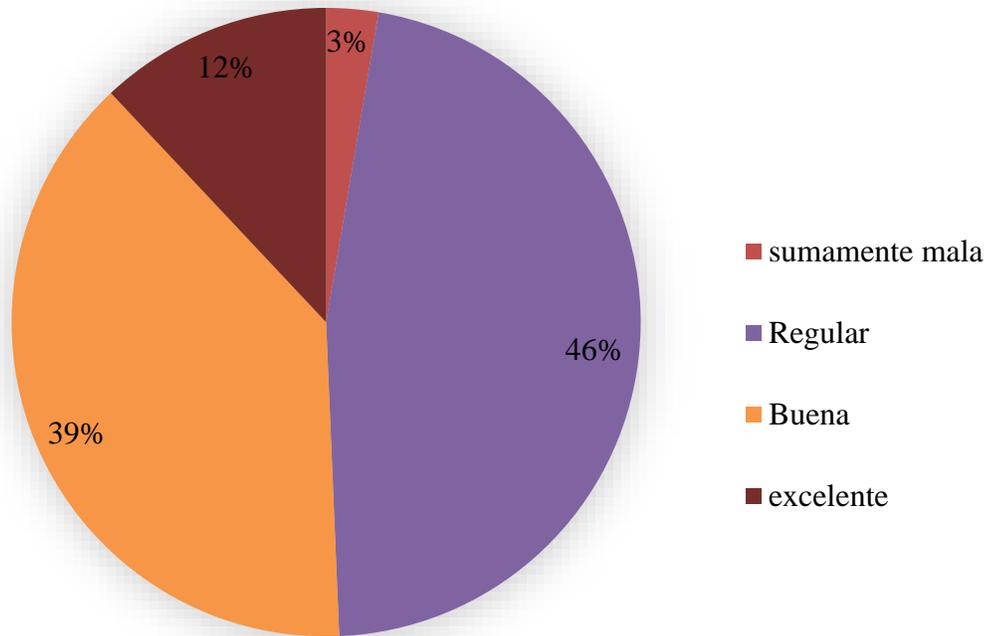


Figura 1: De los resultados obtenidos se puede observar que de 75 personas que representan el 100% de la muestra, de los cuidadores encuestados presentan bienestar psicológico con ausencia de problema 2 (2.7%) algo de problema 35 (46.7%), problema 29 (38.7%), muchísimo

### **Interpretación**

En la tabla N°1 y figura 1 de bienestar físico se puede observar que de 75 personas que representan el 100 % de la muestra, de los cuidadores encuestados obtuvieron un nivel regular en la clasificación de su salud física en general 35(46.7%).

Presentando algo de problema en fatiga y agotamiento 44 (58.7%), obtuvieron algo de problema en cambios en el apetito 45 (60%), obtuvieron algo de problemas de dolor 34(45.3%) obtuvieron problemas en cambios al dormir 34(45.3%).

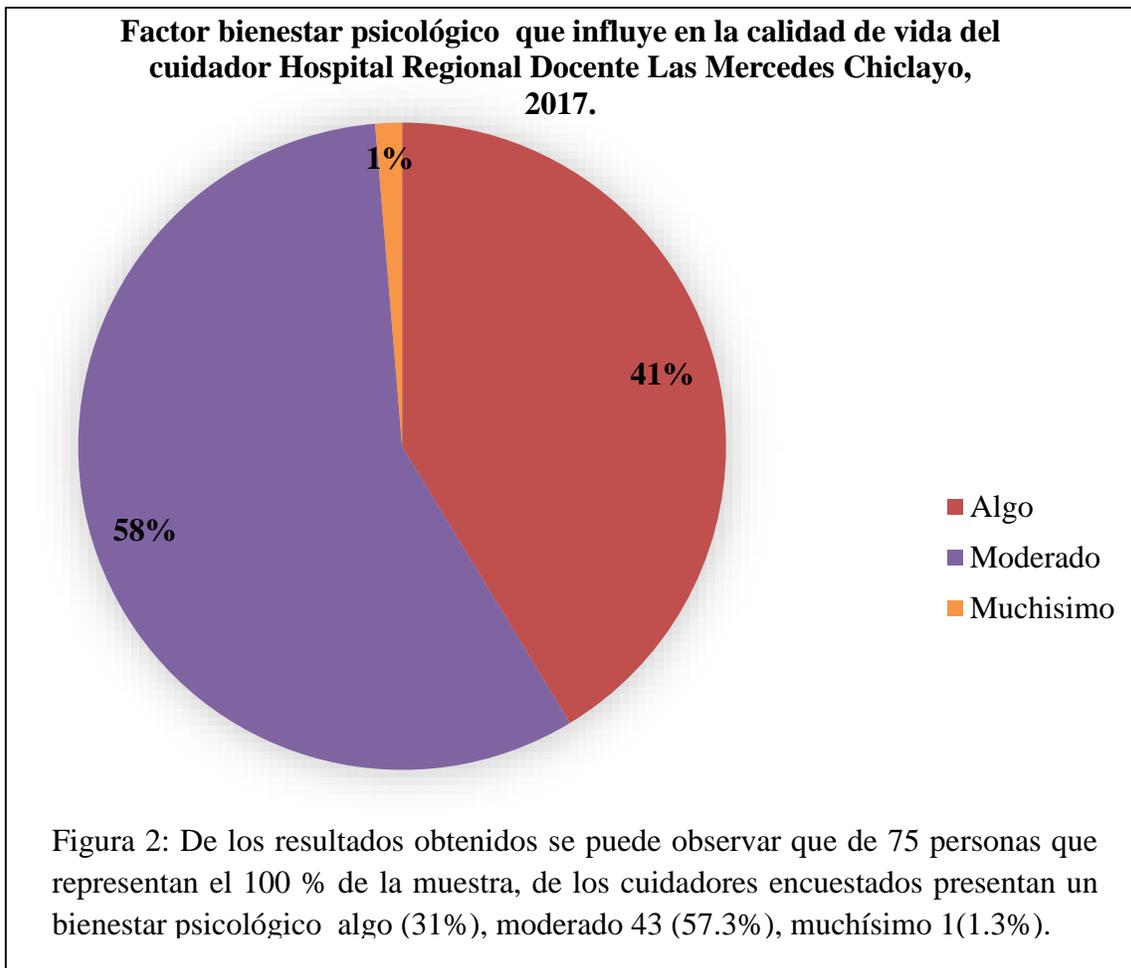
**Tabla N° 2**

**Factor bienestar psicológico que influye en la calidad de vida del cuidador Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algo	31	41,3	41,3	41,3
Moderado	43	57,3	57,3	98,7
Muchísimo	1	1,3	1,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante instrumento Quality of Life Family aplicado a cuidadores de pacientes con enfermedades en etapa terminal Hospital Regional Docente Las Mercedes.

**GRÁFICO N°2**



**Fuente:** Datos obtenidos mediante instrumento Quality of Life Family aplicado a cuidadores de pacientes con enfermedades en etapa terminal Hospital Regional Docente Las Mercedes.

### Interpretación

En la tabla N°2 y figura 2 de bienestar psicológico se puede observar que de 75 personas que representan el 100% de la muestra, de los cuidadores encuestados obtuvieron un nivel moderado en la clasificación de su estado psicológico en general 43(57.3%).

Presentando dificultad para batallar con su vida como resultado de tener un familiar con una enfermedad crónica incapacitante 44(58.7%), una calidad de vida moderada 46(61.3%),

presentan algo de felicidad 51(68% ), moderado control de las cosas en su vida 40(53.3%), regular satisfacción de su vida 34 (45.3%, moderada capacidad para concentrarse o recordar cosas 47(62.7%), modernamente útiles 43(57.3%), algo de aflicción / angustia 40(53.3%), algo de aflicción y angustia desde termino el tratamiento de su familiar 37(49.3%), moderada ansiedad / desesperación 43 (57.3% ), moderada depresión / decaimiento 40(53.3 %), algo de miedo / temor que le dé una segunda enfermedad a sus familiar 37(49.3), regular miedo / temor que le recurra la enfermedad a su familiar 39(52%).

**Tabla N° 3**

**Factor bienestar social que influye en la calidad de vida del cuidador  
Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1	1,3	1,3	1,3
Algo	27	36,0	36,0	37,3
Moderado	46	61,3	61,3	98,7
Muchísimo	1	1,3	1,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante instrumento Quality of Life Family aplicado a cuidadores de pacientes con enfermedades en etapa terminal Hospital Regional Docente Las Mercedes.

**GRÁFICO N°3**

**Factor bienestar social que influye en la calidad de vida del cuidador Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2017.**

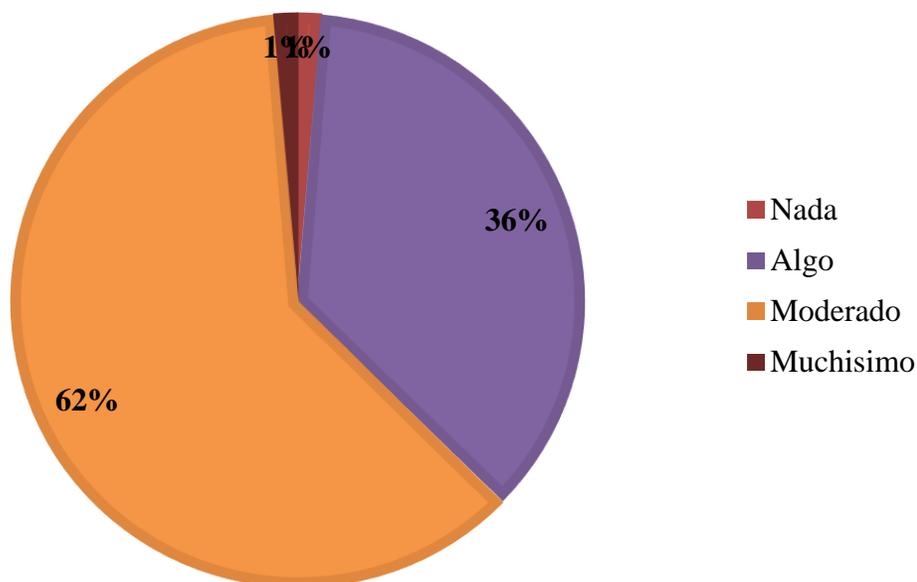


Figura 3: De los resultados obtenidos se puede observar que de 75 personas que representan el 100 % de la muestra, de los cuidadores encuestados presentan bienestar social nada 1 (1.3%) algo 27 (36%), moderado 46 (61.3%), muchísimo

**Fuente:** Datos obtenidos mediante instrumento Quality of Life Family aplicado a pacientes del hospital regional docente las mercedes.

### **Interpretación**

En la tabla N°3 y figura 3 de bienestar social se puede observar que de 75 personas que representan el 100% de la muestra, de los cuidadores encuestados obtuvieron un nivel moderado en la clasificación de su estado social en general 46(61.3%).

Presentando modera aflicción / angustia ocasionada por la enfermedad 40(53.3%), moderado nivel de apoyo por parte de otros para satisfacer sus necesidades 39(52%), moderada interferencia de la enfermedad de su familiar con sus relaciones personales 36(48%),

moderado impacto de la enfermedad de su familiar con su sexualidad 47(62.7%), moderado impacto de la enfermedad con su empleo 30(40%), algo de interferencia de la enfermedad de su familiar con las actividades de su hogar 36(48%), regular aislamiento 35(46.7%) .

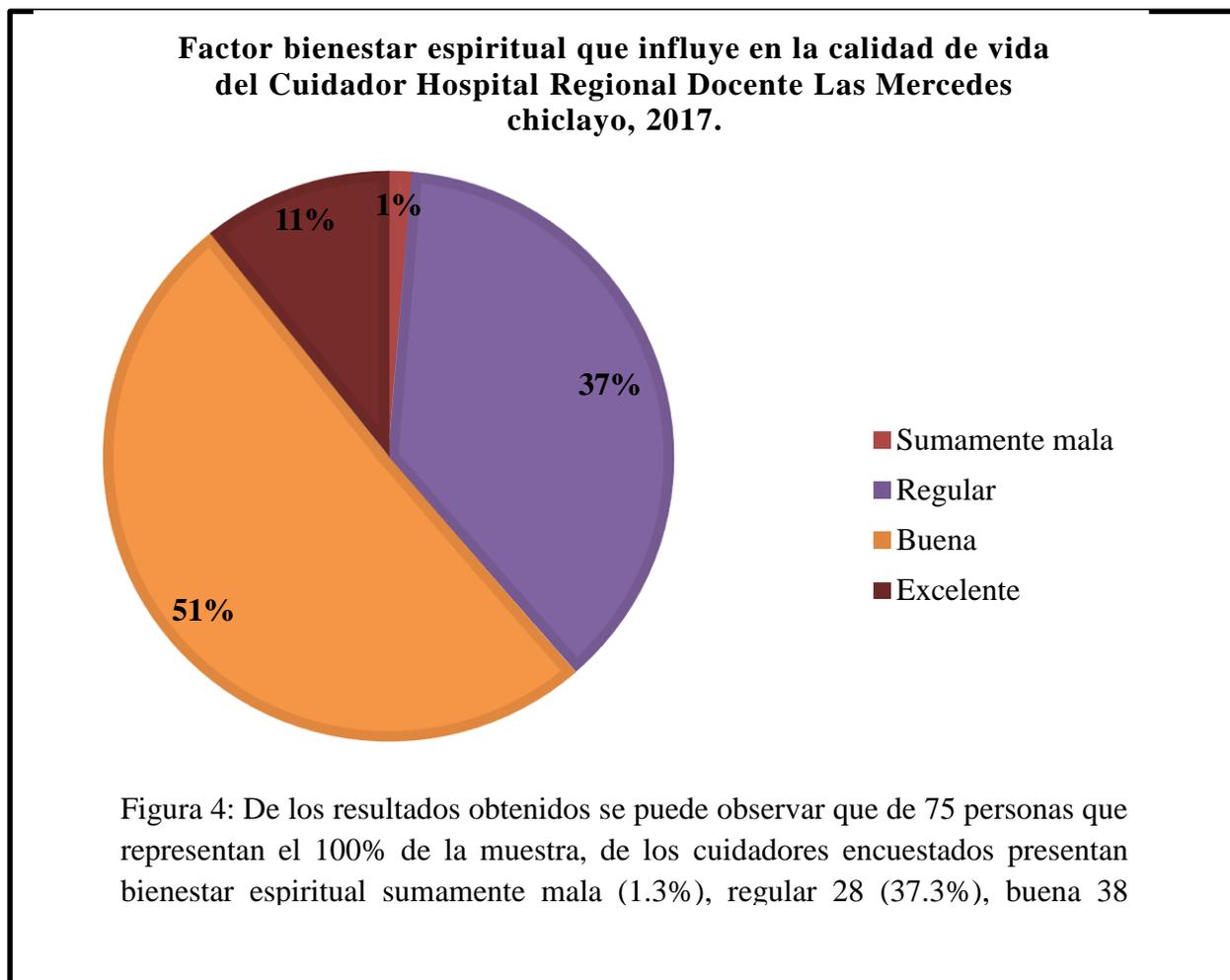
**Tabla N° 4**

**Factor bienestar espiritual que influye en la calidad de vida del cuidador  
Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sumamente Mala	1	1,3	1,3	1,3
Regular	28	37,3	37,3	38,7
Buena	38	50,7	50,7	89,3
Excelente	8	10,7	10,7	100,0
Total	75	100,0	100,0	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante instrumento Quality of Life Family aplicado a cuidadores de pacientes con enfermedades en etapa terminal Hospital Regional Docente Las Mercedes.

#### GRAFICO N° 4



**Fuente:** Datos obtenidos mediante instrumento Quality of Life Family aplicado a cuidadores de pacientes con enfermedades en etapa terminal Hospital Regional Docente Las Mercedes.

#### **Interpretación**

En la tabla N°4 y figura 4 de bienestar espiritual se puede observar que de 75 personas que representan el 100 % de la muestra, de los cuidadores encuestados obtuvieron un nivel bueno en la clasificación de su estado espiritual en general 38 (50.7%).

Presentando moderado nivel de poyo de la actividades religiosas como ir a la iglesia para satisfacer sus necesidades 39(52%), moderado nivel de apoyo de actividades religiosas como

rezar e ir a la iglesia 37(49.3%), moderado nivel de apoyo que recibe de sus actividades personales tales como la oración o la meditación 33 (44%), moderada incertidumbre / duda en cuanto al futuro de su familiar 30(40%), moderados cambios positivos en su vida personal 29 (38.7%), moderada sensación de propósito / misión en cuanto a su vida 35 (46.7%), moderada esperanza 35 (46.7% ).

### 3.2 Discusión de resultados

En la presente investigación “Factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2017” tuvo como objetivo general determinar los factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador de paciente, en ella participaron 75 cuidadores de pacientes del servicio de medicina interna y del servicio cirugía de la institución, como resultado comparables se encontró:

En la tabla N°1 referente a bienestar físico se puede observar que de 75 personas que representan el 100 % de la muestra, de los cuidadores encuestados en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, obtuvieron un nivel regular en la clasificación de su bienestar físico en general con un porcentaje (46.7%). Presentando algo de problema en fatiga y agotamiento con un porcentaje de (58.7%), obtuvieron algo de problema en cambios en el apetito con un porcentaje de (60%), obtuvieron algo de problemas de dolor con un porcentaje de (45.3%) obtuvieron problemas en cambios al dormir con un porcentaje de (45.3%).

En los resultados coinciden con el estudio realizados por Galvis C. Aponte L.y Pinzón M<sup>7</sup>. (Colombia, 2016) donde se comprobó que el sometimiento del bienestar físico y social se hallan regularmente perjudicados, y la dimensión psicológicas y espirituales están en grado medio, al igual que su calidad de vida.

Los hallazgos reportados en el estudio demuestran que un porcentaje mayor de cuidadores ( $x = 3,8$ ) observan un grado medio en su calidad de vida, con inclinación beneficiosa (46 %). Al distinguir las dimensiones se evidencia que el 64 % ( $x = 4,1$ ) y el 61,5 % ( $x = 4,05$ ) de las cuidadoras, correspondientemente, observan el enfoque físico y social de forma regular, 56 % ( $x = 3,83$ ), 47,4 % ( $x = 3,83$ ), correspondientemente, delinean el enfoque psicológico y el enfoque espiritual en el grado medio.

En tabla N°2 referente a bienestar psicológico se puede observar que de 75 personas que representan el 100 % de la muestra, de los cuidadores encuestados obtuvieron un nivel moderado en la clasificación de su estado psicológico en general con un porcentaje (57.3%).

Presentando dificultad para pugnar con su vida como consecuencia de tener unos familiares con afección crónica con un porcentaje (58.7%), una calidad de vida moderada con un porcentaje (61.3%), presentan algo de felicidad con un porcentaje (68% ), moderado control de las cosas en su vida con un porcentaje (53.3% ), regular satisfacción de su vida con un porcentaje (45.3%), moderada capacidad para concentrarse o recordar cosas con un porcentaje (62.7%), modernamente útiles con un porcentaje (57.3%) , algo de aflicción / angustia (53.3%), algo angustias desde termino el proceso de su familiar (49.3%), moderada ansiedad / desesperación (57.3% ), moderada depresión / decaimiento (53.3 %), / temor de contraer otra afección a sus pariente (49.3) , regular temor que le vuelva la enfermedad al familiar (52%) .

Estos hallazgos difieren con el estudio realizado por Romero, E. y Cols<sup>8</sup>. (Colombia, 2015) en donde la dimensión psicológica y sociales representaron una categoría alta de aflicción, con una media de 29.5, desviación estándar de 6,4. Se encontró deteriorado el enfoque psicológico de los cuidadores con una disminución en el bienestar del papel emocional y salud mental en femeninas cuidadoras entre 46 y 55 años; así, el mayor índice de afección de la percepción de su salud se determinó por trastornos del estado de ánimo y el 45,3 % mostró características depresivas. En perfiles semejante, Vargas y Pinto<sup>31</sup>. En su enfoque psicológico y social de este conjunto poblacional candidatos a contraer una tendencia negativa en estas dos dimensiones, lo cual difiere con los resultados logrados en este estudio. Según Ferrell, este enfoque es la búsqueda de un entendimiento de inspección en el enfrentamiento de una problemática que intimida la vida <sup>32</sup>.

En la tabla N°3 referente a bienestar social se puede observar que de 75 personas que representan el 100 % de la muestra, de los cuidadores encuestados obtuvieron un nivel moderado en la clasificación de su estado social en general con un porcentaje (61.3%).

Presentando modera aflicción / angustia ocasionada por la enfermedad con un porcentaje (53.3%), moderado nivel de apoyo por parte de otros para satisfacer sus necesidades con un porcentaje (52%), moderada interferencia de la enfermedad de su familiar con sus

relaciones personales con un porcentaje (48%), moderado impacto de la enfermedad de su familiar con su sexualidad con un porcentaje (62.7%), moderado impacto de la enfermedad con su empleo con un porcentaje (40%), algo de interferencia de la enfermedad de su familiar con las actividades de su hogar con un porcentaje (48%), regular aislamiento con un porcentaje (46.7%).

En los resultados coinciden con el estudio realizados por Galvis C. Aponte L.y Pinzón M<sup>7</sup>. (Colombia, 2016) donde se reporta una tendencia positiva en el bienestar social. La interrupción en su vida sexual, existencia de reclusión social, la perjudicarían en su empleo, en las actividades rutinarias y en las relaciones interpersonales, no son descritas por un porcentaje de las cuidadoras, las pesquisas muestran que las excesivas demandas del cuidado comprometen el descenso en la relación sexual, sobrecarga económica y percepción de soporte escaso, cerca de la mitad de cuidadoras son dedicadas a la vivienda y necesitan de sus propios ingresos.

Estos hallazgos difieren con el estudio realizado por Romero, E. y Cols<sup>8</sup>. (Colombia, 2015) De acuerdo las conclusiones de este trabajo, la dimensiones sociales en la mayor parte de las cuidadoras de pacientes con insuficiencia renal se halló afectada, la cual refuta los resultados de varias pesquisas que sustentan que este enfoque es el minimo deteriorado. Montalv y cols<sup>34</sup>. En su estudio se observó la mayor parte de las cuidadoras de esta pesquisa tiene una minimas probabilidad de perjudicarse en este enfoque; en lo correlacionado con los aspectos que afligen de manera negativa la dimensión social de los cuidadores, se encontró la angustia por la enfermedad, la carga económica por los costos de los procedimientos, el nivel de soporte y la obligación del estado social en general. En correlación con el enfoque social, Vargas<sup>35</sup>. Manifestó que las cuidadoras parientes no presentaron un cambio característico, dado que manifestaron aspectos positivos que facilitaron clasificar su enfoque social hacia una inclinación positiva.

La tabla N°4 referente a bienestar espiritual se puede observar que de 75 personas que representan el 100% de la muestra, de los cuidadores encuestados obtuvieron un nivel bueno en la clasificación de su estado espiritual en general 38 (50.7%).

Presentando moderado nivel de apoyo de las acciones religiosas como asistir a las congregaciones para mejorar sus necesidades 39(53%), moderado nivel de soporte de ocupaciones de índole religioso como plegarias e ir a su congregación 37(49.2%), moderado nivel de soporte que perciben en cuanto a las acciones interpersonales tales como las meditaciones 33 (44%), moderada incertidumbre / duda en cuanto al futuro de su familiar 30(40%) , moderados enfoques beneficios en su vida personal 29 ( 38.6%), moderada sensación de enfoque en cuanto a su vida 35 (46.6%), moderada esperanza ( 46.6% ).

En los resultados coinciden con el estudio realizado por Galvis C. Aponte L<sup>7</sup>. y Pinzón M. (Colombia, 2016). En lo que se alude al enfoque espiritual, el cuidador experimenta esperanzas ( $X = 4,33$ ) y enfoque en su vida ( $X = 4,0$ ), y estiman extraordinaria su estado de salud espiritual ( $X = 4,11$ ), creen que es poco el soporte en cuanto a las acciones de religiosidad ( $X = 3,75$ ) y el enfoque espiritual para beneficiar sus necesidades. Destacan que las afecciones de sus parientes producen mínimos cambios beneficiosos para su vida ( $X = 3,38$ ) y siente preocupado por el desenlace de su familiar ( $X = 2,31$ ). La conclusión está correlacionado con la aprehensión de desosiego sobre el desenlace de sus familiares, los mínimos cambios beneficiosos para su vida, la afección y la captación de soporte que reciben de las acciones espirituales y religiosas no son capaces de encubrir las exigencias espirituales en un conjunto de cuidadores; no obstante, como agentes protectores, la pericia del cuidador les crea sentimientos de esperanzas, enfoques, ganas de vivir y excelente salud espiritual<sup>3</sup>.

#### **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

##### **CONCLUSIONES**

Los factores asociados influyen en la calidad de vida del cuidador del Hospital Regional Docente Las Mercedes son el factor físico, psicológico, social y espiritual.

El 58.3% de los factores psicológicos repercuten en la calidad de vida del cuidador de pacientes en fase terminal presentaron un nivel moderado en su estado, en donde se observa dificultad para manejar su vida, un regular estado emocional, dificultad en la capacidad de concentración.

El 46.8% de los factores físicos repercuten en la calidad de vida de los cuidadores de pacientes en fase terminal representaron un nivel regular en su salud física en general, identificando principalmente agotamiento ,fatiga, variación en el apetito, dolor variación al dormir.

El 61.3% de los de los factores sociales repercuten en la calidad de vida del cuidador paciente en fase terminal representaron un nivel moderado en la clasificación de su estado general, identificando angustia, aflicción, dificultad en sus relaciones personales, repercusión en su sexualidad, dificultad en su empleo, interferencia en las actividades de su hogar presentando y aislamiento.

El 50.7% de los de los factores espirituales que repercuten en la calidad de vida del cuidador de paciente en fase terminal presentaron un moderado nivel de soporte en cuanto a las actividades religiosas tales como las plegarias y reflexiones, duda respecto al futuro de sus familiares, presentando cambios positivos en su vida.

Respecto al objetivo general “Determinar los factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador .Hospital Regional Docente Las Mercedes 2017.” presente pesquisa llego a la conclusión que el factor social con un 61.3% es el más predominante con un nivel moderado en clasificación identificando angustia ocasionada por la enfermedad, un nivel moderado de apoyo por parte de otros familiares, moderado impacto de la enfermedad con su sexualidad, un impacto moderado con su empleo, un regular aislamiento presentados en su vida.

## **RECOMENDACIONES**

Esta investigación cumplió con los objetivos de enfoque al alcance establecido, sin embargo sería preciso enfatizar alguna recomendación que son:

Principalmente el cuidador familiar debe enfocarse en información adecuada sobre la enfermedad del individuo para así poder abordar los problemas derivados tales como la higiene, nutrición, adaptación, movilización, etc. Además de acceder a testar a otros miembros de la familia responsabilidades, para no caer en el asedio amortizando el estrés.

Enfocarse en la valoración de las necesidades, estado físico, social, espiritual, psicológico de los cuidadores de individuos, realizando diagnósticos a la familia para percibir riesgos en forma precoz.

Favorecer programas de intervención multidisciplinarias enfocadas a cuidadores, afines de beneficiar su nivel de condición de vida y minimizar la sobrecarga percibida.

Enfocar estudios e intervenciones de enfermería desarrollando estrategias de salud para los cuidadores.

Difundir los resultados obtenidos en la presenta investigación.

## REFERENCIAS

1. Organización mundial de la salud [internet]. 15 de marzo de 2013. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cod\\_2008\\_sources\\_methods.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf)
2. González Guerra Anay, Fonseca Fernández Marianela, Valladares González Anais, López Angulo Laura. Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Mar [citado 2017 Mayo 22]; 7(1): 26-32. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342017000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100005&lng=es).
3. Gómez M. Síndrome de Burnout o quemamiento de los profesionales: Prevención y tratamiento”. La gestión del estrés. El cuidado de los cuidadores. [En línea] 2010 [4 pantallas] Disponible en: (Consultado 15 mayo 2017). Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986737.pdf>.
4. Hannelore J. Cuidador familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea Dublín, Irlanda [Internet] 1993, 1a ed.p.152 [citado 2017 mayo 30] Disponible en : <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3760/1/060916%20TESIS-16-Sep-16.pdf>
5. Carretero Gómez S, Garcés Ferrer J, Ródenas Rigla F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. España. Consejo Superior de Investigaciones 2006 [citado 2 Feb 2017]. Disponible en: [http://envejecimiento.csic.es/documentos/\\_documentos/\\_polibienestar-sobrecarga-02.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/_documentos/_polibienestar-sobrecarga-02.pdf).

6. Ramírez Claudia A, Perdomo Romero, Salazar-Parra B . Calidad de vida de cuidadores de personas con secuelas de trastornos neurológicos. Colombia. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2017;45(C):9-16 . Disponible en: [file:///C:/Users/Mi%20PC/Downloads/S2013524616300216\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Mi%20PC/Downloads/S2013524616300216_S300_es%20(1).pdf)
7. Galvis-López CR, Aponte-Garzón LH, Pinzón-Rocha ML. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. Aquichan. 2016;16(1):104-115. Disponible en : <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4281/4186>
8. Romero, E. y Cols. El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena. Colombia. [En línea] 2015. Disponible en <https://doaj.org/article/74d22b2c1dd4406591da418263e2dd06>
9. Hernández R, Fernández R, y baptista P .metodología de la investigación 6ª edición. México: Graw Hill; 2014.
10. López A. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud [En línea]. En: Revista Cienc.enferm. v.9 n.2 México. Graw Hill 2009 [consultado junio 2009]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004).
11. SCHWARTZMANN, Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. [En línea]. En: Revista: Ciencia y Enfermería. 2003, vol. 9 no. 2, p. 9-21. [consultado 28 de diciembre 2003] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)

12. BARRERA, Lucy; PINTO, Natividad y SANCHEZ, Beatriz. Cuidadores familiares. En: Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. [En línea] En: Revista: Index Enferm vol.15 no.52-53 Granada Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2010, p. 26. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100012)
13. SÁNCHEZ, Beatriz. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. En: Investigación y educación en enfermería. 2001, vol. 19 no. 2, p. 36-49. Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105218301003.pdf>
14. GARDUÑO, León; SALINAS, Bertha y ROJAS, Mariano. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. 1a. ed. México: Editorial plaza y Valdez. 2005, p. 267. <http://www.plazayvaldes.com.mx/libro/calidad-de-vida-y-bienestar-subjetivo-en-mexico/933/>
15. VELARDE JURADO, Elizabeth y AVILA FIGUEROA, Carlos. Evaluación de la calidad de vida [En línea]. En: Revista Salud Pública de México. 2002, vol. 44 no. 4, p. 349. ISSN 0036-3634. [Consultado Octubre 5, 2009]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10644409.pdf>
16. GARDUÑO, León; SALINAS, Bertha y ROJAS, Mariano. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. 1a. ed. México: Editorial plaza y Valdez. 2005, p. 349. <http://www.plazayvaldes.com.mx/libro/calidad-de-vida-y-bienestar-subjetivo-en-mexico/933/>
17. GARDUÑO, León; SALINAS, Bertha y ROJAS, Mariano. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. [En línea]. 1a. ed. México: Editorial plaza y Valdez. 2005, p. 108. Disponible en : <http://www.plazayvaldes.com.mx/libro/calidad-de-vida-y-bienestar-subjetivo-en-mexico/933/>

18. DOMÍNGUEZ ALCÓN, Carmen. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez [en línea]. En: Revista Index Enfermería (edición digital). 1998, vol. 23, p. 15-21. [Consultado Octubre 30, 2009]. Disponible en Internet:[http://www.indexf.com/indexenfermeria/consulta\\_pclave.php?pagina=2&critorio=CUIDADO](http://www.indexf.com/indexenfermeria/consulta_pclave.php?pagina=2&critorio=CUIDADO)
19. TOBIO, Constanza et al. El cuidado de las personas un reto para el siglo XXI [en línea]. En: Página Web de la Fundación la Caixa. Barcelona. Disponible en Internet: [www.lacaixa.es/obrasocial](http://www.lacaixa.es/obrasocial).
20. Barrera, L, Pinto Afanador, Natividad, BARRERA ORTIZ, Lucy Y SANCHEZ HERRERA, Beatriz. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores”. Colombia, Bogotá. 2005 En: Revista Aquichan. Octubre, 2005. vol. 5, no. 001, p. 129. Disponible en : [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962006000100012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962006000100012)
21. DIAZ, Juan y ROJAS, María. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. En: Revista Aquichan. Chía- Colombia. Abr.2009, Año 9, vol. 9 no. 1, p. 76. Disponible en : <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/171/1672>
22. Polit, D; Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud; Principios y métodos. 6 ed. Mexico, MX: McGraw-Hill Interamericana, 2003 Op cit., p 315
23. FERRELL, Betty et al. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups [ on line]. In: Psychooncology. 1997 Mar., vol. 6 no. 1, p. 13-23. ISSN: 1540-7586. [Cited March 30, 2010] Disponible en : <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t792306912>

24. Garcia Oliva M, Sala E, Coscolla Aisa R. La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración. Universitat Ramon Llull con el Gobierno de España [en línea] 2009 Marzo 24 [fecha de acceso 12 de mayo de 2016]; 1-195. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119780.pdf> .
25. Arostegui Madariaga I, Núñez Antón V. Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36).est esp. [en línea] 2008 [fecha de acceso 22 de junio de 2016]; 50 (167): 147-192. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1121/1130>.
26. ALVAREZ RODRIGUES. comparación de la calidad de vida de cuidadores familiares de personas. Bogotá 2003. [Tesis]. Bogotá D.C. universidad Nacional de Colombia. P. 103. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8564/1/539688.2012.pdf>
27. Olivella Fernández M. Calidad de vida de los cuidadores de jóvenes que viven en situación de enfermedad crónica en la ciudad de Ibagué. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0358.php>
28. Mendoza, E. y Cols . “Calidad de vida del cuidador primario de pacientes con dependencia grave”. México. 2014. disponible en : <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1792/ENeszeac.pdf?sequence=1>
29. Ferraz, K. y Cols . Calidad de vida de familiares cuidadores de ancianos dependientes en casa. [online]. 2014 disponible en : [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf)

30. Hayta, CH y Escarcina, Z 30. dependencia del adulto mayor y calidad de vida del cuidador familiar. hospital III Yanahuara, En el 2015 en Arequipa. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1792/ENeszeac.pdf?sequence=1>
31. Contreras F, Esguerra G, Espinosa JC, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y ad-156 Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2014; 30 (2): 146-157 Olga Marina Vega Angarita hesión al tratamiento es pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. Univ. Psychol (Colombia) 2006; 5 (3): 487-489. Disponible en : [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165792672006000300005&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165792672006000300005&lng=es&nrm=iso)
32. Ferrell B, ONS/Bristol-Myers Oncology Division Distinguished. The quality of lives: 1.525 voices of cancer. Oncology Nursing Forum 1996; 23(6). Disponible en: <http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id=117>
33. Ferrell B, Ervin K, Smith S, Marek T, Melancon C. Family perspectives of ovarian cancer. Cancer Pract [Internet]. 2002 [citado 2013 jun 27]; 10(6):269-76. Disponible en: <http://prc.coh.org/FPOvCA.pdf>
34. Montalvo A, Romero E, Flórez IE. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de niños con cardiopatía congénita. Cartagena, Colombia. Invest Educ Enferm 2011;29(1): 9 18. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/8513/8680>
35. Vargas LM, Pinto N. Calidad de vida del Cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. Av enferm 2010; 28(1):116-128. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/8513/7822>
36. Salas, M. principios éticos [Online]; 2012. Disponible en <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

37. Vásquez,B y Velazquez,M.(2006) .Competencias blandas ante incidentes críticos en la práctica clínica de estudiantes de obstetricia y puericultura de la universidad Austral de Chile. [tesis] Universidad Austra de Chile. Disponible en <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45190/1/Criterios%20de%20validez%20en%20la%20investigacion%20cualitativa%20de%20la%20objetividad%20a%20la%20solidaridad.pdf>
38. [http://www.academia.edu/4915986/RECOLECCION\\_DE\\_LOS\\_DATOS\\_CUANTITATIVOS](http://www.academia.edu/4915986/RECOLECCION_DE_LOS_DATOS_CUANTITATIVOS)
39. Ruiz,M “políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa,méxico” Disponible en : [http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/tecnicas\\_instrumentos.html](http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/tecnicas_instrumentos.html)
40. Perú, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Resumen de Indicadores de Salud 2012 [Internet]. Lima: INEN; 2012 [citado el 12 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/>.
41. MINSA. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Noviembre 2013.
42. Ortiz NV, Rosales JR, Benavides AF. (2013). Calidad de vida de cuidadores de personas con enfermedad crónica en el sur occidente colombiano. Colombia.
43. Puerto, P (2015), Calidad de vida de cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. Arequipa.
44. - Salud [base de datos en línea]. Organización Mundial de la Salud; 1997 [citado 15 Abril 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.

- 45.** Calidad de vida [base de datos en línea]. Organización Mundial de la Salud; 1997 [citado 15 Abril 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- 46.** López L. J (2013). Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima.
- 47.** - Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista Médica de Chile
- 48.** Moreira de Souza, r. Paciente Oncológico Terminal: Sobrecarga del Cuidador [tesis]. Universidad de Murcia. España 2011.
- 49.** Mendoza NB, Olvera PS, Quinto DK. (2014). Calidad de vida del cuidador primario de pacientes con dependencia grave. México.
- 50.** Ortiz NV, Rosales JR, Benavides AF. (2013). Calidad de vida de cuidadores de personas con enfermedad crónica en el sur occidente colombiano. Colombia.
- 51.** Ruiz. C, Silva. P. Calidad de vida del cuidador principal de los pacientes con enfermedad en fase terminal de una clínica privada, Chiclayo – 2016 [tesis]. Universidad Señor de Sipán. Chiclayo 2016.

## ANEXOS

### **Anexos 1. INSTRUMENTO PROPUESTO POR FERRELL Y COL (1997) “MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE UN MIEMBRO FAMILIAR QUE BRINDA CUIDADOS A UN PACIENTE” (QOL SIGLAS EN INGLES).**

**INSTRUCTIVO** Este instrumento valora calidad de vida mediante 37 ítems que integran su significado en los bienestar: físico, psicológico, espiritual y social. De estos 37 ítems que describen las dimensiones, 16 son positivos y 21 negativos (o inversos). Tiene un grado de validez y confiabilidad de 0.89, la consistencia presentó un alfa de 0.69 en las cuatro dimensiones. La evaluación de cada ítem se efectúa mediante una escala likert de 1 a 4, que fue adaptada por el grupo de Docentes de Línea de Investigación Cuidado Paciente Crónico, Facultad Enfermería Universidad Nacional de Colombia, con autorización de la autora Betty Ferrell para todos los estudios de investigación en la Universidad Nacional. (20 abril del 2008), que para efectos de análisis, las investigadoras retoman la clasificación enunciada por la autora en la cual (1) es la ausencia de problema, (2) algo de problema, (3) problema, (4) muchísimo problema, dependiendo de la variable que se esté evaluando. Para la interpretación de los resultados las respuestas tipo likert van de 1 a 4 los puntajes mínimos en la dimensión física equivalen a una percepción positiva de su salud.

En la dimensión psicológica el puntaje mínimo equivale a una percepción negativa de su área emocional. En la dimensión social el puntaje mínimo equivale a una percepción positiva de su interacción social y en la dimensión espiritual un puntaje mínimo equivale a una percepción positiva de su espiritualidad. Obtenemos esto al sumar las respuestas a los ítems para cada dimensión: dimensión física (5 ítems el posible rango de puntaje es de 5 a 20) dimensión psicológica (16 ítems con un posible rango de 16 a 64); dimensión social (9 ítems con un posible rango de 9 a 36), dimensión espiritual (7 ítems con un posible rango de 7 a 28). El análisis descriptivo de cada dimensión contiene el promedio, mediana, desviación estándar y coeficiente de variación del puntaje obtenido por bienestar.

En cuanto al procedimiento de inversión de algunas preguntas se tuvo en cuenta las indicaciones enviadas por la Dra. Ferrell (1996). Varias de ellas tienen anclas reversas y por lo tanto cuando asignamos las preguntas se necesita invertir las cuentas de esas preguntas. Las preguntas que se invirtieron fueron 1-4, 6, 13-20, 22, 24-29 y 33. Las subescalas se pueden crear para los propósitos del análisis agregando todas las preguntas dentro de una subescala y creando una cuenta negativa. El instrumento para medir la calidad de vida en su versión familiar (quality of life family version) (QOL) de Betty Ferrell fue revisado y probado a partir de 1994- 1998 en un estudio de 219 cuidadores familiares de los pacientes con cáncer. La prueba al reexaminar la confiabilidad siguió siendo  $r=.89$  y la consistencia interna del alfa  $r=.69$ , El análisis factorial confirmó los 4 dominios de QOL como subescalas para el instrumento.

El instrumento está validado, y utilizado en otras investigaciones, las dimensiones que según la literatura revisada son las que se afectan al cuidador, indistintamente de que patología tenga el paciente. Los constructos teóricos están suficientemente desarrollados, por lo tanto el concepto que maneja el investigador está debidamente estructurado.

## **INSTRUMENTO PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA EN SU VERSIÓN DE LA FAMILIA (QUALITY OF LIFE FAMILY VERSION) (QOL) DE BETTY FERRELL**

Instrucciones: Estamos interesados en saber cómo la experiencia de tener familiar enfermo, afecta su calidad de vida. Favor contestar todas las preguntas que aparecen a continuación, basándose en su vida en este momento. Marque con un círculo el número del 1 al 4 que mejor describa sus experiencias.

### **Bienestar físico**

Hasta qué punto es un problema para usted, cada una de las siguientes afirmaciones:

- Fatiga / agotamiento

Ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

- Cambios en el apetito

Ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

- Dolor

Ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

- Cambios en el dormir

Ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

- Clasifique su salud física en general

Ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

### Bienestar psicológico

- ¿Qué tan difícil es para usted lidiar con su vida como resultado de tener unos familiares con una enfermedad crónica incapacitante?

Nada fácil	1	2	3	4	Muy difícil
------------	---	---	---	---	-------------

- ¿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
-----------------------	---	---	---	---	-----------

- ¿Se siente en control de las cosas en sus vidas?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Completamente
---------------------	---	---	---	---	---------------

- ¿Hasta qué punto le satisface su vida?

Absolutamente nada	1	2	3	4	Completamente
--------------------	---	---	---	---	---------------

- ¿Cómo clasificaría su capacidad 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
---------------------	---	---	---	---	-----------

- ¿Cuánta aflicción / angustia, le causó el diagnóstico de su familiar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

- ¿Cuánta aflicción / angustia, le causaron los tratamientos de su familiar(quimioterapia, radiación, trasplante de médula ósea o cirugía)

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

15. ¿Cuánta aflicción / angustia, ha tenido desde que terminó el tratamiento de su familiar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

16. ¿Cuánta ansiedad / desesperación siente usted?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

17. ¿Cuánta depresión / decaimiento siente usted?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

18. ¿Tiene miedo / temor que le dé una segunda enfermedad a su familiar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

19. ¿Tiene miedo / temor que le recurra la enfermedad de su familiar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

20. ¿Tiene miedo / temor que le propague la enfermedad a su familiar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

21. Clasifique su estado psicológico en general

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Excelente
---------------------	---	---	---	---	-----------

- **Bienestar social**

22. ¿Cuánta aflicción / angustia le ha ocasionado la enfermedad de su familiar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

23. ¿Es el nivel de apoyo que recibe de parte de otros, suficiente para satisfacer sus necesidades?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

24. ¿Hasta qué punto ha interferido la enfermedad y el tratamiento de su familiar con sus relaciones personales?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

25. ¿Hasta qué punto ha impactado la enfermedad y tratamiento de su familiar con su sexualidad?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

26. ¿Hasta qué punto ha impactado la enfermedad y el tratamiento de su familiar con su empleo?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

27. ¿Hasta qué punto ha interferido la enfermedad y el tratamiento de su familiar con las actividades de usted en el hogar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

28. ¿Cuánto aislamiento le atribuye usted a la enfermedad y tratamiento de su familiar?

Ninguna	1	2	3	4	Muchísimo
---------	---	---	---	---	-----------

29. ¿Clasifique su estado social en general?

Sumamente malo	1	2	3	4	Excelente
----------------	---	---	---	---	-----------

**Bienestar Espiritual:**

30. ¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus actividades religiosas, tales como ir a la iglesia o al templo, para satisfacer sus necesidades?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

31. ¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus actividades religiosas, tales como rezar, ir a la iglesia o al templo?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

32. ¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus actividades personales, tales como oración o la meditación suficiente para satisfacer sus necesidades?

Nada de incertidumbre	1	2	3	4	Mucha incertidumbre
-----------------------	---	---	---	---	---------------------

33. ¿Cuánta incertidumbre / duda siente usted en cuanto al futuro de su familiar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

34. ¿Hasta qué punto la enfermedad de su familiar ha realizado cambios positivos en la vida de usted?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

35. ¿Siente usted una sensación de propósito / misión en cuanto a su vida, o una razón por la cual se encuentra vivo?

Nada de esperanzas	1	2	3	4	Muchas esperanzas
--------------------	---	---	---	---	-------------------

36. ¿Cuánta esperanza siente usted?

Sumamente malo	1	2	3	4	Excelente
----------------	---	---	---	---	-----------

37. Clasifique en general su estado espiritual

Sumamente malo	1	2	3	4	Excelente
----------------	---	---	---	---	-----------

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO CALIDAD DE VIDA VERSION FAMILIAR EN ESPAÑOL CON AFINACIÓN SEMÁNTICA

Autora: Betty Ferrell

Para las preguntas 1-2-3 y 4.

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

Para la pregunta 6.

1	Muy fácil
2	Fácil
3	Difícil
4	Muy difícil

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

1	Sumamente mala
2	Regular
3	Buena
4	Excelente

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	Nada
2	Algo
3	Moderado
4	Muchísimo

## ANEXO 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigadora solicitó un consentimiento informado, donde se referencian los aspectos de la investigación, los objetivos, procedimiento, el componente ético y el compromiso que se adquiere con la investigación a desarrollar. Este debe ser firmado por el cuidador previa información, con el respeto si desea retirarse en cualquier momento del estudio.

**Información.** Yo como investigador me permito suministrar a los sujetos participantes en esta investigación información completa sobre las preguntas y aporte del estudio con el objetivo de dar explicación de la naturaleza de la misma, y de los derechos de los participantes confirmando su participación voluntaria.

La presente investigación la realiza MORALES ZAMORA RUBY ESTEFANI, estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, con el objetivo de identificar la calidad de vida del cuidador y determinar los factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador, la participación de los sujetos es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sus respuestas al cuestionario serán codificadas con el número de identificación y para mantener el anonimato, privacidad, confidencialidad.

Si tiene alguna duda sobre esta propuesta, pueden hacerse preguntas en cualquier momento durante la participación en el mismo. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas del instrumento le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

## **Aceptación y declaración del consentimiento**

Yo \_\_\_\_\_ **identificado con DNI** \_\_\_\_\_

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, He sido informado (a) y comprendo los objetivos de este estudio, el respeto de mis derechos y ausencia de riesgos durante la investigación.

Me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios y preguntas, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos de mí tiempo.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado de mí derecho de preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que tengo derecho a conocer la información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cuidador

\_\_\_\_\_  
Firma