



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial- CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/). Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR Y GRADO DE
DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA (PADOMI) DEL HOSPITAL ESSALUD II – 2 TARAPOTO.
AGOSTO A DICIEMBRE 2016.**

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA

Autor(a):

Bachiller en Enf. ARÉVALO VILLA BARBARA DAYANARA

Asesora:

Lic. Enf. Mg. NERIDA IDELSA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Tarapoto - Perú

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR Y GRADO DE
DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA (PADOMI) DEL HOSPITAL ESSALUD II – 2 TARAPOTO.
AGOSTO A DICIEMBRE 2016.

JURADO CALIFICADOR:

Obsta. Dra Gabriela del Pilar Palomino Alvarado
PRESIDENTE

Lic. Enf. Mg. Lucy Amelia Villena
Campos
MIEMBRO

Lic. Enf. Mg. Rosa Emperatriz Joseph
Bartra
MIEMBRO

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Conste por la presente que la Lic. Enf. Mg. **NERIDA IDELSA GONZÁLEZ GONZÁLEZ** ha asesorado la Tesis titulada:

"CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR Y GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) EN EL HOSPITAL ESSALUD II-2 TARAPOTO. AGOSTO A DICIEMBRE 2016". Presentado por la Bachiller en Enfermería Barbara Dayanara Arévalo Villa.

Por lo tanto queda revisado por la suscrita en el levantamiento de observaciones, se expide la presente a fin que sea presentado para la revisión, aprobación y trámite respectivo.

Tarapoto, 25 de Enero del 2017

Atentamente:



Lic. Enf. Mg. Nerida Idelsa González González

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR Y GRADO DE
DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA (PADOMI) DEL HOSPITAL ESSALUD II – 2 TARAPOTO.
AGOSTO A DICIEMBRE 2016.

JURADO CALIFICADOR:

Obsta. Dra Gabriela del Pilar Palomino Alvarado
PRESIDENTE

Lic. Enf. Mg. Lucy Amelia Villena
Campos
MIEMBRO

Lic. Enf. Mg. Rosa Emperatriz Joseph
Bartra
MIEMBRO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: AREVALO VILLA BARBARA DAYANARA		DNI : 47879025
Domicilio: Jr. Ramón Castilla N° 701 – Banda de Shilcayo		
Teléfono 952509473	Correo Electrónico dayanaraa.93824@hotmail.com	

2. DATOS ACADÉMICOS

Facultad	: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional	: ENFERMERÍA

3. DATOS DE LA TESIS

Título: "Calidad de vida del cuidador familiar y grado de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto. Agosto a Diciembre 2016"
Año de Publicación 2017

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

ARÉVALO VILLA BARBARA DAYANARA
DNI 47879025

Fecha de recepción: ____/____/____

DEDICATORIA

A Dios ya que en el transcurso de mi existencia, ha sido el que con su infaltable presencia me ha escuchado ante cualquier grito de auxilio; otorgándome la madurez y sabiduría. Además sirviéndome de inspiración y fortaleza en las adversidades.

A mis padres en especial a mi papá Hernán por confiar en mí y darme el mejor regalo de todos que es el estudio y por enseñarme a ser perseverante y luchar por mis sueños ya que aun teniendo un largo camino por recorrer dentro de mi formación profesional, jamás: perderé las ganas de perfeccionarme, ni dejaré ir las oportunidades de ser una gran profesional del mañana.

A mis maestros que gracias a sus enseñanzas lograron perfeccionar mis conocimientos durante mi etapa universitaria.

Barbara

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por brindarme su apoyo incondicional y por motivarme a cumplir mis metas trazadas y seguir siempre adelante de esa manera poder ser un gran ejemplo para mis hermanos.

Quiero agradecer a la Lic. Enf. Mg Nerida Idelsa González González en la medida de su apoyo y tiempo empleado; gracias sinceras por las sugerencias vertidas y por sus recomendaciones.

Agradecer también al Hospital EsSalud II-2 Tarapoto, por brindarme las facilidades para poder llegar a la población de estudio de este proyecto como también a cada una de las personas que aceptaron participar y abrirme las puertas de su casa.

Sin olvidarme de agradecer a las personas que contribuyeron en la elaboración de este proyecto brindándome sus consejos y puntos de vista así como también por sus enseñanzas.

Barbara

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	viii
Agradecimiento	ix
Índice de contenidos	ixi
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
TÍTULO	1
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Marco conceptual.....	1
1.2. Antecedentes	3
1.3. Bases teóricas.....	12
1.4. Justificación	25
1.5. Problema.....	29
II. OBJETIVO.....	30
2.1. Objetivo General	30
2.2. Objetivos Específicos.....	30
2.3. Hipótesis de Investigación	31
2.4. Operacionalización de Variables.....	31
III. MATERIALES Y MÉTODOS	36
IV. RESULTADOS.....	43
V. DISCUSIÓN.....	50
VI. CONCLUSIONES	58

VII.	RECOMENDACIONES	60
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
IX.	ANEXOS	72

RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal objetivo determinar la relación que existe entre la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con Enfermedades Crónicas del Programa PADOMI del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto Agosto- Diciembre del año 2016, es un estudio no experimental, descriptivo correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 54 cuidadores familiares.

Los resultados fueron: Las características sociodemográficas de los cuidadores familiares más relevantes son: el 35.2% son cuidadores con edades entre 51 a 66 años, el 75.9% son de sexo femenino, el 50% tiene estudios superiores y el 46.3% son hijos(as). La calidad de vida de los cuidadores familiares según las dimensiones son: bienestar emocional el 46.3 % presenta regular calidad de vida, relaciones interpersonales el 48.1 % presenta regular calidad de vida, y bienestar físico el 57.4% presenta regular calidad de vida. Hay un grado de dependencia severa en un 42.6 % en los pacientes adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).

En conclusión no existe relación significativa entre la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas del Programa PADOMI del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto con un Ji- Cuadrado de 0.401.

Palabras claves: Calidad de vida, cuidador familiar, adulto mayor, grado de dependencia.

ABSTRACT

The main objective of the following research was to determine the relationship between the quality of life of family caregivers and the degree of dependence of older patients with chronic diseases from PADOMI program at EsSalud II-2 Hospital, Tarapoto- Peru, and August- December 2016. It is a non-experimental study with a correlational descriptive design of a cross sectional type, the sample consisted of 54 family caregivers.

The results were as follows: The most relevant socio demographic characteristics of family caregivers are: 35.2% are caregivers between ages 51 to 66, 75.9% are female, 50% have higher education and 46.3% are children. The quality of life of family caregivers according to the dimensions are: Emotional well-being 46.3% presents regular quality of life, interpersonal relations 48.1% present a regular quality of life and physical well-being 57.4% present a regular quality of life. There is a severe dependence rate of 42.6% in elderly patients of the Home Care Program (PADOMI).

In conclusion, there is no significant relationship between the family quality of the caregiver and the degree of dependence of the older patients with chronic diseases from PADOMI program of the Tarapoto Hospital EsSalud II-2 with chi - 0.401 square.

Keywords: quality of life, family caregiver, older patient, degree of dependence



TÍTULO

“CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR Y GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) DEL HOSPITAL ESSALUD II-2 TARAPOTO AGOSTO A DICIEMBRE 2016”.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco conceptual

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Por primera vez en la historia, hoy en día la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más allá. La ampliación de la esperanza de vida brinda una oportunidad importante no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto **(1)**.

En San Martín el 7.1% representa la población adulta mayor donde se puede evidenciar que hay un aumento de las personas de 60 años a más, que son consideradas altamente vulnerables, ya que se presentan mayores riesgos de enfermar o morir por enfermedades crónicas o enfermedades no

transmisibles que son afecciones de larga duración y, por lo general de progresión lenta **(2)**.

Todos en algún momento de nuestras vidas nos enfermamos, y esperamos ser acompañados por un familiar ya sea el caso de tu mamá, papá, hijos, etc. Cumplir este rol de cuidador no es una tarea fácil pues incluye tiempo, compromiso y responsabilidad. Ya que muchas veces nos preocupamos tanto por el bienestar de la persona que está enferma que descuidamos nuestra calidad de vida.

Desde esta perspectiva, Sales (2002) refiere que los cuidadores pueden ser de dos tipos: los formales o profesionales y los informales ya sea las personas responsables del cuidado del familiar enfermo o dependiente, quienes realizan actividades teniendo como base el conocimiento de la lógica empírica y centrándose fundamentalmente en cubrir necesidades que el paciente no puede realizar por sí solo **(3)**.

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

Así mismo el grado de dependencia en que se encuentra el paciente puede tener una variante en la calidad de vida del cuidador. El concepto de dependencia relacionada con los procesos crónicos y el envejecimiento se ha definido desde diversos campos y ámbitos. Para el Consejo de Europa la define como “un estado en la que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria” (4).

Sabemos que la “salud” constituye el aspecto más relevante de la calidad de vida a medida que la persona avanza en años, es conveniente mantener la independencia y vivir en un entorno social estable (4).

Esta investigación alcanza a estudiar la calidad de vida del cuidador familiar y la relación que existe con el grado de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas, cuyos pacientes serán tomados del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital EsSalud II – 2 Tarapoto Agosto a Diciembre del año 2016.

1.2. Antecedentes

Villamar R. (2014) en su estudio “Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG”.Guayaquil, Ecuador. Tipo de estudio transversal descriptivo, diseño no experimental, cualitativa. La muestra no probabilística

de casos-tipo fue 20 sujetos en condición de cuidadores primarios entre 18 y 70 años de edad. Se utilizó la revisión de historias clínicas, se elaboró una entrevista semi- estructurada, con 4 preguntas base, y a medida que la entrevista avanzó surgieron nuevas interrogantes. Resultados: las preguntas que mayor porcentaje obtuvieron fueron las relacionadas con la dependencia, el 80% de los sujetos respondieron con la mayor calificación al manifestar que sienten que el paciente depende totalmente de ellos, en la salud, un 70% de afirma de manera rotunda que su salud se ve afectada por la carga que representa asumir los cuidados de su familiar, por otro lado el agotamiento físico se ve reflejado con la máxima valoración de sobrecarga en un 65%. Finalmente un 95% respondió con los máximos puntajes que en general se sienten sobrecargados con todo lo que representa asumir los cuidados de su familiar. En conclusión según la escala de Zarit, 100 % sujetos de estudio entrevistados tienen una sobrecarga intensa (Síndrome del cuidador). El asumir todos los cuidados del familiar incide en la salud tanto física como mental. El cuestionario Whoqol-Bref aplicado, manifiesta que menos de la mitad de los cuidadores primarios tienen una calidad de vida normal (7).

Félix A. (2012) en su estudio “Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México: Una perspectiva de género”. Tipo de estudio cualitativo tipo fenomenológico. La población fue de hombres y mujeres que cuidan a un familiar mayor de 60 años, dependiente. La muestra fue considerada primeramente de carácter tipológico. Se utilizó la técnica de encuesta para recolectar la información de

cuidadores(as) familiares y del adulto mayor a través del cuestionario. Resultados: tres dimensiones categóricas y once subcategorías evidencian que los significados de cuidar son diferentes en hombres y mujeres, matizados por la asunción del cuidado familiar como rasgo cultural sustentado en la influencia de la imperante división genérica del cuidado, que conlleva inequidad para ellas. En conclusión el significado de cuidar a los adultos mayores manifestados por cuidadores(as) son debido a su vivencia en el imperante sistema de organización familiar y del cuidado tipo genérico-patriarcal donde prevalece inequidad en desventaja para las mujeres. Esto es susceptible a cambios estructurales a partir de la culturización de profesionales, investigadores, familia, cuidadores, adultos mayores, entre otros, que conlleve cambios hacia la equidad en el cuidado de adultos mayores **(8)**.

Osorio M. (2011) en su estudio “Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer”.Cartagena, Colombia. Tipo de estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. La población fue de 176 cuidadores familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. La muestra se determinó por procedimiento estadístico, conformada por 61 cuidadores. La técnica fue el cuestionario de Quality of LifeFamily Versión (QOL de Ferrell y col 1997). Resultados: 72,54% presentó una calidad de vida entre 100 y 121, reflejando calidad de vida positiva y el 27,8% presentó una calidad de vida negativa entre 58 a 99. En conclusión los cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer tienen una calidad de

vida considerada positiva en las dimensiones física, social, en lo relacionado al bienestar psicológico y espiritual es negativo con tendencia media a no presentar problema. **(9)**.

Akintui - Lopez C. (2014) en su estudio “Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la región Lambayeque durante el año 2012”. Tipo de estudio transversal- analítico. Población aproximada de 400 cuidadores de pacientes con ERC-5 en hemodiálisis. El tamaño de la muestra se obtuvo mediante el uso del programa EPIDAT v.3.1 obteniendo 204 cuidadores. Los instrumentos utilizados fueron la Ficha de recolección de datos, Encuesta socioeconómica, Cuestionario de calidad de vida SF36, Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, Test de dependencia Delta. Resultados: predominó el sexo femenino (87,3%). La mayoría de cuidadores primarios tenían a cargo a su cónyuge (34,3%) y a su madre (32,8%). El promedio de edad de los cuidadores primarios fue $43,9 \pm 12,5$ años. El promedio de tiempo de tratamiento de los pacientes fue 48,9 meses ($\pm 44,2$ DE), obteniéndose como tiempo mínimo y máximo en tratamiento 3 y 144 meses, respectivamente. El Nivel Sobrecarga Intensa estuvo presente en el 47,1% de la muestra, mientras que el 22,1% no presentaron Sobrecarga. Predominó el nivel de Dependencia Asistido Leve con el 45,1%. Con relación al puntaje (0 a 100 puntos) de la variable dependiente (calidad de vida) y sus diferentes dimensiones, los Componentes de Salud Física (CSF) y Salud Mental (CSM) muestran una

media de 49,6 (\pm 8,4 DE) y 41,4 (\pm 12,2DE), respectivamente. Las dimensiones Dolor corporal y Rol emocional presentan los puntajes más bajos con medias de 54,8 (\pm 30,6 DE) y 39,1 (\pm 40,7 DE) respectivamente. En conclusión a mayor nivel de sobrecarga del cuidador menor es el componente de salud mental de su calidad de vida. A mayor nivel de dependencia del paciente menor es el componente de salud mental de la calidad de vida del cuidador. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el CSM y el nivel socio económico y vínculo paciente – cuidador **(10)**.

Chomba A. (2013) en su estudio “Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con Esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán Agosto 2013”. Lima, Perú. Tipo de estudio de enfoque cuantitativo. La población son los familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos siendo esta población durante el año 2012 de 578 pacientes. La muestra de estudio fue no probabilística de tipo intencional, la cual consta de 52 cuidadores familiares. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Resultados: En cuanto a los cuidadores familiares encuestados 100% (52), el 48% (25) corresponden a edades que oscilan entre 36 y 59 años, 37% (19) tienen entre 20 y 35 años de edad; la mayoría de cuidadores fueron de sexo femenino 92% (48); el 61% (32) son hijos así como también el 21% (11) son padres; el 52% (27) cuida entre 6 y 10 años al paciente. En los tres niveles fundamentales de Sobrecarga, el 44% (23) de los cuidadores presenta sobrecarga leve, mientras que el 31% (16) tiene sobrecarga intensa y por último el 25% (13) de los cuidadores no presenta

sobrecarga. En conclusión se encontró que los familiares cuidadores de los enfermos con esquizofrenia, son en mayor proporción de sexo femenino, en edad adulta, casadas, hijos (as) del paciente, lo cual hace referencia de que son la población más susceptible para convertirse en cuidadoras; y con un tiempo de cuidado de 6 a 10 años pudiendo presentar consecuencias que implica el cuidado constante. Se encuentra que en el nivel de sobrecarga del cuidador familiar predomina un nivel de sobrecarga leve y en menor proporción la sobrecarga es intensa; lo que constituye una amenaza para la salud del cuidador familiar y el desarrollo adecuado en las esferas de su vida diaria **(11)**.

López J. (2013) en su estudio “Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almendra Irigoyen”.Lima, Perú. Tipo de estudio cuantitativo, diseño descriptivo. La población en estudio fue conformada por los cuidadores informales que asisten a sus familiares en los Servicios de Enfermería de Geriátría, Medicina Interna y Neurocirugía del área de estudio, considerando una población de 183. La muestra está constituida por 52 cuidadores informales. Se utilizó como instrumento, test de índice de Barthel (Grado de dependencia del adulto mayor cuidado), cuestionario SF-36 (calidad de vida) y escala de Zarit (sobrecarga laboral). Resultados: se determinó que la mayoría de los cuidadores informales tiene 51 años o más y son mujeres; la dimensión mental fue la más afectada, siendo el rol emocional el de peor calidad de vida; con una mejor calidad de vida en la dimensión física con el rol físico y una sobrecarga baja, a pesar que el adulto mayor con

enfermedad crónica tenía una dependencia de grave a moderado. En conclusión la población con mayor prevalencia fue la mujer, parentesco de hija y que sus edades están entre 51 años a más. El grado de dependencia de los adultos mayores con enfermedades crónicas fue de dependencia total (36,5%). En la sobrecarga laboral, mayormente el cuidador informal no presenta sobrecarga (86,5%). El nivel de calidad de vida por sub-dimensión, existe mejor calidad en el rol físico (60%) y función física (58%), en cambio existe peor calidad en el rol emocional (60%) **(12)**.

Alvarado D. (2013) en su estudio “Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto Mayor frágil. Centro de atención del adulto mayor “TaytaWasi”. Lima, Perú. El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal, bajo los lineamientos del diseño no experimental. La población estuvo conformada por cuidadores familiares que acompañan al adulto mayor, al programa del Adulto Mayor “TaytaWasi”. Para la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo un total de 48 cuidadores familiares. Se utilizó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento un cuestionario para establecer el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares. Resultado: se obtuvo que el 54,2% de cuidadores familiares presentan Sobrecarga Leve, seguido por el 31,3% de cuidadores familiares con Sobrecarga Intensa y el 14,5% de los cuidadores familiares evidencian una No Sobrecarga. En conclusión el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, predomina el nivel de “Sobrecarga Leve”, seguido por el nivel

de “Sobrecarga Intensa”, y finalmente algunos cuidadores con “No Sobrecarga” (13).

Chacón - Valverde L. (2013) en su estudio “Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013”. Tipo de estudio correlacional, de corte transversal. La población fue constituida por 40 cuidadores informales de personas con Alzheimer. Se aplicaron 2 instrumentos: El primero denominado Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). El segundo instrumento es la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, adaptado al español por Martín (1996) que mide el Nivel de sobrecarga. Resultados: se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: Resolución de Problemas 87.5%, Pensamiento Desiderativo 87.5%, y Reestructuración Cognitiva 80%. En relación a la sobrecarga, se evidenció que el 40% presenta sobrecarga leve, 32,5% no sobrecarga y 27,5% sobrecarga intensa. En conclusión las estrategias más utilizadas son las siguientes: Resolución de problemas (87.5%), Pensamiento Desiderativo (87.5%) y Reestructuración Cognitiva (80%). El relación al Nivel de Sobrecarga de los cuidadores informales el 40.0% tiene sobrecarga leve, el 32.5 % presentaron No sobrecarga y el 27.5% presentaron Sobrecarga Intensa (14).

Ramírez - Ydrogo Y. (2012) en su estudio “Ética del cuidado del profesional de Enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM –Chiclayo 2012”. Tipo de estudio cualitativa

descriptiva. Los sujetos de investigación fueron los familiares cuidadores que esperan en las afueras del servicio de la unidad de cuidados intensivos. La recolección de datos se realizó utilizando como instrumento la entrevista semi-estructurada, así mismo la observación no participante. Resultados se obtuvo 3 categorías: I. La ética del cuidado en el diálogo de presencia y la aplicación de virtudes. II: Revaloración de la ética del cuidado para humanizar los cuidados de enfermería hacia el familiar acompañante del paciente crítico. III: Actitudes necesarias que favorecen la ética del cuidado y la interrelación. En conclusión el profesional de enfermería hace uso de la ética del cuidado donde desarrolla la comprensión del otro ser que necesita ser cuidado a base de principios y valores morales y a la vez desarrolla también la comunicación no verbal, como un gesto, una mirada tierna, entre otros **(15)**.

Adrianzén M. (2011) en su estudio “Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre Esquizofrenia- Hospital AlmazorAguinadaAsenjo 2011”. Chiclayo, Perú. Tipo de estudio cualitativa con abordaje de estudio de caso. El sujeto de estudio fueron los cuidadores familiares de personas que sufren esquizofrenia. El instrumento de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada a profundidad. Se obtuvo como resultado las siguientes categorías: Sentimientos que surgen en el cuidador frente a la Enfermedad, Asumiendo el desafío de ser cuidador, Organizándonos para el cuidado: Cuidado- Familia, Manteniendo la fe en Dios, Vislumbrando el futuro del enfermo, por todo esto se consideró que esta situación no sólo afecta al enfermo sino también a sus familiares que se ven envueltos en un mundo

completamente desconocido y estresante así como también responden con diferentes actitudes ya que se presentan cambios emocionales en su vida. En conclusión el familiar cuidador con el transcurrir el tiempo, y la convivencia experimentan una serie de sentimientos, emociones y reacciones desde la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad y durante todo el curso de la misma, siendo distintos e incluso dificultoso el afrontamiento de la enfermedad por la que atraviesa el familiar cuidador **(16)**.

En la región San Martín no se encontró antecedentes en relación al tema de estudio.

1.3. Bases teóricas

Calidad de Vida

Para Levy y Anderson (1980) Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa **(17)**.

Casas (1996) refiere la calidad de vida como las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de un conjunto social experimentan frente al entorno y su dinámica coexistente **(18)**.

Ahora bien, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de acuerdo con Schwartzmann (2003) reconoce esencialmente que la implicación de la

percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal **(18)**.

Para Schaloch y Verdugo (2002,2003) Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno o una **(19)**.

Cada dimensión viene definida por una serie de indicadores. Los indicadores son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que nos van a permitir evaluar la satisfacción con una determinada área de la vida del cuidador.

Dimensiones de la Calidad de Vida según Schalock y Verdugo

Dichos autores hacen referencia a ocho dimensiones de la calidad de vida, las cuales en esta investigación sólo se estudiarán tres de ellas por ser para la investigadora las más importantes, dentro de ellas están:

- ✓ **Bienestar emocional (BE):** Se tiene en cuenta los sentimientos como la satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad- inseguridad y de capacidad- incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión. Se evalúa mediante los indicadores:

- Satisfacción: Ha sido definido como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre). Donde está relacionado con los ítems a valorar si se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe, se muestra satisfecho consigo mismo; en general, se muestra satisfecho con su vida **(19, 44 y 45)**.
- Autoconcepto: Se ha definido como la percepción de sí mismo; de manera específica, son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social. Donde está relacionada con el ítem de muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad **(19, 44)**.
- Ausencia de estrés o sentimientos negativos: Se define al estrés como una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga. Dicha respuesta puede ser de tipo psicológica (mental) o fisiológica (física/orgánica). La demanda se refiere a la causa del estrés. Está relacionada con los ítems del contexto en el que vive le produce estrés, dice sentirse triste o deprimido, tiene problemas de comportamiento, se muestra intranquilo o nervioso **(19, 44, 46)**.

✓ **Relaciones interpersonales (RI):** Hace referencia a la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia) y si manifiesta sentirse querido por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes. Se mide con los siguientes indicadores:

- **Interacciones:** Se define como la conducta o comportamiento de un conjunto de individuos en los que la acción de cada uno de ellos está condicionada por la acción de otros. Está relacionada con los ítems de realiza actividades que le gustan con otras personas y si la mayoría de las personas con las que interactúa tiene una condición similar a la suya **(19, 44)**.
- **Relaciones:** Se define como cualquier interacción que se desarrolla entre dos o más seres humanos, ya sea de forma directa o indirecta. En este intercambio cada uno intentará satisfacer sus necesidades y se registrará por un código de referencia. Está relacionada con los ítems de mantiene una buena relación con su familia, tiene dificultades o problemas con su pareja, mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo y si tiene una vida sexual satisfactoria **(19, 44)**.
- **Apoyo:** Se define como aquel elemento u objeto que sirve para sostener algo (apoyo físico) o también a la protección, auxilio o favor que un individuo, brinda a otro u otros en determinada

situación de necesidad, ya sea a instancias de una catástrofe o de una iniciativa particular. Dentro de los ítems a valorar se encuentran manifiesta sentirse querido por la personas que son importantes para él y si valora positivamente sus relaciones de amistad **(19, 44)**.

- ✓ **Bienestar físico (BF):** Se refiere a la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas si las necesita. Incluye los indicadores:
 - Salud: Se define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con los siguientes ítems, tiene problemas de sueño, si tiene problemas de salud y si toma algún medicamento, acude al hospital cuando se siente enfermo **(19, 44)**.
 - Actividades de la vida diaria: Se definen como aquellas actividades que se pueden realizar en forma independiente como: alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y el uso del baño. Está relacionada con los ítems de sus hábitos de

alimentación son saludables, cuida su aseo personal y dispone de ayudas técnicas si las necesita **(19, 44)**.

- Atención sanitaria: Se define como aquella que abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo "intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones". Está relacionada con el ítem de tiene acceso a la asistencia sanitaria que necesita **(19, 44)**.
- Ocio: Se define como el tiempo libre o descanso de las ocupaciones habituales. Está relacionada con el ítems de su estado de salud le permite llevar una vida normal **(19, 44)**.

Medición de la Calidad de Vida

Existen varios instrumentos para la medición de la calidad de vida una de ellas es:

✓ La Escala GENCAT

Presenta un conjunto de aspectos observables de distintas áreas que conforman la calidad de vida de una persona y que pueden ser objeto de planes de apoyo personalizados por distintos tipos de servicios sociales. Teniendo en cuenta la distinción realizada en los últimos años entre aspectos objetivos y subjetivos, así como la débil concordancia encontrada

entre ellos (Arostegui, 2002; Gómez, 2005; Janssen, Schuengel y Stolk, 2005; Olson y Schoeber, 1993; Perry, Felce y Lowe, 2000; Perry y Felce, 2005; Schalock y Felce, 2004; Verdugo, Arias y Gómez, 2006), este instrumento permite la evaluación objetiva de la calidad de vida proporcionando indicadores sensibles al diseño ambiental y de programas por parte de las organizaciones y servicios **(19)**.

La calidad de vida es evaluada a través de 69 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003): Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos **(19)**.

Cuidador

Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales **(20)**.

Tipos de cuidador

Cuidador informal: Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida. Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio **(20)**.

Cuidador formal: son aquellos prestados por una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro **(21)**.

Dependencia de las actividades de las personas

Para el Consejo de Europa la define como: Un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. Esta definición es coherente con los planteamientos de consenso que ha realizado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la primera edición de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDDM-Dicho organismo define a la dependencia como una discapacidad que ocasiona restricción o falta de capacidad (resultado de una deficiencia) para realizar una actividad considerada normal para un ser humano **(4)**.

Las definiciones descritas por los dos organismos mundiales, contrastan con la concepción médica tradicional de la dependencia (que entiende ésta en o dentro del individuo). En cambio, dichos organismos proponen una visión más integral, al señalar que la “discapacidad” está asociada a las condiciones de deterioro, derivadas de enfermedades crónicas o agudas y que impactan negativamente sobre el funcionamiento de los sistemas corporales específicos, y de forma general, sobre las habilidades de las

personas para actuar de forma necesaria, usual, esperada, o personalmente deseada, en su medio social **(4)**.

Grados de dependencia

Estos están establecidos por la LPAPAD

✓ **GRADO III**

Gran dependencia: Persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal **(23)**.

✓ **GRADO II**

Dependencia severa: Persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal **(23)**.

✓ **GRADO I**

Dependencia moderada: Persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal **(23)**.

Medición del grado de dependencia según Barthel

Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como «Índice de Discapacidad de Maryland». El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades **(24)**.

El IB evalúa el nivel de dependencia funcional del paciente en las siguientes 10 actividades de la vida diaria (AVD):

1. Alimentación:

Independiente.- Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable.

La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

Necesita ayuda.- Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.

Dependiente.- Necesita ser alimentado por otra persona.

2. Baño

Independiente.- Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

Dependiente.- Necesita alguna ayuda o supervisión.

3. Aseo personal

Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda, para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

Dependiente. Necesita alguna ayuda para realizar el aseo personal.

4. Vestirse

Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

Dependiente. No puede realizar dicha actividad.

5. Control anal

Sin problemas.- Ningún episodio de incontinencia.

Accidente ocasional.- Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

Accidentes frecuentes.- Incontinente o necesita que le suministren enema.

6. Control vesical

Sin problemas. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.

Accidentes frecuentes.- Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la sonda.

7. Manejo del inodoro

Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.

Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.

8. Desplazamiento silla/cama

Independiente.- No precisa ayuda

Necesita ayuda.- Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada; necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

9. Desplazarse

Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.

Independiente (en silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.

Dependiente. No puede desplazarse.

10. Subir escaleras

Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.

Dependiente. Incapaz de salvar escalones **(24)**.

1.4. Justificación

En toda sociedad, las familias son espacios de socialización, formación, cuidado y protección de sus miembros, especialmente de los más vulnerables, estos son: los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, las personas adultas mayores y quienes tienen alguna discapacidad. Cada persona, en tanto sujeto de derecho, merece el cuidado y la protección necesarios y correspondientes a su etapa del ciclo de vida y a su situación social, para garantizar su bienestar integral y el ejercicio de sus derechos fundamentales **(5)**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que estamos presenciando una verdadera revolución demográfica en el mundo, dado que la población adulta mayor está creciendo a un ritmo sin precedentes, como resultado de la mejora de las condiciones de vida y los avances de la ciencia médica. La OMS avizora que para el año 2025, esta población se duplicará, lo que plantea hoy en día retos al Estado y a la sociedad en su conjunto para atender las crecientes demandas de este grupo poblacional, que debe prever cómo refuerza sus sistemas de protección social para estar en capacidad de atenderlas adecuadamente **(5)**.

Las familias, como espacios que promueven la protección y el cuidado de sus miembros, requieren de condiciones favorables para hacerse cargo de éstos cuando el avance en el proceso de envejecimiento los coloca en situación de dependencia. El Estado, por su parte, debe dictar las medidas de política para que quienes tienen a su cargo el cuidado de estas personas

gocen de facilidades para hacerlo sin perjuicio alguno de su situación laboral **(5)**.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) sostiene que de conformidad con los resultados de Encuesta Nacional de Hogares correspondiente al trimestre julio-agosto-setiembre 2013, hay 2'700.000 personas mayores de 60 años, lo que presenta el 9% de la población total del país. De ellas, la población con 60 y más años de edad, denominada personas adultas mayores representa el 9.6% del total de población. Cada año, los adultos mayores aumentan en 3.3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11.2%. De esta misma línea 71.7% de la población de 60 y más años de edad, presentó algún problema de salud; mientras que el 28.3% no tuvo problemas de salud. Asimismo, el 79.3% de las mujeres de 60 y más años de edad padecen algún problema de salud crónico (artritis, hipertensión, asma, reumatismo o diabetes, entre otros); mientras que, en los hombre es el 67.4%. Lo que significa que necesitan encontrar apoyo en terceros para realizar su día a día, por lo general son familiares cercanos **(6)**.

En consecuencia este grupo de personas necesitan de un cuidador, que muchas veces es el familiar (esposa, madre, hija); el que asume este rol, denominándosele “cuidador primario”; por lo que generalmente llegan a cumplir el papel de enfermera; convirtiéndose en una pieza clave en el cuidado y en el tratamiento; por tanto, el cuidador se caracteriza por ser también un supervisor, porque proporciona un cuidado activo, apoya,

participa en la toma de decisiones, identifica las necesidades del paciente y verifica el desarrollo de acciones, como toma de medicamentos, cambios en los hábitos alimenticios, fomento de la actividad física, visitas rutinarias a los centros asistenciales, realización de exámenes de control; además de motivar y apoyar emocionalmente, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

El tener a un adulto mayor enfermo puede generar cierta inestabilidad emocional, pues el impacto de la enfermedad no sólo afecta al paciente, sino a la persona que lo cuida, puesto que la carga que supone dicha atención es elevada, creando diferentes problemas de salud de este. Es evidente que los cuidadores tienen una interrupción en su propio cuidado, originando una disfunción en su calidad de vida, que debe evaluarse para lograr su propio bienestar, teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar; por eso el cuidador también requiere cuidado, ya que se dedica a cuidar la salud del paciente y deja de lado la propia.

La calidad de vida del cuidador dependerá, entre otras cosas, de su propia salud, de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y reconocimiento de sus familiares), de la capacidad de las instituciones para ajustarse a sus necesidades, de la información que tiene sobre la enfermedad de la persona a quien cuida, de la propia tarea de cuidar, de la manera en que enfrenta sus responsabilidades en el cuidado y atención al paciente, de su estilo personal para resolver los problemas que se le

presentan durante el desempeño de su tarea, y desde luego, de su capacidad para sobreponerse a los momentos y acontecimientos difíciles y complicados que ocurran en la atención al enfermo.

El presente estudio es importante debido a que la labor de cuidar no es una tarea fácil, puesto que asumir esta gran responsabilidad sin estar previamente capacitado puede llegar a traer consecuencias en el ámbito mental y social del cuidador y de la persona cuidada. Más aun cuando se trata de la población adulta mayor que tiene alguna enfermedad crónica. Es ahí donde el cuidador ocupa un rol importante para lograr la recuperación de la persona enferma en este caso del adulto mayor. Es cierto que nadie se prepara para ser cuidador y afrontar la responsabilidad que implica serlo. Como estar sometido al estrés, brindar más tiempo de lo debido y alterar el estilo de vida.

Desde esta perspectiva es oportuno que los cuidadores reciban orientación, ayuda psicosocial y espiritual, con el fin de mejorar la calidad de vida de éstos, y por consiguiente del paciente.

Con la ejecución de este proyecto se permitirá brindar información sobre la relación de la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas. Y establecer medidas que contribuyan con la recuperación del adulto mayor.

1.5. Problema

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con Enfermedades Crónicas en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto. Agosto a Diciembre 2016?

II. OBJETIVO

2.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con Enfermedades Crónicas en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto. Agosto a Diciembre 2016.

2.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características socio-demográficas (edad, sexo, grado de instrucción, parentesco) del cuidador.
2. Determinar la calidad de vida del cuidador familiar según las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales y bienestar físico.
3. Medir el grado de dependencia de los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).
4. Determinar la dimensión de la calidad de vida del cuidador familiar de mayor relación con el grado de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).

2.3. Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del adulto mayor con enfermedades crónicas en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital EsSalud Agosto a Diciembre 2016.

2.4. Operacionalización de Variables

- **Variable Dependiente:** Calidad de vida
- **Variable Independiente:** Grado de dependencia

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<p>Variable Dependiente</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Para Schaloch y Verdugo (2002,2003) Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno o una.</p>	<p>Es la condición de vida que tiene el cuidador familiar en relación a las ocho dimensiones de la vida.</p>	<p>Bienestar emocional</p>	<p>Satisfacción Alegría Humor Funcionamiento físico y/ o mental Placer, disfrute</p> <p>Autoconcepto Identidad Valía personal Autoestima Imagen corporal</p> <p>Ausencia de estrés Entorno seguro Entorno predecible Mecanismos de afrontamiento/ manejo del estrés</p>	<p>Ordinal</p>

			<p>Relaciones interpersonales</p>	<p>Interacciones Redes sociales Contactos sociales Vida social</p> <p>Relaciones Familia Amigos Vecinos</p> <p>Apoyo Emocional Físico Económico</p>	Ordinal
			<p>Bienestar físico</p>	<p>Salud Funcionamiento físico Síntomas de enfermedad Molestia/ dolor físico Energía / vitalidad Estado nutricional Medicación Habilidades sensoriales</p>	Ordinal

				<p>Actividades de la vida diaria Comidas Transferencias Movilidad Aseo Vestido</p> <p>Atención sanitaria Disponibilidad Efectividad Satisfacción</p> <p>Ocio Recreo Aficiones Oportunidades Creatividad</p>	
	Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física,	Cuidados mínimos que requieren los adultos mayores con enfermedades crónicas para	<p>ALIMENTACIÓN</p> <p>- Independiente (10) - Necesita ayuda (5) - Totalmente dependiente (0)</p> <p>BAÑO</p> <p>- Independiente (5) - Necesita ayuda (0)</p> <p>ASEO PERSONAL</p> <p>- Independiente (10) - Necesita ayuda (0)</p>		

Variable Independiente Grado de dependencia	psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.	realizar sus actividades de la vida diaria.	VESTIRSE	- Independiente (10) - Necesita ayuda (5) - Totalmente dependiente (0)	Ordinal
			CONTROL ANAL	- Sin problemas (10) - Algún accidente (5) - Accidentes frecuentes (0)	
			CONTROL VESICAL	- Sin problemas (10) - Algún accidente (5) - Accidentes frecuentes (0)	
			MANEJO DEL INODORO	- Independiente (10) - Necesita ayuda (5)	
			DESPLAZAMIENTO O SILLA/ CAMA	- Independiente (10) - Necesita ayuda (0)	
			DESPLAZARSE	- Independiente (15) - Necesita ayuda (10) - Independiente en silla de ruedas (5) - Incapaz de desplazarse (0)	
			SUBIR ESCALERAS	- Independiente (10) - Necesita ayuda (5) - Incapaz de subirlas (0)	

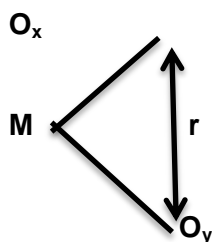
III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

No experimental porque no se manipulan las variables de estudio; Descriptivo correlacional porque primero se describirá y luego se relacionará ambos fenómenos; De corte transversal porque la medición de las variables es en un momento dado.

3.2. Diseño de Investigación

El diseño de investigación es descriptivo correlacional, el cual se graficará según el siguiente esquema.



Dónde:

M = Muestra es la población de cuidador familiar del adulto mayor con enfermedades crónicas.

O_x= Variable dependiente, calidad de vida del cuidador familiar.

O_y= Variable independiente, grado de dependencia del adulto mayor con Enfermedades crónicas del programa PADOMI – ESSALUD II- 2 Tarapoto.

r= Relación entre las variables

3.3. Universo, Población y Muestra

Universo:

Todos los cuidadores de pacientes atendidos en el Hospital EsSalud II-2 Tarapoto- Servicio de Medicina, durante el periodo Agosto a Diciembre del año 2016.

Población:

Corresponde a 210 cuidadores familiares, reportados por PADOMI del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto.

Muestra:

El tipo de muestreo es no probabilístico.

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para determinar la proporción poblacional:

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

Donde:

N= Total de la población (210 pacientes que pertenecen al Programa PADOMI)

$Z\alpha^2 = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

P= proporción esperada (en este caso 5%= 0.05)

Q= 1-P (en este caso 1-0.05=0.95)

D= precisión (en su investigación use un 5%)

Reemplazando en la fórmula, se obtuvo: **n= 54.3** pacientes.

3.3.1. Criterio de Inclusión

- Tener mayor de 18 años.
- Ser familiar del paciente adulto mayor (>60 años) con enfermedades crónicas.
- Pertener al Programa PADOMI.
- Tiempo de cuidado mínimo 3 meses.
- Ambos sexos, de cualquier nivel socioeconómico.
- Que vivan dentro de la localidad.
- Aquel familiar que cuide más tiempo al paciente.

3.3.2. Criterio de Exclusión

- Personas menores de 18 años.
- Recibir salario por el cuidado que otorga al adulto mayor.
- Adulto mayor no pertenezca al Programa PADOMI.
- Tiempo de cuidado menor de 3 meses.
- Cuidar personas menores de 60 años.
- Que no vivan dentro de la localidad.

3.4. Procedimiento:

- Revisión bibliográfica y elaboración del proyecto.
- Se envió una solicitud a la Presidenta de la Comisión Organizadora de la Facultad Ciencias de la Salud para revisión y aprobación del Proyecto de Tesis.

- Se solicitó al director del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto, el ingreso al Programa PADOMI, para obtener información de dicho establecimiento sobre la cantidad de pacientes que existen y cuántos de ellos son adultos mayores, adjuntando una copia del proyecto de investigación.
- Se solicitó a la dirección del Hospital EsSalud II- 2 Tarapoto, el permiso para la selección de la muestra y ejecución del estudio.
- Se elaboró los instrumentos de recolección de datos, los cuales fueron sometidos a criterios de validez y confiabilidad antes de su aplicación definitiva.
- Se coordinó con el jefe del programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto, para que nos facilite los datos del cuidador familiar.
- Se registró las direcciones de los cuidadores familiares para que a través de la visita domiciliaria solicitar la aceptación del estudio.
- Durante toda la recolección de datos se aplicó los principios éticos y bioéticos.
- La recolección de los datos estuvo bajo la responsabilidad única y exclusiva de la investigadora.
- Terminado el análisis y la interpretación de los hallazgos se procedió a la eliminación de las fichas de registro para garantizar la anonimidad y confidencialidad de la información.
- Finalmente se elaboró el informe final, para su aprobación respectiva y sustentación.

3.5. Métodos e Instrumentos de recolección de datos

En el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la entrevista y la técnica de la encuesta, como instrumento el cuestionario.

Para medir la variable calidad de vida del cuidador familiar se hizo una variante de la escala de Gencat, donde se estudió tres dimensiones que son Bienestar emocional, Relaciones interpersonales y Bienestar físico. Compuesto por 26 preguntas y se responden utilizando una escala de Likert de cuatro opciones ('nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente' y 'siempre o casi siempre').

El puntaje total de cuestionario es de 104 y se clasificó en:

- ✓ **Bueno** : 66 – 104 puntos.
- ✓ **Regular**: 62 – 65puntos.
- ✓ **Malo** : 26 – 61 puntos.

En cuanto a las dimensiones se tendrá las siguientes puntuaciones:

Bienestar emocional y físico

Puntaje	Bienestar
22- 32	BUENO
20 - 21	REGULAR
8- 19	MALO

Relaciones interpersonales

Puntaje	Relaciones Interpersonales
25 - 40	BUENO
22 - 24	REGULAR
10 - 21	MALO

Para medir la variable grado de dependencia se usó el Índice de Barhel (IB) que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas **(24)**.

El IB evalúa el nivel de dependencia funcional del paciente en las siguientes 10 actividades de la vida diaria (AVD): comer, trasladarse entre la silla y cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse o desvestirse, control de heces, control de la orina. Se puntúa de 0 a 100. Los resultados globales se agrupan en las siguientes categorías de dependencias de acuerdo a Shah et al. 0-20: Dependencia total, 21-60: Dependencia severa, 61-90: Dependencia moderada, 91-99: Dependencia escasa, 100: Independencia **(24)**.

Validación del instrumento

La validez del instrumento se realizó mediante el análisis del contenido, por el método Juicio de Expertos, utilizando la opinión de tres expertos especialistas en el tema.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

Se construyó una base de datos en Excel 2013 para procesar los datos y elaborar las tablas simples, de doble entrada y los gráficos. El análisis de datos se realizó utilizando el programa estadístico IBM SPSS Vs 21.

Se empleó la estadística descriptiva como frecuencia, porcentaje, desviación estándar, varianza y media aritmética y la estadística inferencial: como la prueba paramétrica Ji cuadrado con un nivel de significancia $p < 0,05$ para determinar la relación existente entre la calidad de vida y el grado de dependencia del adulto mayor con enfermedades crónicas.

IV. RESULTADOS

Tabla Nº 01: Características socio-demográficas del cuidador familiar del adulto mayor con Enfermedades Crónicas del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).

Características	Categorías	fi (n= 54)	%
Edad	19-34	7	13%
	35-50	18	33.3%
	51-66	19	35.2%
	67-84	10	18.5%
Sexo	F	41	75.9%
	M	13	24.1%
Grado de Instrucción	Primaria	11	20.4%
	Secundaria	16	29.6%
	Superior	27	50%
Parentesco	Esposa(o)	12	22.3%
	Hermano	1	1.9%
	Hija(o)	25	46.3%
	Mamá	1	1.9%
	Nieta	4	7.4%
	Nuera	8	14.8%
	Sobrina	3	5.6%

Fuente: Elaboración propia de la investigadora.

Nos muestra que el 35.2% de los cuidadores familiares de los pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa PADOMI, tienen una edad entre 51a 66 años, seguido del 33.3% que tiene una edad entre 35 a 50 años. La edad mínima es 19 años y la máxima de 84 años.

El 75.9% de los cuidadores familiares de los pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa PADOMI, son del sexo femenino, mientras que el 24.1% son del sexo masculino.

El 50% de los cuidadores familiares de los pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa PADOMI, tienen estudios superiores, seguido del 29.6% que tiene secundaria completa, así también el 20.4% tiene primaria completa.

El 46.2% de los cuidadores familiares de los pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa PADOMI, son hijos(as), seguido del 22.3% que son esposos(as).

Tabla Nº 02: Calidad de vida del cuidador familiar según las dimensiones del bienestar emocional, relaciones interpersonales y bienestar físico.

Dimensiones de la Calidad de Vida	fi (n=54)	%
Bienestar Emocional		
Bueno	14	25.9
Regular	25	46.3
Malo	15	27.8
Relaciones Interpersonales		
Bueno	13	24.1
Regular	26	48.1
Malo	15	27.8
Bienestar Físico		
Bueno	11	20.4
Regular	31	57.4
Malo	12	22.2

Fuente: Elaboración propia de la investigadora.

En el siguiente cuadro observamos que la calidad de vida según la dimensión bienestar emocional el 46.3 % presenta regular calidad de vida, el 27.8% tienen mala calidad de vida, seguido de un 25.9% con buena calidad de vida; de las relaciones interpersonales el 48.1 % presenta regular calidad de vida, el 27.8% tienen mala calidad de vida, seguido de un 24.1% con buena calidad de vida y la dimensión bienestar físico, el 57.4% presenta regular calidad de vida, el 22.2% tiene mala calidad de vida y el 20.4% tiene buena calidad de vida.

Tabla N° 03: Grado de dependencia de los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).

Grado de Dependencia	fi	%
Dependencia Total	0	0.0%
Dependencia severa	23	42.6%
Dependencia moderada	16	29.6%
Dependencia escasa	15	27.8%
Independiente	0	0.0%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia de la investigadora.

Observamos que el 42.6% de los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas del Programa PADOMI tiene un grado de dependencia severa, seguido de 29.6% que tiene dependencia moderada y como puntaje mínimo el 27.8% tiene dependencia escasa.

Tabla N° 04: Relación entre las Dimensiones de la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con Enfermedades Crónicas del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto Agosto- Diciembre del año 2016.

Dimensiones de la Calidad de Vida	Grado de dependencia						Total		X ² p≤0,05
	Dependencia Severa		Dependencia Moderada		Dependencia escasa				
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	
Bienestar Emocional									
Bueno	6	11.1%	5	9.3%	3	5.6%	14	26%	X ² =0.110 p= 0.958
Regular	11	20.3%	7	13%	7	13%	25	46.3%	
Malo	6	11.1%	4	7.4%	5	9.2%	15	27.7%	
Relaciones Interpersonales									
Bueno	5	9.3%	6	11.1%	2	3.7%	13	24.1%	X ² = 0.318 p= 0.243
Regular	14	25.9%	5	9.2%	7	13%	26	48.1%	
Malo	4	7.4%	5	9.3%	6	11.1%	15	27.8%	
Bienestar Físico									
Bueno	3	5.6%	5	9.2%	3	5.6%	11	20.4	X ² = 0.308 p= 0.276
Regular	13	24%	7	13%	11	20.4%	31	57.4	
Malo	7	13%	4	7.4%	1	1.8%	12	22.2	

Fuente: Elaboración propia de la investigadora.

Aplicando la prueba de Independencia del Chi Cuadrado se observa que las dimensiones de la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas no tienen relación estadística ya que el bienestar emocional (X²=0.110p= 0.958), relaciones interpersonales (X²= 0.318p= 0.243) y bienestar físico (X²= 0.308p= 0.276) tienen un nivel de significancia mayor a 0.05.

Tabla N° 05: Relación que existe entre la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con Enfermedades Crónicas del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto Agosto- Diciembre del año 2016.

GRADO DE DEPENDENCIA	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	Bueno		Regular		Malo			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Dependencia escasa	4	7.4%	4	7.4%	7	13%	15	27.8%
Dependencia moderada	7	13%	6	11.1%	3	5.5%	16	29.6%
Dependencia severa	8	14.8%	10	18.5%	5	9.3%	23	42.6%
TOTAL	19	35.2%	20	37%	15	27.8%	54	100%

Fuente: Elaboración propia de la investigadora.

Observamos que el 18.5% de los cuidadores familiares tienen una regular calidad de vida teniendo a su cargo un familiar con dependencia severa.

PRUEBA DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Sig. asintatónica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,036 ^a	4	0,401
Razón de verosimilitudes	3,830	4	0,430
Asociación lineal por lineal	1,249	1	0,264
Nº de casos válidos	54		
a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,1.			

Según la prueba de independencia Ji- Cuadrado no existe una relación estadística entre las variables calidad de vida y grado de dependencia debido a que la significancia (0,401) es mayor a 0.05. Es decir que la variable calidad de vida del cuidador familiar y grado de dependencia del paciente adulto mayor con Enfermedades Crónicas del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) son variables independientes.

V. DISCUSIÓN

La responsabilidad del cuidado de una persona que vive en situación de enfermedad crónica implica que el cuidador maneje eventos vitales para la calidad de vida de la persona que está a su cargo y que dedique gran parte de su tiempo a ello; sin embargo, por asumir esto, muchas veces de manera incondicional, dejan de lado sus propias necesidades y requerimientos personales, lo que afecta su calidad de vida.

La OMS define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Afirma que la calidad de vida no es igual a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de este y otros conceptos de la vida **(29)**.

En la presente investigación abordamos las características sociodemográficas de los cuidadores familiares observando que el 35.2% están entre las edades de 51 y 66 años seguido de un 33% entre 35 hasta los 50 años, según sexo el 75.9% de los cuidadores familiares son del sexo femenino, mientras que el 24.1% son del sexo masculino. El 50% de los cuidadores tienen estudios superiores, un 29.6% tiene

secundaria completa. El 46.2% de los cuidadores familiares son hijos(as), y un 22.3% son esposos(as). (Tabla N° 01).

Al analizar la información sobre las principales características demográficas de los cuidadores familiares se observa que guarda relación con lo reportado por **López J. (2013)** en su estudio “Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”- Lima donde concluye que la población con mayor prevalencia fue la mujer, parentesco de hija y que sus edades están entre 51 años a más.

Según la literatura en cuanto al sexo las mujeres tienen una mayor proporción de desempeñar este rol; históricamente a la mujer se le ha asignado este papel, aduciendo condiciones inherentes a su naturaleza que la preparan para cuidar y para ser más abnegada **(30)**.

Con relación al nivel educativo de los cuidadores los resultados son similares a los encontrados por **Montalvo P y Flórez T(2008)** en su estudio “Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad”. Bogotá-Colombia, quienes encontraron mejores niveles educativos en el grupo de cuidadores con un 72% que tenía bachillerato completo e incompleto **(31)**. Diferentes a los hallazgos de Ramírez Ordoñez **(32)** que encontró que el 50% se encuentra en niveles educativos inferiores y González Escobar **(33)** quienes encontraron un nivel educativo bajo en los cuidadores al no tener ningún grado de

escolaridad (19.48%) y primaria incompleta (45.46%). En este estudio el nivel de escolaridad se constituyen en un factor personal que potencia la habilidad de cuidado para el cuidador principal, en la medida que el cuidador tiene una mejor capacidad para entender y resolver la situación de cuidado del adulto mayor, como lo plantea Sánchez Herrera **(34)** sin embargo, no tienen el conocimiento adecuado sobre la enfermedad que padecen, los cuidados que requieren y para el seguimiento necesario en situaciones de emergencia.

Según lo reportado en el estudio las hijas y las esposas constituyen los principales lazos de consanguinidad de los cuidadores familiares, aspectos que han sido bien documentados en la literatura colombiana por diferentes autores Rojas M. **(35)**, Barrera L **(36)** y Díaz J **(37)**, que afirman que es la hija, esposa y nuera la principal cuidadora del adulto mayor, lo que muestra que son los lazos afectivos y de consanguinidad el predictor que influye en el arte de cuidar. Siendo la mujer la que históricamente ha venido desempeñando este rol en nuestra sociedad.

En cuanto a la calidad de vida del cuidador familiar según la dimensión de bienestar emocional el 46.3 % presenta regular calidad de vida, el 27.8% tienen mala calidad de vida, seguido de un 25.9% con buena calidad de vida (Tabla N° 02).

En la dimensión de las relaciones interpersonales el 48.1 % presenta regular calidad de vida, el 27.8% tienen mala calidad de vida, seguido de un 24.1% con buena calidad de vida (Tabla N° 02).

En la dimensión del bienestar físico, el 57.4% presenta regular calidad de vida, el 22.2% tiene mala calidad de vida y el 20.4% tiene buena calidad de vida (Tabla N° 02).

Estos datos son similares a lo encontrado en **Osorio M. (2011)** en su estudio “Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer”.Cartagena, Colombia. Concluyen que los cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer tienen una calidad de vida considerada positiva en las dimensiones física, social, en lo relacionado al bienestar psicológico y espiritual es negativo con tendencia media a no presentar problema. Y en **López J. (2013)** en su estudio “Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”.Lima, Perú. El nivel de calidad de vida por sub-dimensión, existe mejor calidad en el rol físico (60%) y función física (58%), en cambio existe peor calidad en el rol emocional (60%).

Por otro lado Las investigaciones de Lawton y de Farran han señalado la satisfacción que sienten los cuidadores por ayudar a sus familiares, y apuntan que el hecho de ayudar les hace sentirse más próximos a ellos, sienten que realmente disfrutan estando con el familiar; responsabilizarse

de sus familiares les ayuda a incrementar su autoestima, da un mayor sentido a sus vidas y sienten que los momentos placenteros de su familiar les producen también a ellos placer. **(38,39)**.

Y difieren con lo reportado por **Villamar R. (2014)** en su estudio “Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG”.Guayaquil, Ecuador donde concluyeron que el asumir todos los cuidados del familiar incide en la salud tanto física como mental.

Igualmente en Akintui - Lopez C. (2014) en su estudio “Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la región Lambayeque durante el año 2012”. A mayor nivel de sobrecarga del cuidador menor es el componente de salud mental de su calidad de vida. A mayor nivel de dependencia del paciente menor es el componente de salud mental de la calidad de vida del cuidador.

Adrianzén M. (2011) en su estudio “Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre Esquizofrenia- Hospital AlmazorAguinadaAsenjo”, el familiar cuidador con el transcurrir el tiempo, y la convivencia experimentan una serie de sentimientos, emociones y reacciones desde la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad y durante todo el

curso de la misma, siendo distintos e incluso dificultoso el afrontamiento de la enfermedad por la que atraviesa el familiar cuidador.

Según la literatura nos indica que cuidar a una persona adulta mayor dependiente exige mucho tiempo y dedicación; por lo que es frecuente en los cuidadores el cansancio físico, la sensación que la salud ha empeorado, sentimiento de enfado e irritabilidad, así como también sentimientos de culpa por considerar no alcanzar a hacer todo lo que su familiar necesite.

Por último afirmaremos que la calidad de vida se describe como una construcción multidimensional que incluye el bienestar o descontento en aspectos de la vida importantes para el individuo, que abarca la interacción de la salud y el funcionamiento psicológico, espiritual, socioeconómico y familiar. Por lo tanto, la calidad de vida puede ser definida como la evaluación multidimensional de las circunstancias de vida actuales de una persona en el contexto de cultura y sistema de valores con los que viven, es decir, la calidad de vida es un sentido subjetivo de bienestar que incluye las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales **(40)**.

De esta manera, es posible establecer que el rol de cuidador familiar originado por el estado de dependencia del paciente con enfermedades crónicas genera un gran impacto para su calidad de vida, afectando los ámbitos físico, psicológico, social y espiritual del cuidador **(41, 42)**.

En cuanto al grado de dependencia de los pacientes adultos mayores encontramos que el 42.6% de los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) tiene un grado de dependencia severa, seguido de 29.6% que tiene dependencia moderada y como puntaje mínimo el 27.8% tiene dependencia escasa (Tabla N° 03).

El grado de dependencia se define como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria**(4)**. Esta se mide a través instrumentos y uno de ellos es el Índice de Barthel que es una medida genética que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria **(24)**.

Los resultados son similares en el estudio de **Vargas L (2010)** “Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer”, donde se utilizó la escala del Índice de Barthel obteniendo como resultados dependencia severa con un 38%, dependencia moderada con un 27% y dependencia total con un 16%. Mientras que en el estudio de Sentis et. al. El grado de dependencia medida con el mismo instrumento resultó dependencia total con un 22%, dependencia grave con 68% y dependencia moderada con un 78%. **(43)**.

Aplicando la prueba de Independencia del Chi Cuadrado para medir la relación que existe entre las dimensiones de la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas se observa que no tienen relación estadística ya que el bienestar emocional ($X^2=0.110p= 0.958$), relaciones interpersonales ($X^2= 0.318p= 0.243$) y bienestar físico ($X^2= 0.308p= 0.276$) tienen un nivel de significancia mayor a 0.05 (Tabla N° 04).

Estos datos concuerdan con **Vargas L, Pinto Natividad** “Calidad de vida del cuidador y dependencia del paciente con Alzheimer” quienes concluyen que en el estudio que no se encuentra correlación estadística entre la calidad de vida del cuidador y grado de dependencia del paciente con Alzheimer **(43)**.

En cuanto al objetivo general sobre determinar la relación que existe entre la calidad del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor no se halló relación estadística, ya que al aplicar la Prueba de Independencia Ji- Cuadrado se obtuvo una significancia de 0,401 lo que significa que ambas variables son independientes, lo cual implica que las alteraciones en la calidad de vida pueden atribuirse a factores diferentes y estos podrían o no influir sobre la percepción individual manifestada por el cuidador con respecto a su bienestar.

VI. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de los cuidadores familiares más relevantes son: el 35.2% son cuidadores con edades entre 51 a 66 años, el 75.9% son de sexo femenino, el 50% tiene estudios superiores y el 46.3% son hijos(as) cuidadores.
2. La calidad de vida de los cuidadores familiares según las dimensiones son: bienestar emocional el 46.3 % presenta regular calidad de vida, relaciones interpersonales el 48.1 % presenta regular calidad de vida, y bienestar físico el 57.4% presenta regular calidad de vida.
3. Hay un grado de dependencia severa en un 42.6 % en los pacientes adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).
4. En cuanto a la relación de las dimensiones de la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas, aplicando la prueba de Independencia del Chi Cuadrado se observa que no tienen relación estadística ya que el bienestar emocional ($X^2=0.110$ $p= 0.958$), relaciones interpersonales ($X^2= 0.318$ $p= 0.243$) y bienestar físico ($X^2= 0.308$ $p= 0.276$) tienen un nivel de significancia mayor a 0.05.

5. No existe relación significativa entre la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto.

VII. RECOMENDACIONES

- 1.** Se sugiere realizar investigación a profundidad haciendo uso de la investigación de tipo cualitativa, y con otro grupo de población donde se amplíe la muestra para que permita obtener información más directa y confiable a través del rescate de las experiencias de los participantes, con el fin de descubrir nuevas líneas de investigación.
- 2.** Realizar estudios como El estrés del cuidador, la forma de afrontamiento y la Habilidad del cuidador en el cuidado de pacientes adultos mayores.
- 3.** Establecer un programa institucional de atención a la persona y familia que sufren enfermedades crónicas, bajo un modelo de atención multidisciplinaria, incluyendo al psicólogo para que aborde las situaciones de mayor complejidad referidas a esta población.
- 4.** Que el profesional de enfermería profundice el papel que cumple la familia en el cuidado y asistencia a personas con enfermedades crónicas en relación al fenómeno de la calidad de vida familiar. Así mismo fortalecer los procesos de formación profesional acorde con las necesidades tecnológicas, asistenciales, educativas, administrativas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas, familia y comunidad.

5. Hacer de conocimiento a la Oficina de Capacitación del Hospital EsSalud II-2 Tarapoto los resultados del estudio con el fin de que compartan la información con el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) y se tomen medidas en cuestión a la relación que tiene el Programa con los cuidadores familiares.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Datos sobre el envejecimiento. Informe general de envejecimiento. Datos y cifras. Noviembre, 2015.
2. Comisión Multisectorial. DIPAM-Dirección de las Personas Adultas Mayores. Estadísticas del PAM, Octubre 2015.
3. González M. Cotidianeidad del Cuidador Familiar en el Cuidado de Adulto con discapacidad visual [Tesis de Maestría] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2007. (Consulta Abril del 2016).
4. Pérez A. El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental [Tesis] España: Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina; 2006. (Consulta Febrero del 2016)
[file:///E:/Downloads/12.GC_SF_Tesis%20\(5\).pdf](file:///E:/Downloads/12.GC_SF_Tesis%20(5).pdf)
5. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Personas adultas mayores y familias. DIFF (Consultar: DIFF- Boletín de la Dirección del Fortalecimiento de las familias. <http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/2012-3.pdf>). 2012; 2-19.
6. Proyecto de Ley. Ley del cuidador o cuidadora del adulto mayor. Boletín Oficial del Estado. Congreso de la República, (Consulta Julio 2016).

7. Villamar R. Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG [Tesis], Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Psicológicas; 2014. (Consulta Abril del 2016)
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/reduug/6283/1/TESIS%20SINDROME%20DEL%20CUIDADOR.pdf>
8. Félix A. Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México: Una perspectiva de Género [Tesis Doctoral], España: Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería; 2012. (Consulta Abril del 2016)
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/27875/1/Tesis_Felix_Aleman.pdf
9. Osorio M. Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2011. (Consulta Febrero del 2016)
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4826/1/539503.2011.pdf>
10. Akintui, López C. Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de

Medicina; 2014. (Consulta Abril del 2016).

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/260/1/TL_AkintuiVillalobosYasling_L%C3%B3pezAraujoChristian.pdf

11. Chomba A. Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con Esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán [Tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2013. (Consulta Mayo del 2016)
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/333/1/Chomba_a_m.pdf

12. López J. Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. [Tesis de Enfermería]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2013. (Consulta Enero del 2016)
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/312/1/Lopez_jj.pdf

13. Alvarado D. Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto Mayor frágil. Centro de atención Del adulto mayor “TaytaWasi” [Tesis] Lima: Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina; 2013. (Consulta Enero del 2016)
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3526/3/Alvarado_fd.pdf

14. Chacón E. Valverde L. Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente [Tesis de Enfermería]. Trujillo: Universidad

Privada Antenor Orrego, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
(Consulta Febrero del 2016)

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/123456789/307/1/ESTRATEGIAS_AFRONTAMIENTO_CHACON_EDWARD.pdf

15. Ramírez J. Ydrogo Y. Ética del cuidado del profesional de Enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012. (Consulta Febrero del 2016)

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/164/1/TL_RamirezReynosoJudith_YdrogoDelgadoYaneth.pdf

16. Adrianzén M. Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre Esquizofrenia- Hospital AlmazorAguinadaAsenjo [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2011. (Consulta Diciembre del 2015)

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/103/1/TL_Adrianz%C3%A9n_Quevedo_Maricarmen.pdf

17. Ardila R. Calidad de vida: una visión integradora, Revista Latinoamericana de Psicología. 2003; 35(2): 161-164.

18. Núñez A, Tobón S, Henao D, Hidalgo C, Santoyo F, Hidalgo A, et al. Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados, Perspectivas en Psicología. 2010;(13):11-32.

- 19.** Verdugo M, Arias B, Gómez L, Schalock R. Manual de aplicación de la Escala de Gencat de Calidad de vida. Escala de Gencat. Barcelona, Enero 2009.
- 20.** Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol 8. • Año. 8 • No. 1• Enero-Marzo 2011 Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu111g.pdf>
- 21.** Casado D, Sanz M, Tizón J. Panel 6: Apoyos privados y públicos para la crianza saludable y para la atención idónea a las situaciones de dependencia. En: Dependencia: Cuidados formales e informales en Andalucía. Diferencias entre el ámbito rural y urbano; Instituto de Desarrollo Regional, Departamento de Economía Internacional y de España Universidad de Granada; 17p.
- 22.** Hidalgo A, Loyo C. Dependencia del adulto mayor para realizar sus actividades de la vida diaria [Tesis]. Minatitlán: Universidad Veracruzana; 2012. (Consulta Junio del 2016) <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35730/1/hidalgogallegosadilene.pdf>
- 23.** Rodríguez Campo R, Calvo Torres I, García Crespo MV, López Otero J, Vázquez Otero AM. Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008; 5(8): [32 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revision1.pdf>

- 24.** La discapacidad física: El Índice de Barthel. Rev. Esp Salud Pública [Revista online] 1997; 71: 177-137. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_2_127.pdf
- 25.** Adela J, Bueno J. Geriatría: ¿Es desarrollo o una necesidad? MEDISAN [Revista en línea] 2002; 6(1):69-75. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm
- 26.** Enfermedades crónicas [base de datos en línea]. Organización Mundial de la Salud; 2012. [Citado 26 de Agosto 2012].
- 27.** Seguro Social de Salud del Perú. Programa de Atención Domiciliaria. Marzo 2016.
- 28.** Guerrero A. Mejorando la calidad de vida de personas seropositivas a través del modelo de calidad de vida relacionado con la salud [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. (Consulta Junio del 2016) <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/178>
- 29.** Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de vida. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer: directrices sobre política y gestión. Ginebra: OMS; 2002. p. 84-6.)
- 30.** Barrera L. El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. En cuidado y práctica de Enfermería. Universidad Nacional

de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogota: Unibiblos; 2000, P. 233- 237).

31. Montalvo A, Flores I. Características de los cuidadores en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia). Un estudio comparativo. Salud Uninorte 2008; 42 (2): 181-190.
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v24n2/v24n2a04.pdf>

32. Ramírez M. Habilidad de cuidado de los cuidadores principales con cáncer gastrointestinal. Av. Enferm 2005; 23: 7-17.

33. González D. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por diabetes Mellitus. Av de Enfermería. 2006; 24 (2):28- 37.

34. Sánchez B. Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 373- 385.

35. Rojas MV. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot.. Av. enferm.2007; 25: 33-45.

- 36.** Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Comparación de géneros. Rev Actual Enferm 2006; 9(2): 9- 13.
- 37.** Díaz J.C. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de persona en situación de enfermedad crónica vinculados al hospital San Rafael de Girardot. Av. Enferm 2007; 25: 69-81.
- 38.** Lawton MP, Moos M, Kleban MH, Glickman A, Povine MA. A Two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. J of Gerontology: PsySci. 46:181-189, 2006.).
- 39.** Farran CJ, Millar BH, Kaufman JE, Donner E, Fogg L. Finding meaning through caregiving: Development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. J of Clin Psychol. 55: 1107-1125, 2005.
- 40.** Diana Achury, Hilda Maherly Castaño, Lizbey Andrea Gómez, Nancy Milena Guevara Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 13 N° 1.

- 41.**Roca A, Blanco K. Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. Rev. Bioméd. Latinoam. 2007; 11(4):11. (Consultado 07 de Noviembre del 2016).
En: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev4.htm>.
- 42.**Rodríguez A. Sobrecarga psicofísica en cuidadores de enfermos de Alzheimer: causas, 19 problemas y soluciones; 2004 (consultado en 07 de Noviembre del 2016). En: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>
- 43.**Mendoza E, Olvera S, Quinto K. Calidad de vida del cuidador primaria de pacientes con dependencia grave [Tesis]. Mexico: Universidad Autónoma de Queréteno; 2014. (Consulta 08 de Noviembre 2016).En: [http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/958/Tes MendozaNavaEB_CalidadVidaCuidador_2014.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/958/Tes_MendozaNavaEB_CalidadVidaCuidador_2014.pdf?sequence=1)
- 44.**Verdugo M, Gómez L, Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala de FUMAT. Publicaciones de INICO. 1 Edición.Salamanca; 2009. (Consulta 12 de Diciembre del 2016). En: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

45. Moyano Díaz, Emilio, & Ramos Alvarado, Nadia. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*, 22(2), 177-193. (Consultado el 12 de Diciembre del 2016). En: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>

46. Daneri F. Psicobiología del estrés (Trabajo práctico). Argentina: Universidad de Buenos Aires; 2012. (Consulta 12 de Diciembre del 2016). En: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf

IX. ANEXOS

Anexo N° 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Investigadora: Barbara Dayanara Arévalo Villa

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender el motivo de este estudio donde se recolectara información de la calidad de vida de los cuidadores familiares y el grado de dependencia del adulto mayor. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme el consentimiento informado, de la misma manera se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos y se asegura que solamente serán utilizados para el análisis de la investigación. Usted no será identificado en ninguno de los reportes o publicaciones que resulten de este estudio.

Yo..... DNI N° Con
parentesco de.....del adulto mayor.....
declaro que entiendo la necesidad de la prueba propuesta y que he tenido la
ocasión de formular todas las preguntas que he creído conveniente en
relación a dicha prueba, estoy satisfecho de la información recibida sobre la
misma.

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO

.....

.....

Firma del cuidador (a)

Firma de la investigadora

DNI:

Fecha:

Anexo Nº 02: CUESTIONARIO PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA –ESCALA DE GENCAT

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Nombre:.....

Edad:

Sexo: **M** () **F** ()

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

Parentesco: Esposa/Esposo ()

Hermana/Hermano ()

Hija / Hijo ()

Nuera ()

Otros ()

Bienestar emocional	Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1.- Se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2.- No presenta tristeza, pérdida de apetito, irritabilidad, sentimiento de culpa	4	3	2	1
3.- Está alegre y de buen humor	4	3	2	1
4.- No muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	4	3	2	1
5.- No presenta palpitaciones, falta de aire, náuseas, dificultad de atención, se siente amenazado.	4	3	2	1
6.- Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
7.- No tiene problemas de comportamiento	4	3	2	1
8.- Se muestra motivado al realizar algún tipo de actividad	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9.- Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10.- Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11.- No se queja de la falta de amigos estables.	4	3	2	1
12.- Ve de una forma positiva sus relaciones de amistad.	4	3	2	1
13.- Se siente valorado por su familia	4	3	2	1
14.- No tiene dificultades o problemas con su pareja o (para iniciar una relación de pareja)	4	3	2	1
15.- Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	4	3	2	1
16.- Se siente querido por las personas que son importantes para usted	4	3	2	1
17.- La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	4	3	2	1
18.- Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

Bienestar físico	Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19.- Notiene problemas de sueño	4	3	2	1
20.- Dispone de ayudas técnicas (silla de ruedas, papa gayo, bastón)si las necesita	4	3	2	1
21.- Sus hábitos de alimentación son saludables	4	3	2	1
22.- Su estado de salud le permite llevar una vida normal	4	3	2	1
23.- Cuida su aseo personal	4	3	2	1
24.- Toma algún medicamento, acude al hospital cuando se siente enferma	4	3	2	1
25.- Tiene problemas de salud	4	3	2	1
26.- Tiene dificultad de acceso a los servicios de salud (hospital, centro de salud).	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

**Anexo N°03: ENCUESTA PARA VALORAR GRADO DE
DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TEST DE ÍNDICE DE BARTHEL	
1.- ALIMENTACION <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (5) <input type="checkbox"/> Totalmente dependiente (0)	7.- MANEJO DEL INODORO <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (5)
2.- BAÑO <input type="checkbox"/> Independiente (5) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (0)	8.- DESPLAZAMIENTO SILLA/ CAMA <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (0)
3.- ASEO PERSONAL <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (0)	9.- DESPLAZAMIENTO <input type="checkbox"/> Independiente (15) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (10) <input type="checkbox"/> Independiente en silla de ruedas(5)
4.- VESTIRSE <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (5) <input type="checkbox"/> Totalmente dependiente (0)	10.- SUBIR ESCALERAS <input type="checkbox"/> Independiente (10) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda (5) <input type="checkbox"/> Incapaz de subirlas (0)
5.- CONTROL ANAL <input type="checkbox"/> Sin problemas (10) <input type="checkbox"/> Algún accidente (5) <input type="checkbox"/> Accidentes frecuentes (0)	
6.- CONTROL VESICAL <input type="checkbox"/> Sin problemas (10) <input type="checkbox"/> Algún accidente (5) <input type="checkbox"/> Accidentes frecuentes (0)	

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

**CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR Y GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO
MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL PROGRAMA PADOMI EN EL HOSPITAL ESSALUD II- 2
TARAPOTO AGOSTO – NOVIEMBRE DEL AÑO 2016**

RESPONSABLE:

- **BARBARA DAYANARA ARÉVALO VILLA**

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Deficiente (1)	Regular (2)	Bueno (3)	Muy bueno (4)	Excelente (5)
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades					
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables e indicadores del proyecto.					
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.					
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación, agradecimiento, datos demográficos, instrucciones					
5	Confiabilidad	El instrumento es confiables porque se aplicó el test-retest (piloto)					
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas					
7	Orden	Las preguntas y reactivos han sido redactadas utilizando la técnica de lo general a lo particular					
8	Marco de Referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: lenguaje, nivel de información.					
9	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema.					
10	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado					
TOTAL PARCIAL							
TOTAL							

PUNTUACIÓN		
DE 10 – 20	No válido, reformular	
DE 20 – 30	No válido, modificar	
DE 30 – 40	Válido, mejorar	
DE 40 – 50	Válido, aplicar.	

NOMBRE Y APELLIDO: _____

GRADO ACADÉMICO: _____

FIRMA

Anexo N°05

Realizándose el cálculo para la categorización de la variable aplicando la escala de Estones en la curva de Gauss según el cual será:

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA PUNTAJES

1. MEDICIÓN DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA:

Para la medición de la variable calidad de vida se utilizó la escala de Estones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías Bueno, Regular, Malo.

1.1. Se determinó el promedio:

$$\text{Promedio (X)} = 63,63$$

1.2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$\text{DS} = 3,3997$$

1.3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75 (DS)$$

Reemplazando:

$$a = 63,629 - 0,75 (3,39970)$$

$$a = 63,629 - 2,550$$

$$a = 61,079 = 61$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

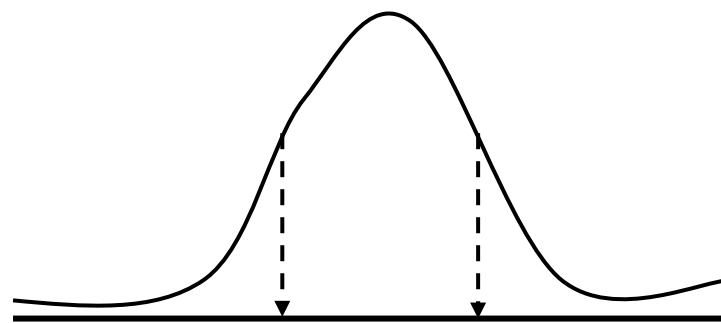
Reemplazando:

$$b = 63,629 + 0,75 (3,39970)$$

$$b = 63,629 + 2,550$$

$$b = 66,179 = 66$$

Intervalos:



Malo 61 Regular 66 Bueno

Bueno : 66 – 104 puntos

Regular : 62 – 65 puntos

Malo : 26 – 61 puntos

2. MEDICIÓN DE LA DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL:

2.1. Se determinó el promedio:

$$\text{Promedio (X)} = 20,37$$

2.2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$\text{DS} = 1,651$$

2.3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75 (\text{DS})$$

Reemplazando:

$$a = 20,37 - 0,75 (1,65100)$$

$$a = 20,37 - 1,238$$

$$a = 19,132 = \mathbf{19}$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

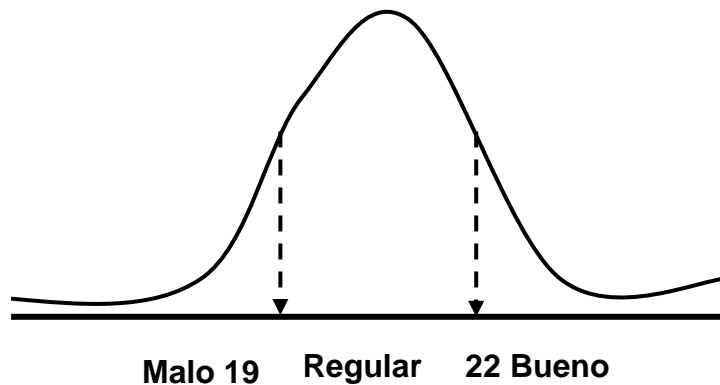
Reemplazando:

$$b = 20,37 + 0,75 (1,65100)$$

$$b = 20,37 + 1,238$$

$$b = 21,608 = 22$$

Intervalos:



Bueno : 22 – 32 puntos

Regular : 20 – 21 puntos

Malo : 8 – 19 puntos

3. MEDICIÓN DE LA DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES:

3.1. Se determinó el promedio:

$$\text{Promedio } (X) = 22,8148$$

3.2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 2,2493$$

1.3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75 (DS)$$

Reemplazando:

$$a = 22,815 - 0,75 (2,24930)$$

$$a = 22,815 - 1,687$$

$$a = 21,128 = \mathbf{21}$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

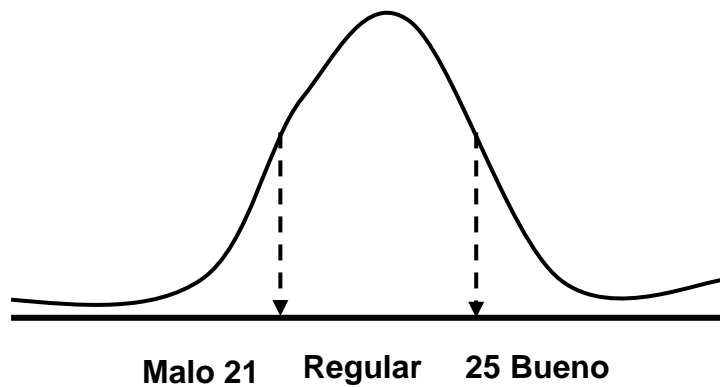
Reemplazando:

$$b = 22,815 + 0,75 (2,24930)$$

$$b = 22,815 + 1,687$$

$$b = 24,502 = \mathbf{25}$$

Intervalos:



Bueno : 25 – 40 puntos

Regular : 22 – 24 puntos

Malo : 10 – 21 puntos

4. MEDICIÓN DE LA DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO:

4.1. Se determinó el promedio:

$$\text{Promedio } (X) = 20,444$$

4.2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 1,513$$

4.3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75 (DS)$$

Reemplazando:

$$a = 20,444 - 0,75 (1,51300)$$

$$a = 20,444 - 1,135$$

$$a = 19,309 = \mathbf{19}$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

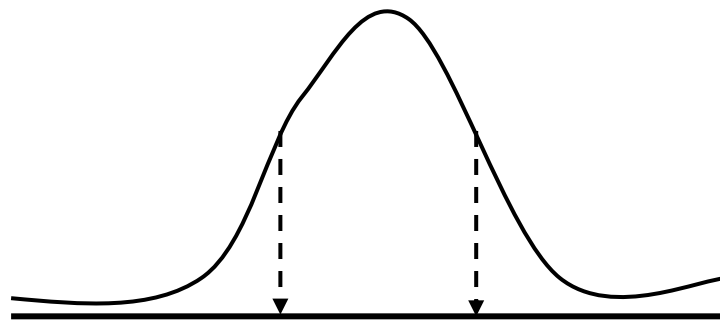
Reemplazando:

$$b = 20,444 + 0,75 (1,51300)$$

$$b = 20,444 + 1,135$$

$$b = 21,579 = \mathbf{22}$$

Intervalos:



Malo 19 Regular 22 Bueno

Bueno : 22 – 32 puntos

Regular : 20 – 21 puntos

Malo : 8 – 19 puntos

Anexo N° 06: Algunas respuestas a las preguntas realizadas sobre la dimensión del Bienestar Emocional de la Calidad de Vida

Items		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
Se muestra satisfecho con su vida	fi	30	17	7	0
	%	55.6%	31.4%	13%	0.0%
No presenta tristeza, pérdida de apetito, irritabilidad, sentimiento de culpa	fi	0	2	30	22
	%	0.0%	3.7%	55.6%	40.7%
Está alegre y de buen humor	fi	27	23	4	0
	%	50%	42.6%	7.4%	0.0%
No muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	fi	2	3	21	28
	%	3.7%	5.5%	38.9%	51.9%
No presenta palpitaciones, falta de aire, náuseas, dificultad de atención.	fi	0	2	18	34
	%	0.0%	3.7%	33.3%	63%
Se muestra satisfecho consigo mismo	fi	45	7	2	0
	%	83.3%	13%	3.7%	0.0%
No tiene problemas de comportamiento	fi	1	0	15	38
	%	1.8%	0.0%	27.8%	70.4%
Se muestra motivado al realizar algún tipo de actividad	fi	41	13	0	0
	%	76%	24%	0.0%	0.0%

Anexo N° 07: Algunas respuestas a las preguntas realizadas sobre la dimensión de las Relaciones Interpersonales de la Calidad de Vida

Items		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
Realiza actividades que le gustan con otras personas	fi	13	19	22	0
	%	24%	35.3%	40.7%	0.0%
Mantiene con su familia la relación que desea	fi	36	12	6	0
	%	66.7%	22.2%	11.1%	0.0%
No se queja de la falta de amigos estables	fi	0	0	7	47
	%	0.0%	0.0%	13%	87%
Ve de forma positiva sus relaciones de amistad	fi	0	0	8	46
	%	0.0%	0.0%	15%	85%
Se siente valorado por su familia	fi	7	3	12	32
	%	13%	5.5%	22.2%	59.3%
Tiene dificultades o problemas con su pareja	fi	2	0	28	24
	%	3.7%	0.0%	51.9%	44.4%
Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	fi	24	18	6	6
	%	44.4%	33.3%	11.1%	11.1%
Se siente querido por las personas que son importantes para usted	fi	45	8	1	0
	%	83.3%	14.8%	1.9%	0.0%
La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya	fi	2	2	41	9
	%	3.7%	3.7%	76%	16.6%
Tiene una vida sexual satisfactoria	fi	4	13	12	25
	%	7.4%	24.1%	22.2%	46.3%

Anexo N° 08: Algunas respuestas a las preguntas realizadas sobre la dimensión del Bienestar Físico de la Calidad de Vida

Items		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
No tiene problemas de sueño	fi	1	4	26	23
	%	1.9%	7.4%	48.1%	42.6%
Dispone de ayudas técnicas (sillas de ruedas, bastón)	fi	0	0	3	51
	%	0.0%	0.0%	5.6%	94.4%
Sus hábitos de alimentación son saludables	fi	16	35	3	0
	%	29.6%	64.8%	5.6%	0.0%
Su estado de salud le permite llevar una vida normal	fi	22	27	5	0
	%	40.8%	50%	9.2%	0.0%
Cuida su aseo personal	fi	50	4	0	0
	%	92.6%	7.4%	0.0%	0.0%
Tomas algún medicamento	fi	25	13	12	4
	%	46.3%	24.1%	22.2%	7.4%
Tiene problemas de salud	fi	2	4	38	10
	%	3.7%	7.4%	70.4%	18.5%
Tiene dificultad de acceso a los servicios de salud	fi	2	11	35	6
	%	3.7%	20.4%	64.8%	11.1%