



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

CONTEXTO DEL CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRONICA

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

AUTORES : BACH. ENF. FRANCISCA BEATRIZ FLORES
TAPULLIMA
BACH. ENF. ROSA LUZ LOZANO MELLO

ASESORES : DRA. MARITZA E. VILLANUEVA BENITES
MÉD. MGR. JESÚS JACINTO MAGALLANES
CASTILLA

SAN JUAN BAUTISTA - IQUITOS - PERÚ

2024

El presente documento es una copia digitalizada de un documento original que contiene información confidencial y/o de carácter personal. Toda reproducción o uso no autorizado de este documento es estrictamente prohibido. Se reserva todos los derechos reservados.

#\ Vou V#@) - \k @V° Q°)) - Ouk° "° K\) - @t-ou@° #@V·
) - O yV@-ko@°) #@VuB@°) - Oh-k{ · y#h·

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis Titulada:

#\ Vu- @U\) - O#y@°) \ " #° Q°)) - t@°) - O#y@°) \k·
 7° U @@k) - O°) yU\ U° ' \k#\ V·V7-kU-) °) #k\ V@°

De las alumnas: 7k° V#@#° "° -° uk@ 7Ak-o' u' hy000° ' ' k\o° Oy-
 Q-° V\ U-QA de la Facultad de Ciencias de la Salud pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 09 de Mayo del 2024.



U ° K Ou 7 ·
 Presidente del Comité de Ética – UCP

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	blogs.iadb.org Fuente de Internet	<1%
8	www.who.int Fuente de Internet	<1%
9	revia.areandina.edu.co Fuente de Internet	<1%



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Francisca Beatriz Flores Tapullima
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: Resultado_UCP_Enfermería_2024_Tesis_FranciscaFlores_y_Ro...
Nombre del archivo: CP_ENFERMERIA_2024_T_FRANCISCAFLORES_Y_ROSALOZAN...
Tamaño del archivo: 905.3K
Total páginas: 51
Total de palabras: 12,657
Total de caracteres: 62,551
Fecha de entrega: 09-may.-2024 06:09p. m. (UTC+0300)
Identificador de la entrega... 2375165252

RESUMEN

Con el propósito de determinar la influencia del contexto del cuidado en la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica, se efectuó un estudio observacional correlacional. A 200 cuidadores familiares y 200 adultos mayores se aplicó un cuestionario sociodemográfico, el índice de Barthel, el cuestionario de apoyo social MOS, y una lista de cotejo "Factores del entorno físico del adulto mayor en el domicilio", confiabilidad de 0.90 según el test de equivalencia. Los datos fueron procesados a través de SPSS versión 26.0. La edad media del cuidador familiar fue de 47.8±13.7 años, mayoritariamente de sexo femenino, estudios secundarios, viven con pareja. Siete de cada diez cuidadores familiares informaron apoyo social escaso. El adulto mayor cuidado tiene 74.7±9 años, tiempo de enfermedad promedio de 13.4±6.1 años, 75% con hipertensión arterial y 40% diabetes como comorbilidad. El 45% de adultos mayores presentó algún grado de dependencia funcional. El hogar de los adultos mayores presenta escasez de adecuaciones del hogar, no cuentan con rampas, la mitad de ellos no presenta habitación individual; el baño no cuenta con suelos antideslizantes, barras de apoyo; además no hay adecuación para la gestión del cuidado. El tiempo de enfermedad, capacidad funcional del adulto mayor, el apoyo social percibido por el cuidador familiar, parecen influir considerablemente en la dimensión emocional de la calidad de vida del cuidador ($p<0.05$).

Palabras clave: calidad de vida- cuidador familiar- anciano

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 1276-2023-UCP-FCS, del 21 de setiembre de 2023, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como jurado evaluador y dictaminador de la sustentación de tesis a los señores:

Méd. Mgr. Gregorio Rodolfo Heredia Quezada	Presidente
Dra. Juana Evangelista Fernández Sánchez	Miembro
Lic. Enf. Nancy Aguilar Ruiz	Miembro

Como asesora: **Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites y el Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla.**

En la ciudad de Iquitos, siendo la 10:00 a.m. horas, del día miércoles 29 de mayo de 2024, en las instalaciones de la Universidad Científica del Perú, supervisado por el secretario académico, se constituyó el jurado para escuchar la sustentación y defensa de la tesis **CONTEXTO DEL CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA.**

Presentado por las sustentantes:

FRANCISCA BEATRIZ FLORES TAPULLIMA

ROSA LUZ LOZANO MELLO

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

Luego de escuchar la sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

..... *ABSUELTAS SATISFACTORIAMENTE*

El jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La sustentación es: *APROBADO POR EXCELENCIA*

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta.


Méd. Mgr. Gregorio Rodolfo Heredia Quezada
Presidente


Dra. Juana Evangelista Fernández Sánchez
Miembro

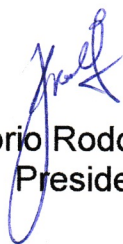

Lic. Enf. Nancy Aguilar Ruiz
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL
CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD
CRONICA.

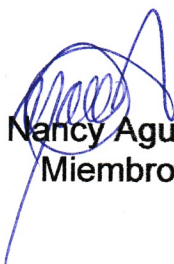
FECHA DE SUSTENTACION: 29 DE MAYO DE 2024.



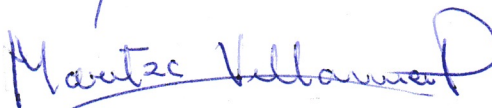
Méd. Mgr. Gregorio Rodolfo Heredia Quezada
Presidente



Dra. Juana Evangelista Fernández Sánchez
Miembro



Lic. Enf. Nancy Aguilar Ruiz
Miembro



Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites
Asesora



Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Asesor

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a mi familia que gracias a su apoyo pude concluir mi carrera, y a mi esposo por su apoyo y confianza por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y estudiante y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre.

FRANCISCA BEATRIZ FLORES TAPULLIMA.

A mis hijos, Angélica Jhussara y Dhoriam Antonio, a mi compañero de vida, Antonio por su amor y apoyo incondicional.

Sus presencias en mi vida ha sido mi mayor motivación y fortaleza durante este proceso.

ROSA LUZ LOZANO MELLO.

AGRADECIMIENTO

Nuestro infinito agradecimiento a Dios, guía y luz de nuestras vidas hoy y siempre.

A la Universidad Científica del Perú, gracias a nuestras docentes de formación académica, quienes se convirtieron en nuestras mentoras

A nuestros Asesores Dra. Maritza E. Villanueva Benites y Dr. Jesús J. Magallanes Castilla por quienes nos enseñaron y acompañaron en este proceso de la investigación científica

A cada uno de los cuidadores familiares y adultos mayores, que participaron en el presente estudio.

FRANCISCA BEATRIZ FLORES TAPULLIMA.

ROSA LUZ LOZANO MELLO.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Carátula	i
Constancia de originalidad	ii
Acta sustentación de tesis	v
Hoja de aprobación	vi
Dedicatoria	vii
Agradecimiento	viii
Índice	ix
Índice de tablas	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Capítulo I: Marco teórico	14
1.1. Antecedentes del estudio	14
1.2. Bases teóricas	14
1.3. Definición de términos básicos	27
Capítulo II: Planteamiento del problema	28
2.1. Descripción del problema	28
2.2. Formulación del problema	29
2.2.1. Problema general	29
2.2.2. Problemas específicos	30
2.3. Objetivos	30
2.3.1. Objetivo general	30
2.3.2. Objetivos específicos	30
2.4. Justificación de la investigación	31
2.5. Hipótesis	32
2.6. Variables	33
Capítulo III: Metodología	36
3.1. Tipo y diseño de la investigación	36
3.2. Población y muestra	37
3.3. Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos	37
3.4. Procesamiento y análisis de datos	41
3.5. Protección de Derechos humanos	41
Capítulo IV: Resultados	43
4.1. Características sociodemográficas de los participantes	43
4.2. Factores del contexto del cuidado	44
4.3. Factores del contexto familiar del cuidado	46
4.4. Calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor	49
4.5. Asociación de factores con la calidad de vida del cuidador	50

Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones	54
5.1. Discusión	54
5.2. Conclusiones	58
5.3. Recomendaciones	59
Referencias bibliográficas	60
Anexos (instrumento y matriz de consistencia)	76

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Características demográficas del cuidador familiar (n=200)	43
Tabla 2	Características sociodemográficas del adulto mayor según sexo (n=200)	44
Tabla 3	Capacidad funcional del adulto mayor según edad (n=200)	45
Tabla 4	Apoyo social del cuidador familiar (n=200)	46
Tabla 5	Contexto físico del adulto mayor (n=200)	48
Tabla 6	Calidad de vida del cuidador familiar según edad (n=200)	49
Tabla 7	Matriz de correlación bivariada para la calidad de vida del cuidador familiar (n=200)	52
Tabla 7.1.	Continuación Matriz de correlación bivariada para la calidad de vida del cuidador familiar (n=200)	53

RESUMEN

Con el propósito de determinar la influencia del contexto del cuidado en la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica, se efectuó un estudio observacional correlacional. A 200 cuidadores familiares y 200 adultos mayores se aplicó un cuestionario sociodemográfico, el índice de Barthel, el cuestionario de apoyo social MOS, y una lista de cotejo “Factores del entorno físico del adulto mayor en el domicilio”, confiabilidad de 0.90 según el test de equivalencia. Los datos fueron procesados a través de SPSS versión 26,0. La edad media del cuidador familiar fue de 47.8+13.7 años, mayoritariamente de sexo femenino, estudios secundarios, viven con pareja. Siete de cada diez cuidadores familiares informaron apoyo social escaso. El adulto mayor cuidado tiene 74.7+9 años, tiempo de enfermedad promedio de 13.4+6.1 años, 75% con hipertensión arterial y 40% diabetes como comorbilidad. El 45% de adultos mayores presentó algún grado de dependencia funcional. El hogar de los adultos mayores presenta escasez de adecuaciones del hogar, no cuentan con rampas, la mitad de ellos no presenta habitación individual; el baño no cuenta con suelos antideslizantes, barras de apoyo; además no hay adecuación para la gestión del cuidado. El tiempo de enfermedad, capacidad funcional del adulto mayor, el apoyo social percibido por el cuidador familiar, parecen influir considerablemente en la dimensión emocional de la calidad de vida del cuidador ($p < 0.05$).

Palabras clave: calidad de vida- cuidador familiar- anciano

ABSTRACT

In order to determine the influence of the caregiving context on the quality of life of the family caregiver of the chronically ill older adult, a correlational observational study was carried out. A sociodemographic questionnaire, the Barthel index, the MOS social support questionnaire, and a checklist "Factors of the physical environment of the older adult at home" were applied to 200 family caregivers and 200 older adults, with a reliability of 0.90 according to the equivalence test. The data were processed through SPSS version 26.0. The mean age of the family caregiver was 47.8+13.7 years, mostly female, high school educated, living with a partner. Seven out of ten family caregivers reported little social support. The older adult cared for was 74.7+9 years old, average time of illness of 13.4+6.1 years, 75% with arterial hypertension and 40% diabetes as comorbidity. Forty-five percent of older adults presented some degree of functional dependence. The home of the older adults presents a shortage of home adaptations, they do not have ramps, half of them do not have a single room; the bathroom does not have non-slip floors, support bars; in addition, there is no adaptation for care management. The time of illness, functional capacity of the older adult, the social support perceived by the family caregiver, seem to have a significant influence on the emotional dimension of the caregiver's quality of life ($p < 0.05$).

Key words: quality of life - family caregiver - elder

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del estudio

Los siguientes estudios previos sustentan las variables del presente estudio:

Kim y Oh (Corea, 2024) analizaron la influencia de la fatiga, depresión, autoeficacia, estrés laboral y relaciones interpersonales sobre la calidad de vida de cuidadores de enfermería. Participaron 137 cuidadores de adultos mayores frágiles con edades comprendidas entre 52 a 76 años. La edad, estado civil, la satisfacción conyugal, escolaridad, ingreso económico, actividades de ocio mostraron significancia estadística; siendo los factores con mayor poder explicativo, la edad, ingreso económico y relaciones interpersonales ($p < 0.001$)¹.

Niu, Ding, Wu, Ma y Shi (China, 2023) estudiaron la relación entre la competencia del cuidador y la calidad de vida de 135 cuidadores familiares de ancianos dependientes. Los cuidadores de adultos mayores con discapacidades moderadas y graves mostraron peores puntuaciones en el componente físico, mental en comparación con los cuidadores de adultos mayores con dependencia leve. Al mismo tiempo, esos cuidadores mostraron puntuaciones más altas en la carga del cuidado y las dificultades del cuidado².

Gaspar, Raimundo, De Sousa, Barata y Cabrita (Portugal, 2023) efectuaron un estudio con la finalidad de caracterizar y comprender los obstáculos informados por cuidadores informales, considerando las características sociodemográficas y de salud del cuidador informal y de la persona cuidada. De 371 cuidadores, 80,9% fueron de sexo femenino con una edad promedio de 53 años, el 16,4 %

recibió capacitación para el cuidado y solo 7,8% obtuvo orientación sobre los derechos y deberes del cuidador informal, 5,7% intervenía en grupos de autoayuda. Los principales obstáculos informados estuvieron relacionados con las limitaciones sociales, las demandas del cuidado y las reacciones de la persona cuidada³.

Zhu, Li, Chai y Luan (China, 2022) estudiaron la correlación entre el estado de fragilidad de adultos mayores y la calidad de vida de sus cuidadores familiares. A 90 cuidadores familiares aplicaron el Índice de debilidad de Tilburg, escala de autocuidado, escala de calidad de vida y apoyo social. Los hallazgos revelaron que la calidad de vida de los cuidadores se encuentra en el nivel medio. El tiempo del cuidado de los pacientes, apoyo social y el tipo de residencia influenciaron en la calidad de vida de los cuidadores⁴.

Henríquez, Loura, Nogueira, Melo, Gomes, Ferraz et al. (Portugal, 2022) describieron el perfil de 639 cuidadores, con el propósito de proponer estrategias de intervención personalizadas. La mayoría de ellos vivían con la persona cuidada, de sexo femenino, edad media de 62 años, casados, la mitad de ellos con instrucción superior, jubilados. Los cuidadores activos trabajaban básicamente en actividades intelectuales y científicas. Solamente el 4% planeó su rol de cuidador⁵.

Yi, Jiang, Jia, Xu, Wang, Li, et al. (China, 2021) estudiaron el apoyo social y los estilos de afrontamiento y la carga de cuidado de 201 cuidadores de pacientes con enfermedad pulmonar crónica (EPOC) y su calidad de vida relacionada con la salud. La edad promedio del cuidador fue de 55,94 años, fundamentalmente de sexo femenino (61,2%), la puntuación media de la carga del cuidado fue de $52,39 \pm 14,65$ y la puntuación de la calidad de vida fue de $37,97 \pm 3,55$. La edad, género, educación, la relación con el

paciente y el número de enfermedades crónicas fueron los principales factores que afectaron el puntaje de calidad de vida de los cuidadores. Se observó correlación negativa entre la calidad de vida, la carga del cuidado y los estilos de afrontamiento negativos⁶.

Valaitis, Markle-Reid, Ploeg, Butt, Ganann, Murray et al. (Canadá, 2020) evaluaron un programa del sistema de salud de Ontario, con el objetivo de analizar las características de los cuidadores de pacientes, percepción del programa (atención centrada en el paciente y la familia, accesibilidad, coordinación de servicios y continuidad de la atención) y así como, las percepciones sobre el impacto en ellos mismos y en la persona que cuidan. Utilizaron una encuesta y entrevistas semiestructuradas cualitativas. Los cuidadores informaron altos niveles de tensión, ansiedad leve y depresión. Los cuidadores encontraron accesibles las visitas domiciliarias y telefónicas del programa, algunos percibieron que había una comunicación deficiente con el equipo. La continuidad del proveedor brindó alivio al cuidador y apoyo al paciente: la falta de continuidad se relacionó con los cambios en los coordinadores de atención y el personal de fin de semana y la deserción⁷.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica

1.2.1.1. Magnitud de la enfermedad crónica en adultos mayores

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) ocasionan la muerte de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo; afectan en mayor proporción a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (32 millones) de las muertes por ENT. Las enfermedades

cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT, seguidas de cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes⁸.

De acuerdo a lo descrito, las ENT colocan en riesgo el progreso hacia la logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre los que se encuentra la disminución de las muertes por ENT en un 33% para 2030. A fin de disminuir el impacto de las ENT en las personas y la sociedad, debería aplicarse un enfoque integral multisectorial para reducir los riesgos relacionados a las ENT; esta situación se agrava en los países de ingresos bajos como el nuestro, porque se tiene baja cobertura de prevención y control de las enfermedades no transmisibles⁹.

En el adulto mayor las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), suelen ser de larga duración y resultan de la mixtura de variables genéticas, fisiológicas, ambientales y conductuales. Según la OMS, el 88% de las personas mayores de 65 años padece al menos una enfermedad crónica. Se considera enfermedad crónica (EC) a aquella que tiene una duración mayor de 3 meses, perdura en el tiempo y demanda de cuidados continuos y permanentes, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, algunas enfermedades respiratorias, el sida entre otras^{10,11}. En este sentido, las personas mayores son vulnerables, frágiles, demandan cuidados muy complejos y utilizan gran cantidad de recursos sociosanitarios¹².

Tiene etiología incierta, múltiples factores de riesgo, períodos de latencia prolongados, larga duración, no contagioso, ocasiona incapacidad funcional o discapacidad e incurabilidad. La participación de las enfermedades crónicas en la carga global de enfermedad se proyecta a un 64% para el año 2030 (Insua, 2018)¹³.

1.2.1.2. El cuidado del adulto mayor: dimensiones del cuidado

El cuidado es uno de los términos que define y es central a la enfermería. De acuerdo a Newman el cuidado es la cualidad de relacionarse que potencia una conexión transformadora entre la enfermera y el paciente¹⁴. Leininger argumenta que el cuidado y el cuidar son necesidades básicas esenciales para el crecimiento y el desarrollo humano¹⁵.

Watson señala que la ciencia del cuidado humano corresponde a la disciplina de enfermería y se centra en las dimensiones relacionales del cuidado y su conexión con la sanación¹⁶. Según Boykin y Schoenhofer, el cuidado es una expresión altruista y activa del amor que puede ser conocida mediante la experiencia y la reflexión^{17,18}.

Durante el cuidado humano interactúan varios conceptos referidos a: el ser humano o la persona, la salud, el ambiente o contexto de los sujetos de cuidado y los procesos de enfermería o las instrumentaciones que utiliza enfermería para cuidar.

- El concepto de persona, se refiere a personas familias y grupos sujetos de cuidado. Las personas, son el centro del cuidado humano, son seres holísticos y trascendentes, cuyas partes son vistas en el contexto del todo, tienen autodeterminación, son propositivos, participan en la toma de decisiones e interactúan con otras personas y con el ambiente.
- El concepto de salud propuesto por Nightingale, se ha relacionado con el bienestar y de sanación en el instante en que se efectúa el cuidado humano. La salud es más que la ausencia de enfermedad y se ha visto como la facultad de integrarse como una totalidad al contexto y desarrollar el máximo potencial del que se es capaz¹⁹.
- El concepto de ambiente (contexto), es el espacio físico donde se encuentra la persona, la familia, el personal de salud, el contexto socio político, y las experiencias culturales del ser humano²⁰.

- El desarrollo del concepto de “cuidar” ha sido central para el desarrollo del conocimiento de enfermería. Este concepto ha sido descrito por teóricos como:
 - “Compasión, aprecio, empatía, conocimiento de sí y de otros. Significa ser capaz de sentir desde adentro lo que la otra persona siente y determinar lo que requiere para crecer”²¹.
 - Un rasgo humano, una expresión altruista de amor, de valor y conexión con el otro²².
 - Es un proceso intersubjetivo, que se demuestra a través de la interacción con el otro, en el que la persona crea el propio significado a su existencia, para promover y potencializar la dignidad humana, la totalidad y la sanación²³.

Á

1.2.1.3. El cuidado del adulto mayor en el domicilio

Los adultos mayores con enfermedad crónica desean vivir en su domicilio el mayor tiempo permisible, inclusive en escenarios que restringen su autonomía²⁴. Esto indicaría algunos desafíos en el cuidado domiciliario.

Se ha descrito algunas características o perfil del enfermo crónico: a) Pluripatología, b) Altos reingresos hospitalarios, c) Polimedicación, d) Discapacidad y dependencia, e) Gran cantidad de recursos sanitarios y sociales. f) Edad avanzada²⁵.

El cuidado de larga duración, consiste en el apoyo que algunos enfermos crónicos precisan de un tiempo amplio o también de forma permanente para efectuar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de forma independiente o autónoma. Implica la interacción de los sujetos (persona cuidada y cuidador) en un determinado contexto, que tiene como finalidad mejorar el bienestar de la persona cuidada. Según algunos autores los problemas de las personas con enfermedad crónica, incluyen la modificación del estilo de

vida, el tratamiento del dolor, la limitación, problemas de socialización y por último el afrontamiento a la muerte²⁶.

El cuidado del adulto con enfermedad crónica requiere de la participación activa de la familia capaz de asumir la tarea del cuidado especialmente cuando el paciente es dependiente y su condición crónica es compleja.

1.2.2. Capacidad funcional del adulto mayor

Definición de capacidad funcional:

Es la capacidad de ejecutar actividades necesarias para el diario vivir, y así mantener el cuerpo y actuar en forma independiente²⁷. Por otro lado, la dependencia se define como una disminución o ausencia de la habilidad de efectuar alguna actividad básica e instrumental de forma correcta²⁸.

La funcionalidad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud como el principal indicador de la consecuencia de la enfermedad en el estilo de vida y autonomía de la persona. Define a la discapacidad como la limitación o ausencia de habilidad para efectuar alguna actividad en la forma o dentro del margen de la normalidad; entre ellas: asearse, vestirse, comer, beber, preparar la comida y cuidado de la vivienda y movilidad²⁹.

Ballesteros considera dos dimensiones en la realización de las actividades de la vida diaria de las personas mayores, la competencia básica e instrumental³⁰. La competencia básica definida como la capacidad para ejecutar actividades básicas de autocuidado como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, controlar los esfínteres y el arreglo personal entre otras y las instrumentales con acciones más complejas, tales como cocinar, limpiar, manejo de medicación, uso de transportes públicos, uso de escaleras y realizar trabajos en exteriores,

uso del teléfono, realización de compras, preparación de comidas, cuidado del hogar, lavado de ropa y el manejo de dinero entre otros³¹.

También Zabala, Gonzales y Cantú (México, 2010) agrega además de las actividades básicas e instrumentales a las actividades avanzadas de la vida diaria como el desarrollo de un rol en la sociedad³².

Medición de la capacidad funcional

- a) Índice de Barthel, descrito y publicado por Mahoney y Barthel fue elaborado en 1955³³ Es un instrumento usado en la investigación y la clínica, con el propósito de evaluar la capacidad funcional y la autonomía del individuo. Las opciones de respuesta varían entre 0, 5, 10 y 15, dependiendo del ítem. El puntaje total del índice varía entre 0 (máxima dependencia) y 100 (total independencia). Posee alto nivel de confiabilidad, con un alfa de Cronbach (α) de 0,96, los ítems tienen correlaciones con el puntaje total entre $r=0,66$ a $r=0,93$ ³⁴. La puntuación 60 corresponde al “punto de inflexión” entre independencia y la dependencia.

- b) Escala de Katz y Lawton: este instrumento mide las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Consta de siete ítems concernientes a traslado, continencia, bañarse, vestirse, ir al baño, alimentarse, subir/bajar gradas. Las actividades instrumentales de la vida diaria indica la capacidad de autonomía en toma de medicamentos, tareas domésticas, realizar compras, manejo de dinero, y uso de transporte público.

1.2.3. La familia y soporte social: arreglos familiares

El cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el domicilio requiere de la ordenación de los acomodos familiares. Hay adultos mayores que viven solos o con sus parejas, y otros con hijos e hijas; el apoyo podría ser en las actividades básicas e instrumentales, así como

en los aspectos emocional y financiero³⁵. Es por ello, que se necesita reforzar la educación y empoderamiento de los pacientes crónicos y familia de forma planificada, independientemente de la edad del enfermo, proveyendo información sobre el tratamiento farmacológico y sus efectos adversos, con la finalidad de minimizar el riesgo de descompensaciones, evitar ingresos hospitalarios, así como de la participación mutua de los pacientes y sus familias y mejora de la satisfacción del enfermo³⁶.

En este punto, el mejoramiento de la calidad del entorno físico del adulto mayor implica un desafío de larga data en países desarrollados; tal es así que, se han establecido requisitos reglamentados para el entorno físico que rodea al adulto mayor en el domicilio, estas regulaciones difieren entre países³⁷. Sin embargo, existen algunos obstáculos económicos y culturales al respecto, como la falta de una estructura arquitectónica adecuada e implementación, con la escasez o ausencia de coordinación y monitoreo interprofesional e insatisfacción de los cuidadores^{38,39}.

Sundler et al. afirman que uno de los mayores desafíos en la comunicación en los cuidadores de ancianos en el hogar es la comunicación centrada en el deber. No obstante que, los pacientes mayores tienen necesidades y preocupaciones únicas sobre su vida diaria, se ignoran sus problemas individuales y existenciales. Sus cuidadores no intentan establecer con ellos una comunicación emocional y no verbal ni ser oyentes activos, sino que simplemente les administran la medicación y apenas responden a sus preguntas (Sundler et al., 2016).

Se ha descrito dos dimensiones de apoyo social, el percibido y recibido. El apoyo social percibido es la valoración sobre la cantidad y calidad del apoyo que recibe de la red social, a su vez, el apoyo social recibido cuantifica en forma objetiva la ayuda que los adultos obtienen de su red social⁴⁰. Algunas evidencias muestran que el apoyo social

percibido es el predictor más sólido del bienestar individual que el apoyo social recibido y está relacionado con el optimismo y autoestima⁴¹.

De otra parte, la carga del cuidador deriva del nivel de apoyo social percibido. Para un cuidador, es favorable tener un familiar o amigo con quien hablar sobre sus problemas. En un estudio cualitativo efectuado en cuidadores que cuidaban a sus familiares o pacientes, el 62% reconoció la falta de apoyo social como uno de los retos para el cuidado. Así mismo, un 83 % identificó el apoyo emocional (amigos, familiares u otros) como medida efectiva para hacer afrontar este tipo de desafíos⁴².

Medición del apoyo familiar

- a) **Escala de Percepción de Apoyo Social:** Mide el grado en que una persona se siente querida y es parte de un grupo, pueden ser los amigos y familia. Contiene 23 ítems con cuatro posibilidades de respuesta: (1) totalmente de acuerdo, (2) de acuerdo, (3) en desacuerdo y (4) totalmente en desacuerdo. Tiene un nivel de confiabilidad Alpha de Cronbach entre 0.90 a 0.94⁴³.

- b) **Escala de Satisfacción con el Apoyo Social (ESSS):** es una escala específica para cuidadores familiares. Contiene 15 ítems tipo Likert que puntúan desde 1 (totalmente de acuerdo) hasta 5 (totalmente en desacuerdo). Consta de cuatro factores: “satisfacción con los amigos” (cinco ítems y mide la satisfacción del sujeto con sus amistades); el factor “intimidad” (cuatro ítems que miden la percepción de la presencia de apoyo social íntimo); el factor “satisfacción con la familia” (tres ítems, mide la satisfacción con el apoyo social familiar existente); y, el factor “actividades sociales” (con tres ítems que miden la satisfacción personal con las actividades sociales desarrolladas). Cuenta con un alfa Cronbach 0,85. Los cuatro factores explican el 63,1% de la varianza total de la escala⁴⁴.

- c) **Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS):** valora el apoyo social de la familia, amigos y otras personas representativas. Consta de un formato de respuesta Likert de siete puntos (1= muy en desacuerdo a 7= muy de acuerdo). Los doce ítems valoran la ayuda emocional y el apoyo que necesita de la familia. Los puntajes varían de 12 a 84, y las puntuaciones más altas indican un mayor apoyo social total. Tiene alta consistencia interna de 0.88⁴⁵.

1.2.4. Calidad de vida del cuidador del adulto mayor

El término Calidad de Vida surgió a partir de los debates públicos sobre el medio ambiente y el menoscabo de las condiciones de vida. Es un indicador social que mide aspectos relacionados al bienestar social de la sociedad. Estos indicadores evolucionaron desde los escenarios objetivos (económico y social), hasta elementos subjetivos⁴⁶.

Para otros, la calidad de vida es una definición asociada con el bienestar social y se sujeta de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos, formas de vida, trabajo, servicios sociales y escenarios ecológicos⁴⁷.

Esta mixtura de elementos objetivos y subjetivos dependen del individuo y de las condiciones externas que interactúan entre sí. El aspecto subjetivo esta comprendido por el mayor bienestar del individuo⁴⁸. Por lo tanto, es difícil de cuantificar; en 1994 la OMS consensuó este concepto como la “percepción de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”⁴⁹. En este trabajo de investigación consideramos que el concepto de “calidad de vida” corresponde a la evaluación subjetiva y global que el sujeto hace de su vida, tanto en las dimensiones que tienen que ver con la dimensión física, rol emocional, rol emocional, función social, apoyo social.

La calidad de vida debe medirse con escalas globales o específicas, aunque pueden tener limitaciones, también hay ventajas; al realizar la evaluación permite que, el paciente pueda incorporar otros aspectos de su vida y entorno a través del tiempo. A pesar que se considera a la calidad de vida con gran carga de subjetividad se precisa de instrumentos válidos y confiables. De ahí que se utilizará un cuestionario que contienen escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman la calidad de vida relacionada con la salud del cuidador familiar de la persona mayor.

Perfil del cuidador familiar

Un cuidador familiar es una persona que asiste a quienes sufren limitaciones ocasionados por una enfermedad, lesión o discapacidad con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente, en este caso del adulto mayor con enfermedad crónica⁵⁰.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la capacidad de las familias para atender a las personas mayores se ha reducido, debido esencialmente al aumento de la participación laboral de las mujeres. El cuidador es la persona que se encarga de cuidar, brindar apoyo y asistencia a la persona que lo necesita. Hace referencia al “cuidador informal” como aquellos que brindan atención no remunerada y “cuidador formal” a quienes tienen preparación y capacitación profesional.

Además, el cuidador familiar asume este rol por iniciativa o denominación del grupo familiar, de acuerdo con la relación de tres factores: parentesco, género y proximidad física y afectiva. El cuidador familiar se define como el cuidador directo que no recibe remuneración y que ha estado cuidando al paciente durante al menos tres meses, durante al menos cuatro horas al día y al menos tres veces a la semana.

La mayoría de los cuidadores familiares de personas mayores son del sexo femenino muchas veces asumidos por la esposa e hijas, aspectos que están relacionados a los patrones socioculturales.

Durante el cuidado al adulto mayor, muchos cuidadores informales experimentan restricciones en sus vidas personales, asumiendo la responsabilidad de cuidar y realizar tareas ininterrumpidamente, y pueden enfrentar situaciones de agotamiento, lo que provoca la eliminación de las relaciones afectivas y profesionales, limitación en la red social, convivencia y ocio y conducen a la sobrecarga.

Medición de la calidad de vida

- a) **Cuestionario SF-36** es uno de los instrumentos de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS). Es el instrumento genérico de calidad de vida más utilizados en el mundo. Evalúa ocho conceptos de salud: Funcionamiento físico, Rol físico, Dolor corporal., Salud general, Vitalidad, Funcionamiento social, Rol emocional, Salud mental. Contiene 36 ítems que valoran 5 áreas, divididas a su vez en sub áreas, valora cuantitativamente aspectos tanto positivos como negativos. Se puntúa entre 0 a 100, las puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud. La confiabilidad medidas por la consistencia interna del cuestionario muestran un coeficiente alfa de Cronbach 0.74 a 0.93⁵¹.

- b) **Índice EQ-5D-3L (EuroQoL-5D)**: escala que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, ha sido instituida por el Euro-QoL Group⁵². Consta de cinco subíndices: movilidad, autocuidado, actividades diarias, dolor y malestar y ansiedad y depresión. Se clasifica en calidad de vida alta y baja utilizando un punto de corte del 60 % para determinar la calidad de vida relacionada con la salud⁵³.

- c) **WHOQOL-Bref:** instrumento elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) puede aplicarse a individuos con edades entre los 12 y los 97 años. Contiene 26 ítems que valoran las dimensiones: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales, Medioambiente. Tiene una escala de respuesta tipo Likert de 1 hasta 5 puntos, las puntuaciones más altas significan mejor nivel de calidad de vida. Tiene un alfa de Cronbach de 0.80 a 0.82^{54,55}.

1.3. Definición del términos básicos

- **Cuidador familiar:** es la persona que asume el cuidado del adulto mayor, brindando apoyo y asistencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria.
- **Adulto mayor con enfermedad crónica:** es la persona de 60 años a más que sufre de una enfermedad crónica no transmisible de larga duración y que demanda de cuidados sostenidos
- **Calidad de vida:** concepto que describe la satisfacción general con la vida, ya sea como un solo concepto o dividida en dominios físico, emocional y social
- **Apoyo familiar:** consiste en los recursos recibidos debido a las interacciones con otras personas (familiares, amigos, vecinos, otros)

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

A nivel mundial los perfiles demográficos se han transformado debido al aumento de la esperanza de vida de las personas en la mayoría de los países; es decir que, se ha incrementado la población geriátrica, con la presentación de enfermedades crónicas concomitantes. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en nuestro país la esperanza de vida en el periodo 2015-2020 es de 75,3 años, y se proyecta que entre 2045 y 2050 será de 82,1 años, para luego incrementar a 88,1 en el periodo 2095-2100.⁵⁶

En Perú la proporción de adultos mayores en el año 2022 fue del 13,3%. Según el Instituto Nacional de Estadística el 39,5% de los hogares de Perú tiene entre sus miembros al menos a un adulto mayor; siendo mayor en el área rural (42,8%). De otra parte, del total de hogares del país, el 26,1% tiene como jefe de hogar a un adulto mayor, 18% son abuelos cuidadores⁵⁷. Los resultados de la ENAHO del primer trimestre de 2020, señalan que el 77,9% de los adultos mayores a nivel nacional padecen de problemas de salud crónicos, tales como, artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, colesterol, entre otros⁵⁸.

La problemática de la enfermedad crónica impacta en la red familiar, en la parte económica, los servicios basados en el hogar suelen ser menos costosos que la atención institucional y más coherentes con el deseo de los adultos mayores de "envejecer en su lugar"⁵⁹.

En América Latina existen casi ocho millones de personas de 65 años a más que necesitan ayuda para ejecutar alguna actividad de

la vida diaria, se predice que aumentará a veintitrés millones en el 2050. En este contexto, el 80% o más de los cuidados es desarrollado por cuidadores familiares. Se entiende por cuidador familiar a aquel familiar, amigo o vecino de la red de apoyo social de la persona mayor que aplica la mayor cantidad de tiempo a su cuidado. La sobrecarga de trabajo y el agotamiento físico y emocional menguan la calidad del trabajo de los cuidadores domiciliarios debido a que el entorno de trabajo de los cuidadores domiciliarios es muy estresante, y están más expuestos al desgaste laboral, experimentan más tensión emocional⁶⁰.

Existen estudios que señalan que los cuidadores familiares de ancianos con enfermedades crónicas muestran peor bienestar mental y mejor bienestar físico. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la salud mental de los cuidadores familiares y brindarles apoyo económico y atención psicológica⁶¹.

En nuestro medio no existen estudios relacionados a la calidad de vida del cuidador familiar, por lo que, la presente investigación trata de dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿En qué medida el contexto del cuidado influye en la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica?

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

¿En qué medida el contexto del cuidado influye en la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica?

2.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica?
- ¿Cuáles son los factores del contexto del cuidado relacionados al adulto mayor cuidado?
- ¿Cuáles son los factores del contexto familiar del cuidador en términos de: ambiente físico, funcionalidad familiar y apoyo familiar informado por el adulto mayor y persona familiar responsable?
- ¿Cuáles son los factores los factores del contexto físico del cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica
- ¿Cuál es la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica
- ¿Como se asocian los factores del contexto identificados con la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Determinar la influencia del contexto del cuidado en la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica.

2.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente al cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia.
- Identificar los factores del contexto del cuidado relacionados al adulto mayor cuidado: edad, sexo, tiempo de enfermedad, diagnóstico médico, comorbilidad, y capacidad funcional.

- Identificar los factores del contexto familiar del cuidado: funcionalidad familiar y apoyo familiar informado por el adulto mayor y cuidador familiar responsable.
- Identificar los factores del contexto físico del cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en términos de ambiente físico
- Valorar la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica
- Asociar los factores identificados con la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica.

2.4. Justificación de la investigación

Las enfermedades crónicas se han convertido en un reto para la salud pública, afecta al comportamiento de las personas y sus familias, la actitud de trabajadores de salud y en la organización y cuidado del adulto mayor desde el sistema sanitario⁶².

Los principales obstáculos que se enfrentan la personas con enfermedades crónicas son las siguientes: 1) Los pacientes pueden estar largos períodos sin que nadie se preocupe por sus condiciones. 2) El sistema sanitario está preparado para la atención reactiva de problemas agudos, reagudizaciones y complicaciones, no para la atención proactiva de los enfermos crónicos. 3) El control de las enfermedades crónicas requiere grandes cambios en el comportamiento de los pacientes, los sanitarios y la organización del sistema⁶³.

El cuidado es universal enmarcado en la diversidad cultural. Vásquez argumenta que el cuidado, como valor subjetivo, depende de las percepciones del sujeto que valora; por lo tanto, es propio o distintivo a la vida humana. Como valor, el cuidado es percibido tanto por el que brinda cuidado así como por la persona que es cuidada⁶⁴.

Por otro lado, el apoyo social es un factor protector para el cuidador familiar y la persona cuidada. Es importante que el cuidador principal tenga apoyo de otros cuidadores secundarios; sin este existe mayor riesgo para su salud mental y bienestar del cuidador⁶⁵.

En este contexto, este estudio contribuirá con evidencias que mostraran la situación de salud del cuidador familiar de adultos mayores con enfermedad crónica; así mismo, con datos para mejorar la calidad de vida del cuidador familiar reduciendo la variabilidad al disminuir la percepción de sobrecarga en las durante el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica.

2.5. Hipótesis

Hipótesis alterna: H_1

Existe relación estadística significativa entre algunos factores del contexto del cuidado y la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica.

Hipótesis nula: H_0

No existe relación estadística significativa entre algunos factores del contexto del cuidado y la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica.

2.6. Variables

Variable Dependiente

Calidad de Vida del cuidador familiar: conceptualizada como la valoración subjetiva y global que el cuidador familiar tiene de su vida misma, tanto en las categorías: Función física, Rol físico, Rol emocional, Función social, Dolor corporal, Vitalidad, Salud mental y Salud general

Definición Operacional: constituido por los puntajes alcanzados con el cuestionario SF-12v2 en los componentes:

- Puntaje promedio de la Función física (F.F): cuantifica el grado en que la salud limita las actividades físicas como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, y esfuerzo moderado.
- Puntaje promedio del Rol físico (R.F): mide el impacto en que la salud física restringe el trabajo y otras actividades diarias.
- Puntaje promedio del Rol emocional (R.E): mide el grado en que los problemas emocionales entorpecen el trabajo o actividades de la vida diaria, implica disminución del tiempo, rendimiento laboral disminuido y menoscabo del cuidado al trabajar.
- Puntaje promedio de la Función social (F.S.): estima el nivel que los problemas de salud física o emocional entorpecen la vida social.
- Puntaje promedio del Dolor corporal (D.C.): estima la intensidad del dolor y su impacto en el trabajo.
- Puntaje promedio de la Vitalidad (V.): valora el sentimiento de energía para afrontar el cansancio y agotamiento.
- Puntaje promedio de la Salud mental (S.M.): mide la salud mental, como depresión, ansiedad entre otros.

Variable Independiente

A. Factores demográficos del adulto mayor

Indicadores

- Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio expresado en años
- Sexo: masculino, femenino
- Estado civil: conviviente, casado, separado
- Enfermedad de base: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, asma/EPOC
- Tiempo de enfermedad: número de años de enfermedad.

B. Factores sociodemográficos del cuidador familiar

Indicadores

- Edad: Periodo de tiempo acontecido desde el nacimiento hasta la recogida de datos del estudio emitido en años
- Sexo: masculino, femenino
- Estado civil: Soltero, conviviente, casado, separado
- Escolaridad: sin instrucción, primaria, secundaria, superior
- Tiempo de cuidado al adulto mayor: número de horas/día, número de años dedicado al cuidado de la persona mayor

C. Factores del entorno familiar:

Apoyo familiar: Consiste en el apoyo percibido por el cuidador familiar, sea este con recursos emocionales, físicos, financieros; que provoca un sentimiento tanto de pertenencia como de aceptación en relación con las personas que forman parte de la red social del individuo.

Es la ayuda que la familia o alguno de sus miembros otorga a otro miembro necesitado, a través de afecto, reforzando su autoestima y apoyo instrumental. El grado de apoyo familiar le da al adulto la

sensación de que se es amado, respetado y valorado y que la carga se comparte con otro Kane (Fawcett, 1991) y Antonucci's (Fawcett, 1991)

Indicadores:

- **Bajo grado de apoyo familiar.** Cuando la mayoría de las respuestas corresponden a un puntaje de 10 a 19 puntos.
- **Moderado grado de apoyo familiar.** Cuando la mayoría de las respuestas corresponden a un puntaje de 20 a 25 puntos.
- **Alto grado de apoyo familiar.** Cuando la mayoría de las respuestas corresponden a un puntaje de 26 a 30 puntos.

-

D. Factores del entorno físico: Conjunto de características estandarizadas de la vivienda del adulto mayor con enfermedad crónica referidas a aspectos generales: ubicación de espacios comunes e individualizados, ventilación, iluminación y barreras arquitectónicas
Indicadores.

- Características de espacios comunes
- Características del dormitorio del adulto mayor
- Características de cocina/comedor del adulto mayor
- Características del área de gestión del cuidado del adulto mayor

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

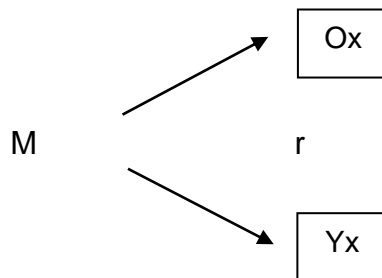
3.1. Tipo y diseño de la investigación

Tipo: en la presente investigación, se aplicó el método cuantitativo, porque las variables se analizaron en forma numérica usando estadísticos descriptivos e inferenciales.

Diseño: se trató de una investigación observacional, prospectivo, transversal y correlacional.

- **Observacional:** las variables fueron analizadas en su contexto natural sin manipulación.
- **Prospectivo:** porque los datos se recogieron a intención de la investigación.
- **Transversal:** en la recolección de datos se hizo un corte en el tiempo.
- **Correlacional:** determinó la asociación entre las variables, sin identificar causa efecto.

El diagrama fue el siguiente:



Especificaciones:

M: Muestra

Ox: Observaciones

Yx: Subíndices (Observaciones obtenidas en cada una de las variables)

r: asociación entre las variables independientes y dependiente.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por el total de cuidadores familiares y adultos mayores con enfermedad crónica que residen en la jurisdicción de la Red San Juan de la ciudad de Iquitos.

3.2.2. Muestra:

La muestra determinada por conveniencia, estuvo conformada por 200 cuidadores familiares de adultos mayores y 200 adultos mayores con enfermedad crónica que son atendidos por cuidadores familiares.

Criterios de Inclusión:

- Cuidadores familiares de adultos mayores que tengan 20 años o más.
- Aceptan el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Cuidadores familiares que no aceptan el consentimiento informado

3.3. Técnicas e Instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas: Se utilizó la entrevista, la que se realizó en forma personalizada con el cuidador familiar y el adulto mayor con enfermedad crónica.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó los siguientes instrumentos:

a) Cuestionario de factores sociodemográficos del adulto mayor y del cuidador familiar:

Este instrumento incluye los datos generales de los adultos mayores con enfermedad crónica y los cuidadores familiares. Así mismo, características clínicas como tiempo de enfermedad, diagnóstico médico, comorbilidad.

Los datos del cuidador familiar incluidos fueron la edad, sexo, escolaridad, estado civil, número de horas diarias del cuidado del adulto mayor, tiempo de cuidado en meses.

b) Índice de Barthel.

El índice de Barthel es uno de los instrumentos usados para cuantificar la autonomía y dependencia de adultos mayores. Consta de diez ítems sobre la ejecución de las actividades de la vida diaria como la alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras⁶⁶. La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia)⁶⁷. Posee fiabilidad intraobservador índice de Kappa entre 0.84 y 0.97, consistencia interna alfa de Cronbach de 0.86⁶⁸.

c) Cuestionario de apoyo social MOS

Instrumento que valora el apoyo social especialmente de la familia del paciente. Consta de 20 ítems; el primer ítem cuantifica el tamaño de la red y los demás 19 ítems miden cuatro dimensiones: apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Se puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre). La sumatoria puntúa desde 19 a 95 puntos, el apoyo social es mayor a medida que el puntaje incrementa. Se interpreta así:

- Falta de Apoyo Emocional/informacional: <24 puntos.

- Falta de Apoyo Instrumental :<12 puntos.
- Falta de Interacción Social positiva :< 12 puntos.
- Falta de Apoyo Afectivo :< 9 puntos.
- Índice global de escaso apoyo social : < 57 puntos.

La consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.97 y para las sub escalas fluctúa entre 0.91 a 0.96. La fiabilidad test-retest es de 0.78⁶⁹.

d) Lista de cotejo de “Factores del entorno físico del adulto mayor en el domicilio”

Instrumento que ha sido elaborado por las investigadoras y asesores a partir de los requisitos mínimos para el funcionamiento de los centros de atención residencial para personas adultas mayores según el Decreto Supremo N° 009-2010-MIMDES. También el Reglamento de los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores Decreto Supremo N° 004-2016-MIMP. Título II de los centros de adultos mayores.

Validez: para validar este último instrumento se utilizó la técnica de juicio de expertos, participaron 02 geriatras y 03 enfermeras profesionales con experiencia en atención domiciliaria. La validez de contenida fue de 0.95.

Confiabilidad: se aplicó el Test de equivalencia y se calculó el Índice de concordancia, obteniéndose un índice de concordancia del 90%

e) Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-12v2,

Este cuestionario mide la Calidad de vida percibida, consta de doce ítems, evalúa el grado de bienestar y capacidad funcional de las

personas, valora ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional). Las opciones de respuesta fluctúan entre tres a seis puntos, estos cuantifican la intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. El puntaje global es entre 0 y 100, el mayor puntaje indica una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Es válido y confiable, consistencia interna superiores a 0,70⁷⁰.

3.3.3. Procedimiento de recolección de datos

- Se solicitó la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; fue aprobada con el Dictamen de evaluación NP 096-2023-CIEI-VRINV-UNAP.
- Seguidamente se solicitó autorización a la jefatura de la Micro Red San Juan para la selección de la muestra y ejecución del estudio, a través de un oficio del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Perú.
- Se coordinó con los Líderes comunitarios de las manzanas seleccionadas afín de que la comunidad conozca de la ejecución del presente estudio.
- Los adultos mayores y sus cuidadores familiares fueron seleccionados a partir de las Fichas Familiares del establecimiento de salud con la coordinación del profesional de salud sectorista de salud familiar.
- Una vez ubicado el domicilio de los adultos mayores participantes, se desarrolló una visita domiciliaria con la finalidad de explicar los fines del estudio y la obtención del consentimiento informado; además se concertó la fecha y hora de la visita domiciliaria para la recolección de datos.
- La recolección de la información se realizó en el turno de la mañana y tarde durante 04 semanas en el horario de 7:00 am – 6pm.

- Durante la recolección de datos las investigadoras utilizaron el uniforme de salud comunitaria.
- En la recogida de datos se aplicó los principios éticos y Bioéticos.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

La información recogida fue codificada y procesada mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26.0.

Estadística Descriptiva: Se calcularon medidas de resumen para variables cuantitativas (medidas de tendencia central y dispersión) y cualitativas (frecuencias absolutas y relativas). También se elaboraron tablas y gráficos tanto para el análisis univariado y bivariado.

Estadística Inferencial: se aplicó la prueba t de student para comprobar la diferencia estadística significativa entre las puntuaciones medias de la calidad de vida. También se utilizó la prueba de correlación bivariada r de Pearson, con la finalidad de establecer la fuerza de asociación y la direccionalidad de las variables de estudio teniendo en cuenta un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de confianza del 95%.

3.5. Protección de los derechos humanos

Se obtuvo el Dictamen de evaluación del Comité de Ética Institucional de la UNAP NP 096-2023-CIEI-VRINV-UNAP con la finalidad de cotejar que la presente investigación no involucre riesgo para los sujetos de estudio, dado que no se desarrollaron procedimientos invasivos.

Durante todo el proceso de la ejecución de la investigación, se garantizó el respeto de los derechos humanos y la práctica de los principios bioéticos de los sujetos de estudio del siguiente modo:

Beneficencia:

Los resultados del estudio están orientados al beneficio común de la sociedad con énfasis en el grupo de adultos mayores y sus cuidadores familiares; de este modo se aporta con el conocimiento para promover el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de este grupo vulnerable.

No maleficencia:

La integridad psicológica, física, moral ni social de los adultos mayores de 60 años y sus cuidadores familiares participantes no se afectaron durante su participación en la investigación; los instrumentos fueron anónimos; se consideró la confidencialidad de la información, ésta fue analizada en forma agrupada, sin individualizar a ningún sujeto de estudio; así mismo, la información obtenida solo fue aprovechada con fines de la investigación. Así mismo, las tesis recibieron actualización previa de conocimientos y habilidades en el desarrollo de entrevistas y valoración de personas mayores.

Justicia:

Todos los adultos mayores y sus cuidadores dispusieron la misma probabilidad de participación en la investigación. También se ofreció las mismas garantías de protección física y dignidad humana sin distinción de género, raza, o status económico.

Autonomía:

La participación de los adultos mayores y sus cuidadores familiares fue libre y voluntaria, el respeto a la autodeterminación, de actuación libre y consciente, sin factores externos; se demostró con la firma del consentimiento informado. De otra parte, se consideró los valores, necesidades y deseos de los sujetos de estudio.

intermedios informaron edad media de 52.5±4.5 años y los adultos mayores con edad media de 66±5.1 años.

Los participantes, en forma mayoritaria eran del sexo femenino (75.5%), con escolaridad secundaria (64.5%), estado civil casado y conviviente (63.5%), de ocupación vendedor de comidas en casa (75%) y procede de Maynas (98%) (Tabla 1).

4.2. Factores del contexto del cuidado

4.2.1. Características del adulto mayor cuidado

Tabla 2. Características sociodemográficas del adulto mayor según sexo (n=200)

Características	Femenino	Masculino	Total
n (%)	104 (51.2)	96 (48.8)	200 (100.0)
Edad			
M (DS)	74.5 (8.9)	75.4 (9.3)	74.7 (9.0)
60 a 74 años ^{n (%)}	51 25.5	53 26.5	104 52.0
75 años a mas	47 23.5	49 24.5	96 48.0
Tiempo de enfermedad			
M (DS)	13.1 (5.9)	14.1 (6.4)	13.4 (6.1)
01 a 10 años ^{n (%)}	48 24.0	50 25.0	98 49.0
11 a 20 años	42 21.0	46 23.0	88 44.0
21 años a mas	8 4.0	6 3.0	14 7.0
Diagnostico medico^{n (%)}			
Hipertensión	68 34.0	82 41.0	150 75.0
Diabetes mellitus	26 13.0	18 9.0	44 22.0
Artrosis	4 2.0	2 1.0	6 3.0
Comorbilidad^{n (%)}			
Hipertensión	27 13.5	12 6.0	39 19.5
Diabetes	51 25.5	33 16.5	84 42.0
Artrosis	6 3.0	9 4.5	15 7.5
Parkinson	13 6.5	8 4.0	21 10.5
Enfermedad cerebrovascular	1 0.5	2 1.0	3 1.5
Enf. Próstata	0 0.0	38 19.0	38 19.0

La tabla 2 describe las características sociodemográficas del adulto mayor cuidado, apreciándose que la edad media del adulto mayor cuidado fue

de 74.7±9 años. El 52% tiene entre 60 a 74 años y el 51.2% eran de sexo femenino.

El tiempo promedio de enfermedad fue de 13.4±6.1 años, 49% entre 01 a 10 años de enfermedad y 44% entre 11 a 20 años de enfermedad.

En cuanto a la enfermedad de base, el 75% informó hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus (22%). Así mismo, el 42% de adultos mayores informó como principal comorbilidad a la diabetes mellitus, especialmente las mujeres (25.5%), el 19% de varones reportaron Enfermedad de la Próstata (Tabla 2).

4.2.2. Capacidad funcional del adulto mayor

Tabla 3. Capacidad funcional del adulto mayor según edad (n=200)

Capacidad funcional	60 a 74 años		75 años a mas		Total	
Capacidad funcional M (DT)	95.38	(11.27)	77.14	(27.86)	86.63	(22.8)
Independiente n (%)	75	37.5	35	17.5	110	55.0
Dependencia leve	27	13.5	39	19.5	66	33.0
Dependencia moderada	1	0.5	11	5.5	12	6.0
Dependencia grave	1	0.5	5	2.5	6	3.0
Dependencia total	0	0.0	6	3.0	6	3.0
Total	104	52.0	96	48.0	200	100.0

(M ± SD) (M ± SD) (M ± SD) (M ± SD)

En forma general, la puntuación media de la capacidad funcional del adulto mayor cuidado fue de 86.63 puntos, siendo mayor la autonomía en los adultos con edades comprendidas entre los 60 a 74 años (95.38±11.27 puntos), en comparación a los adultos de 75 años a más (77.1±27.86). La prueba t student demostró que existe diferencias estadísticas significativas en la comparación de medias de acuerdo a la edad (*(M ± SD) (M ± SD) (M ± SD) (M ± SD)*

El 55% de personas mayores fue funcionalmente independiente especialmente aquellos con edades entre 60 a 74 años, el 33% de ellos

con dependencia leve en especial los de 75 años a más (19.5%). Solamente el 6% presentó dependencia de grado moderado y 6% dependencia total, en particular los adultos mayores de 75 años a más (Tabla 3).

4.3. Factores del contexto familiar del cuidado

4.3.1 Apoyo social del cuidador familiar

Tabla 4. Apoyo social del cuidador familiar (n=200)

Dimensiones	n	%	M	DT	t	gl	p
Apoyo emocional							
Falta apoyo emocional (<24 puntos)	150.0	75.0	20.86	1.60	-13.25	59.80	0.000
Con apoyo emocional (24 puntos a más)	50.0	25.0	26.44	2.83			
Apoyo instrumental							
Falta apoyo emocional (<12 puntos)	127.0	63.5	10.48	0.88	-14.28	105.46	0.000
Con apoyo instrumental (12 puntos a más)	73.0	36.5	13.07	1.40			
Apoyo Interacción social							
Falta apoyo interacción social (<9 puntos)	149.0	74.5	10.33	0.80	-12.95	57.55	0.000
Con apoyo interacción social (9 puntos a más)	51.0	25.5	13.57	1.72			
Apoyo afectivo							
Falta apoyo afectivo (<9 puntos)	127.0	63.5	7.67	0.54	-13.37	82.60	0.000
Con apoyo afectivo (9 puntos a más)	73.0	36.5	10.11	1.51			
Apoyo social global							
Apoyo social escaso (<57 puntos)	156.0	78.0	21.23	1.95	-0.75	64.00	0.456
Apoyo social bueno (57 puntos a más)	44.0	22.0	21.50	2.16			

Cuando se evaluó el apoyo social del cuidador familiar, el 78% de ellos reportaron apoyo social escaso (media de 21.23±1.95 puntos) y solo el

22% de adultos informaron apoyo social bueno (media de 22 ± 2.16 puntos).

De acuerdo a las dimensiones del apoyo social que mide la escala MOS, se detectó escaso apoyo en las dimensiones apoyo emocional (75%), seguida de la dimensión interacción social (74.5), apoyo instrumental y dimensión apoyo afectivo (63.5% y 63.5% respectivamente) (Tabla 4).

4.3.2. Factores del contexto físico del cuidado del adulto mayor

Se evaluaron cinco áreas de la vivienda que constituyen el entorno físico del adulto mayor cuidado, observándose lo siguiente:

Respecto a la vivienda en general, el 97.5% no cuenta con rampas fijas o móviles si hubiera desniveles dentro de la vivienda, el 56.5% no utiliza una habitación individual y el 99.5% no cuenta con timbre de llamado.

El baño o espacio para higiene personal del adulto mayor en su mayoría no cuenta con los requerimientos básicos como silla para baño (100%), barras de apoyo (99.5%) y suelo antideslizante (97%).

En cuanto al área de gestión del cuidado del adulto mayor, se encontró que también existe escasez en esta área de gestión del cuidado: el 100% no cuenta con formatos de registros del cuidado como Kardex, hojas de control egresos e ingresos, etc). De otra parte, el 63% no tiene estante para material médico como tensiómetro, estetoscopio, etc., el 58% sin almacén de medicamentos, 20% no tiene botiquín de primeros auxilios para la atención básica de emergencias (Tabla 5).

Tabla 5. Contexto físico del adulto mayor (n=200)

Características del entorno físico	Sí		No	
	n	%	n	%
La vivienda en general				
Dispone de espacios comunes que promuevan el encuentro con sus seres queridos.	200.0	100.0	0.0	0.0
Tomacorrientes y switch en funcionamiento	200.0	100.0	0.0	0.0
Espacios en los que el adulto mayor transita está libre de obstáculos	199.0	99.5	1.0	0.5
Consta de superficies planas y seguras (pasadizos, habitación)	199.0	99.5	1.0	0.5
Ventilación natural	199.0	99.5	1.0	0.5
Iluminación natural	199.0	99.5	1.0	0.5
Buena iluminación en la noche (luz blanca de 65 watts)	199.0	99.5	1.0	0.5
Espacios libres (pasadizos) con iluminación 60 watts	197.0	98.5	3.0	1.5
Cuenta con rampas fijas o móviles si hubiera desniveles	5.0	2.5	195.0	97.5
Dormitorio del adulto mayor				
Buena iluminación durante el día	200.0	100.0	0.0	0.0
Cama individual, colchón adecuado estándar, 60 cc de ancho	200.0	100.0	0.0	0.0
Buena iluminación durante la noche	199.0	99.5	1.0	0.5
Intimidad personal, que incluye a sus pertenencias individuales	197.0	98.5	3.0	1.5
Utiliza una habitación individual	87.0	43.5	113.0	56.5
Timbre de llamado	1.0	0.5	199.0	99.5
Baño o espacio para higiene personal del adulto mayor				
Suelo antideslizante	6.0	3.0	194.0	97.0
Barras de apoyo	1.0	0.5	199.0	99.5
La ducha cuenta con silla para baño o silla giratoria	0.0	0.0	200.0	100.0
Cocina o área de alimentación				
Altura adecuada de estantes	200.0	100.0	0.0	0.0
Altura adecuada de utensilios, carrito de desplazamiento de objetos y alimentos	200.0	100.0	0.0	0.0
Cuenta con carrito de desplazamiento de objetos y alimentos	7.0	3.5	193.0	96.5
Área de gestión del cuidado				
Área eliminación de desechos	200.0	100.0	0.0	0.0
Registro de citas médicas, recetas médicas, solicitud de exámenes auxiliares	165.0	82.5	35.0	17.5
Botiquín de primeros auxilios para la atención básica de emergencias.	159.0	79.5	41.0	20.5
Almacén de medicamentos...	84.0	42.0	116.0	58.0
Estante para material médico (tensiómetro, estetoscopio, etc.	73.0	36.5	127.0	63.5
Formato de registro (Kardex, hojas de control egresos e ingresos)	0.0	0.0	200.0	100.0

4.4. Calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor

Tabla 6. Calidad de vida del cuidador familiar según edad (n=200)

	M (Ic 95%)	Md	DT	R	t	gl	p
Calidad de vida global	63.7 (61.9-65.4)	66.2	12.5	63.7			
≥ 60 años (n=41)	60.9(56.32-65.5)	65.0	14.53	63.7	1.43	54.81	0.158
<60 años (n=159)	64.4(62.5-66.3)	66.2	11.98	55.6			
Dimensión física	62.9 (61.0-64.8)	62.5	13.7	62.5	-2.17	198.00	0.031
≥ 60 años (n=41)	58.8 (53.9-63.7)	62.5	15.4	62.5			
<60 años (n=159)	64.0 (61.9-66.0)	66.3	13.1	62.5			
Función física	58.0 (55.1-60.8)	50.0	20.2	100.0	-2.88	129.48	0.005
≥ 60 años (n=41)	52.4 (48.9-55.8)	50.0	10.9	75.0			
<60 años (n=159)	59.4 (56.0-62.8)	50.0	21.7	100.0			
Rol físico	72.0 (66.8-77.1)	100.0	37.1	100.0	-1.33	57.13	0.189
≥ 60 años (n=41)	64.6 (51.7-77.4)	100.0	40.7	100.0			
<60 años (n=159)	73.8 (68.2-79.5)	100.0	35.9	100.0			
Dolor corporal	67.6 (65.4-69.8)	75.0	15.7	100.0	-0.80	198.00	0.420
≥ 60 años (n=41)	65.8 (60.9-70.7)	75.0	15.6	75.0			
<60 años (n=159)	68.0 (65.6-70.5)	75.0	15.8	100.0			
Salud en general	54.2 (51.3-57.1)	50.0	20.7	75.0	-0.59	58.40	0.554
≥ 60 años (n=41)	52.4 (45.4-59.4)	50.0	22.2	50.0			
<60 años (n=159)	54.7 (51.5-57.8)	50.0	20.3	75.0			
Dimensión emocional	64.4 (62.3-66.5)	70.0	14.9	65.0	-0.71	198.00	0.480
≥ 60 años (n=41)	62.9 (57.7-68.2)	70.0	16.6	65.0			
<60 años (n=159)	64.8 (62.5-67.0)	70.0	14.5	65.0			
Vitalidad	76 (73.5-78.4)	80.0	17.8	80.0	-1.45	51.56	0.153
≥ 60 años (n=41)	71.7 (64.6-78.7)	80.0	22.3	80.0			
<60 años (n=159)	77.1 (74.5-79.6)	80.0	16.4	80.0			
Función social	37.3 (34.5-40.0)	20.0	20.0	60.0	-1.70	198.00	0.065
≥ 60 años (n=41)	42.4 (36.0-48.7)	60.0	20.1	40.0			
<60 años (n=159)	35.9 (32.8-39.0)	20.0	19.8	60.0			
Rol emocional	67.3 (61.3-73.3)	100.0	42.9	100.0	-0.42	56.70	0.674
≥ 60 años (n=41)	64.6 (49.5-79.7)	100.0	47.8	100.0			
<60 años (n=159)	68.0 (61.5-74.6)	100.0	41.7	100.0			
Salud mental	77.1 (74.8-79.4)	80.0	16.6	80.0	-1.56	55.70	0.122
≥ 60 años (n=41)	73.1 (67.2-79.0)	80.0	18.8	80.0			
<60 años (n=159)	78.1 (75.6-80.6)	80.0	15.9	80.0			

T

En la tabla 6, se observa las puntuaciones medias de la calidad de vida del cuidador familiar, de acuerdo su edad; observándose que los

cuidadores familiares tuvieron mejor puntuación en la dimensión emocional que en la dimensión física (64.4 y 62.9 puntos respectivamente); siendo mayor en los cuidadores menores de 60 años.

Las áreas de la dimensión emocional con mayor puntuación fueron: salud mental (77.1+16.6), seguido de vitalidad (76+17.8); mientras que función social fue el área con menor puntuación (37.3+20).

A su vez en la dimensión física, las puntuaciones más altas fueron en rol físico (72+37.1) y dolor corporal (67.6+15.7), mientras que el área mas baja fue Salud en general (54.2+20.7). Sin embargo, la prueba t student demostró diferencias estadísticas en la dimensión física en general ($t=-2.17$, $p=0.031$) y función física ($t=-2.88$, $p=0.005$)

4.5. Asociación de los factores identificados con la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica.

Al establecer la correlación entre los factores estudiados y la calidad de vida del cuidador familiar, se observó que:

El tiempo de enfermedad del adulto mayor cuidado correlacionó en forma inversa con la dimensión emocional de la calidad de vida ($r=-0.180$, $p<0.05$); mientras que se halló correlación directa entre el nivel de autonomía con la misma dimensión ($r=0.149$, $p<0.05$). Esto significa que, a mayor tiempo de enfermedad del adulto mayor, menor calidad de vida en la dimensión emocional; y a mayor autonomía del adulto mayor, mayor calidad de vida en la dimensión emocional de la calidad de vida del cuidador familiar.

Cuando se analizó las dimensiones específicas de la calidad de vida del cuidador, se apreció que todas las dimensiones del apoyo social correlacionaron en forma positiva con la dimensión "función física" del cuidador siendo mayor con la dimensión "interacción social" ($r=0.303$, $p<0.01$); en tanto que todas estas dimensiones del apoyo

social correlacionaron en forma negativa con la dimensión “salud en general”, siendo superior la asociación con la dimensión “apoyo afectivo”, o sea, que a mayor apoyo afectivo del cuidador, menor “salud en general” del adulto mayor.

Estas mismas variables correlacionaron en forma positiva con la dimensión “función social” siendo mayor con el apoyo afectivo; esto significa que, a mayor percepción de apoyo afectivo, mayor puntuación en la “dimensión social” del cuidador.

La edad del cuidador correlacionó en forma negativa con la función física ($r=-0.199$, $p>0.05$), vitalidad ($r=-0.188$, $p<0.05$) y salud mental ($r=-0.184$, $p<0.05$); es decir a mayor edad del cuidador, menor puntuación de la calidad de vida en las dimensiones salud física, vitalidad y salud mental.

También se observó que a mayor edad del adulto mayor, menor vitalidad del mismo ($r=-0.139$, $p<0.05$). Así mismo a mayor emocional percibido por el cuidador, menor puntuación en la dimensión “salud en general” y mayor “función social ($r=-0.239$ y $r=0.210$ respectivamente). También a mayor “apoyo instrumental”, mayor “función física” y menor “salud en general” ($r=0.258$ y $r=-0.258$, $p<0.01$) (Tabla 7 y Tabla 7.1).

Tabla 7. Matriz de correlación bivariada para la calidad de vida del cuidador familiar (n=200)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Edad cuidador	1									
2. Edad del adulto mayor	0.221	1								
3. Tiempo enfermedad AM	0.338	0.449	1							
4. Apoyo emocional	0.075	0.009	0.038	1						
5. Apoyo instrumental	0.049	0.014	0.053	.644(**)	1					
6. Apoyo interacción social	-0.062	0.076	0.065	.780(**)	.594(**)	1				
7. Apoyo afectivo	-0.013	0.100	<u>.163(*)</u>	.718(**)	.641(**)	.805(**)	1			
8. Apoyo social global	0.025	0.048	0.080	.931(**)	.796(**)	.898(**)	.875(**)	1		
9. Dependencia AM	-0.245	-0.390	-.592(**)	-0.091	0.038	-0.049	-0.054	-0.054	1	
10. Función física	-0.199	0.031	-0.106	0.087	.258(**)	.219(**)	.303(**)	.217(**)	.204(**)	1
11. Rol físico	-0.050	0.087	-0.124	-0.047	-0.079	-0.093	-0.111	-0.086	0.041	0.133
12. Dolor corporal	-0.075	0.050	-0.054	0.073	0.111	0.133	0.110	0.114	0.101	<u>.167(*)</u>
13. Salud en general	0.064	-0.017	-0.110	-.239(**)	-.258(**)	-.282(**)	-.291(**)	-.296(**)	0.047	-.338(**)
14. Vitalidad	-0.188	<u>-0.139</u>	-0.062	-0.047	-0.020	0.001	0.016	-0.021	0.121	-0.085
15. Función social	0.100	0.123	0.068	.210(**)	.219(**)	.193(**)	.257(**)	.245(**)	0.031	.191(**)
16. Rol emocional	0.000	0.112	-0.009	0.063	0.023	0.044	0.073	0.059	-0.030	0.111
17. Salud mental	-0.184	-0.044	-0.055	0.052	0.015	0.094	0.084	0.067	0.097	-0.025
18. C.V. dimensión emocional	-0.104	0.077	<u>-.180(*)</u>	-0.068	-0.024	-0.050	-0.042	-0.057	<u>.149(*)</u>	.378(**)
19. C.V. dimensión física	-0.074	0.068	-0.017	0.117	0.088	0.123	<u>.167(*)</u>	0.138	0.052	0.111
20. C.V. global	-0.101	0.083	-0.108	0.032	0.039	0.045	0.076	0.050	0.112	.272(**)

V

Tabla 7.1. Continuación Matriz de correlación bivariada para la calidad de vida del cuidador familiar (n=200)

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Edad cuidador										
2. Edad del adulto mayor										
3. Tiempo enfermedad AM										
4. Apoyo emocional										
5. Apoyo instrumental										
6. Apoyo interacción social										
7. Apoyo afectivo										
8. Apoyo social global										
9. Dependencia AM										
10. Función física										
11. Rol físico	1									
12. Dolor corporal	0.097	1								
13. Salud en general	<u>.181(*)</u>	.232(**)	1							
14. Vitalidad	0.012	.244(**)	.421(**)	1						
15. Función social	0.026	0.101	-.263(**)	<u>-.160(*)</u>	1					
16. Rol emocional	.719(**)	0.099	0.065	0.065	0.125	1				
17. Salud mental	0.025	.365(**)	.306(**)	.766(**)	-0.063	0.068	1			
18. C.V. dimensión emocional	.819(**)	.500(**)	.441(**)	.205(**)	0.017	.578(**)	.227(**)	1		
19. C.V. dimensión física	.537(**)	.280(**)	<u>.170(*)</u>	.506(**)	.361(**)	.801(**)	.536(**)	.547(**)	1	
20. C.V. global	.764(**)	.438(**)	.341(**)	.411(**)	.223(**)	.789(**)	.441(**)	.869(**)	.890(**)	1

V

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

Esta investigación es una de las pocas que examina la influencia del contexto del cuidado en la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor con enfermedad crónica desde la perspectiva de los cuidadores. Los hallazgos muestran que a la calidad de vida como uno de los indicadores más importantes que ponen de manifiesto las condiciones de vida de las personas, y es el fundamento para la implementación de mejoras del envejecimiento activo⁷¹.

Los hallazgos de este estudio revelaron que el tiempo de enfermedad y la mayor dependencia del adulto mayor, afecta negativamente la dimensión emocional de la calidad de vida del cuidador familiar ($p < 0.05$). Hallazgos similares han sido notificados por otros autores^{72,73,74} señalando que los cuidadores de personas mayores con incapacidad moderada y grave presentan afectación en la calidad de vida con puntuaciones bajas en las dimensiones física y mental; así mismo, se ha reportado síntomas de ansiedad en los cuidadores relacionados con la duración del cuidado, estado de fragilidad, comorbilidad de la persona mayor y la ansiedad de los cuidadores⁷⁵.

Los paradigmas teóricos del cuidado de enfermería domiciliario resaltan que la capacidad funcional del adulto mayor cuidado es el factor central estresante en la vivencia del cuidado. Esto es coherente con la evidencia empírica, que informan mayor carga y aislamiento social del cuidador familiar cuando el estado funcional del adulto cuidado está deteriorado prediciendo calidad de vida con resultados negativos⁷⁶. Hay que considerar que los cuidadores no sólo gestionan el cuidado físico del adulto mayor sino

además ayudan en las tareas domésticas; sino que mantienen otro trabajo o estudios mientras brindan cuidados, de otro lado, sufren presión de la propia familia del adulto mayor, transformándose en carga pesada adicional para sus vidas.

Así mismo, se detectó que la mayoría de dimensiones del apoyo social correlacionaron con la calidad de vida de los cuidadores ($p < 0.05$). Esto concuerda con autores en otros contextos quienes han descrito que el apoyo social está relacionado con la calidad de vida, puede aliviar la presión y mejorar el bienestar subjetivo de los cuidadores^{77,78,79,80,81,82}. El apoyo social es comprendido como el grado en que las personas valoran y perciben las expectativas del apoyo social que reciben, sea este apoyo espiritual o material de su familia, amigos, miembros de la comunidad y otras relaciones importantes^{83,84}; así mismo, como modalidad de interacción interpersonal no solamente ofrece ayuda práctica, sino que además provee comunicación emocional a los cuidadores, y les ayuda en la reducción del estrés⁸⁵. Un excelente apoyo social es fundamental para mejorar la calidad de vida y cumple un rol fundamental en la disminución de la tensión mental, eliminación de dificultades psicológicas, mejora del efecto del tratamiento y maximización del pronóstico⁸⁶.

También se ha reportado que cuidadores de adultos con enfermedad crónica terminal⁸⁷, informan peor calidad de vida con angustia psicofísica y social, limitación de roles y actividades y tensión en las relaciones familiares⁸⁸ especialmente cuando brindan cuidados con recursos limitados⁸⁹. Al parecer, los cuidadores soportan una carga significativa al mantener el bienestar de los pacientes y afrontan un riesgo elevado de depresión, especialmente cuando el apoyo social es inadecuado^{90,91}.

Cuidar a un adulto mayor con enfermedad crónica supone enorme carga física y posiblemente acarrea cierto grado de resistencia psicológica en los cuidadores. La cantidad y calidad del apoyo social influye en la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo de las personas actuando como amortiguador en la salud física y mental. Entonces este constructo puede apreciarse como recurso positivo en las enfermedades crónicas, pero a veces suele convertirse en una experiencia negativa que empeora la calidad de vida⁹².

Otro aspecto importante en el estudio, es el referido al contexto físico del adulto mayor con enfermedad crónica; es decir, la adecuación del hogar a las necesidades del adulto mayor. En este estudio se identificó escasez de acomodación de la vivienda del adulto mayor, solo la mitad de personas mayores utilizaban una habitación individual, en forma mayoritaria no disponían de rampas cuando había desniveles en la vivienda; en cuanto al baño o espacio para higiene, el 97% no tenía suelo antideslizante, 99% sin barras de apoyo y la ducha sin silla para baño.

Como han descrito algunos autores, los pacientes que reciben atención domiciliaria suelen ser personas mayores con enfermedades crónicas que experimentan cada vez más barreras de seguridad debido a necesidades de atención especiales; sin embargo, se ha suministrado menos vigilancia en la evaluación de los factores involucrados en la seguridad domiciliaria del paciente⁹³.

Desde la perspectiva del cuidado de enfermería domiciliaria garantizar la seguridad es un desafío, en la medida el hogar está estructurado para vivir, y no para brindar cuidados en caso de enfermedad. La importancia de la modificación del hogar de adultos mayores con morbilidad también ha sido descrita por otros investigadores, un entorno familiar sin barreras hace

referencia a un espacio que personas de todas las edades, sexos o condiciones físicas pueden utilizar de forma libre y segura, permitiendo a todos conservar su dignidad y tener la máxima autonomía⁹⁴.

De otra parte, algunos estudios han reportado que la cohesión familiar de los cuidadores familiares que cuidan a personas mayores con discapacidad leve mejora calidad de vida después de intervenciones que implican mejoras en el entorno del hogar sin barreras. En algunos países europeos y asiáticos se han realizado adecuaciones del entorno hogareño del adulto mayor para la prevención de caídas, es así que, se usan listas de verificación del entorno doméstico y así previenen este gran problema de salud pública⁹⁵. Estos instrumentos evalúan las instalaciones en las que se ofrecen asistencia en la vida diaria del adulto mayor como levantarse, acostarse, higiene personal, comidas, etc. y servicios como alimentación, lavandería y actividades recreativas⁹⁶. La omisión de acomodos del hogar estaría suponiendo la presencia de factores de riesgo de caídas.

En este contexto, el cuidador se enfrenta a barreras en el entorno físico durante la movilidad causados por caminos irregulares, espacios inadecuados, o poco espacio para girar, al manipular silla de ruedas o movilizándolo al adulto mayor cuidado, finalmente esto provoca aumento de la carga de cuidado del cuidador, con estrés intenso, afectando la condición física y carga del cuidador^{97,98,99}.

Esta investigación tuvo algunas limitaciones. Como se trata de un estudio observacional transversal y correlacional, no se establecieron relaciones causales; de otro lado, el estudio no evaluó la carga del cuidado que podría ser factores de confusión en el presente estudio. Aún a lo mencionado, este estudio provee hallazgos interesantes sobre la influencia del entorno interno y externo del cuidador familiar y su relación con la calidad de vida

Finalmente, los hallazgos de esta investigación señalan pautas para la adopción de enfoque proactivo de educación y apoyo a los cuidadores y familias de adultos mayores para que promuevan modificaciones del entorno físico, social y emocional de los ancianos y estos permanezcan el mayor tiempo posible en sus propios hogares y comunidades.

5.2. Conclusiones

- La edad media del cuidador familiar del adulto mayor es de 47.8+13.7 años, mayormente de sexo femenino, con estudios secundarios, con pareja, constituyen las características demográficas principales del cuidador familiar del adulto mayor. Siete de cada diez cuidadores familiares informaron apoyo social escaso.
- El adulto mayor cuidado tiene 74.7+9 años, tiempo de enfermedad promedio de 13.4+6.1 años, mayoritariamente con hipertensión arterial y casi la mitad de ellos reportó diabetes como comorbilidad. El 45% de adultos mayores presentó algún grado de dependencia funcional.
- El hogar de los adultos mayores presenta escasez de adecuaciones del hogar, especialmente en ausencia de rampas, la mitad de ellos no presenta habitación individual; el baño no cuenta con suelos antideslizantes, barras de apoyo; además no hay adecuación para la gestión del cuidado.
- El tiempo de enfermedad, capacidad funcional del adulto mayor, el apoyo social percibido por el cuidador familiar, parecen influir considerablemente en la dimensión emocional de la calidad de vida del cuidador ($p < 0.05$).

5.3. Recomendaciones

Se sugiere

- Desarrollar estudios de investigación observacionales que analicen la carga del cuidador familiar y la influencia de demandas físicas, psicológicas y sociales.
- Diseñar estudios aplicativos o experimentales que midan el efecto de mejoras del hogar o entorno físico del adulto mayor promoviendo la disminución de barreras u obstáculos dentro de la vivienda y su relación con la calidad de vida del sujeto cuidado y cuidador familiar.
- Desarrollar investigaciones que evalué las estrategias de apoyo y medidas de afrontamiento del cuidador familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Kim, H. K., & Oh, H. S. (2024). Determinants of Quality of Life (QoL) in Female Caregivers in Elderly Care Facilities in Korea. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 14(1), 53. <https://doi.org/10.3390/bs14010053>
- ² Niu, S., Ding, S., Wu, S., Ma, J., & Shi, Y. (2023). Correlations between caregiver competence, burden and health-related quality of life among Chinese family caregivers of elderly adults with disabilities: a cross-sectional study using structural equations analysis. *BMJ open*, 13(2), e067296. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067296>
- ³ Gaspar, T., Raimundo, M., de Sousa, S. B., Barata, M., & Cabrita, T. (2023). Relationship between Burden, Quality of Life and Difficulties of Informal Primary Caregivers in the Context of the COVID-19 Pandemic: Analysis of the Contributions of Public Policies. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 5205. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065205>
- ⁴ Henriques, M. A., Loura, D. S., Nogueira, P., Melo, G., Gomes, I., Ferraz, I., Viegas, L., & Costa, A. (2022). Does Reality Overcome the Expected? Survey on Informal Caregivers' Profile: A Nurse-Led Study in Times of COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 19(18), 11394. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811394>
- ⁵ Henriques, M. A., Loura, D. S., Nogueira, P., Melo, G., Gomes, I., Ferraz, I., Viegas, L., & Costa, A. (2022). Does Reality Overcome the Expected? Survey on Informal Caregivers' Profile: A Nurse-Led Study in Times of COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 19(18), 11394. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811394>

-
- ⁶ Yi, M., Jiang, D., Jia, Y., Xu, W., Wang, H., Li, Y., Zhang, Z., Wang, J., & Chen, O. (2021). Impact of Caregiving Burden on Quality of Life of Caregivers of COPD Patients: The Chain Mediating Role of Social Support and Negative Coping Styles. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 16, 2245–2255. <https://doi.org/10.2147/COPD.S311772>
- ⁷ Valaitis, R. K., Markle-Reid, M., Ploeg, J., Butt, M. L., Ganann, R., Murray, N., Bookey-Bassett, S., Kennedy, L., & Yousif, C. (2020). An evaluation study of caregiver perceptions of the Ontario's Health Links program. *PloS one*, 15(2), e0229579. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229579>
- ⁸ Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas. WHO, accedido 24 de mayo de 2023, https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/
- ⁹ Noncommunicable diseases, WHO, accedido 24 de junio de 2023, <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
- ¹⁰ World Health Organization. Stop the global epidemic of chronic disease: a practical guide to successful advocacy. Geneva: WHO; 2006.
- ¹¹ World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: WHO; 2002.
- ¹² Rico-Blázquez, M., Gómez, S.S., & Gallego, C.F. (2014). El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*, 24, 44-50. DOI:[10.1016/J.ENFCLI.2013.11.001](https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2013.11.001)
- ¹³ Insua J. y Tibaudin O. Enfermedad crónica no transmisible: Carga de enfermedad, evaluación de resultados, políticas y economía en países de

desarrollo intermedio y bajo. 1ª ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editum, 2018. 332 p.; 22 x 15 cm. ISBN 9789872235611

- ¹⁴ Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Adv Nurs Sci.*1991;14(1):1-6).
- ¹⁵ Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices.* New York: JohnWiley and Sons; 1978).
- ¹⁶ Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care.* Stamford, CT: Appleton-Century-Crofts; 1985.).
- ¹⁷ Margaret A. Newman, Marlaine C. Smith, Margaret Dexheimer Pharris, Dorothy Jones. *The Focus of the Discipline Revisited.* *Advances in Nursing Science.* 2008 Vol. 31, No. 1, pp. E16–E27.
- ¹⁸ Boykin A, Schoenhofer S, Anne Boykin, Savina O. Schoenhofer's nursing as caring theory. In: Parker M, ed. *Nursing Theories and Nursing Practice.* Philadelphia: FA Davis; 2006:334–348).
- ¹⁹ Dunn, J, 1973. Citado por Newman M. *Health as Expanded Consciousnes.* 2nd Edition. New York: Nursing League for Nursing Press, 1994.
- ²⁰ Roy, C. (2009) 3rd Edition. *The Roy adaptatin model.* Upper Saddle River, NJ.: Person.
- ²¹ Mayeroff, M. (1972). *On Caring.* New York: Harper Collins Publishers.
- ²² Boykin A, & SO, Schoenhofer. (2001) *Nursing as caring: a model for transforming practice.* New York: National League for Nursing, 2001.

-
- ²³ Watson J. En Fawcett J, Garity J. Evaluating research for evidence-based nursing practice. Philadelphia: F.A. Davis, 2009. P. 556.
- ²⁴ Mah, J. C., Stevens, S. J., Keefe, J. M., Rockwood, K., & Andrew, M. K. (2021). Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults: a scoping review. *BMC geriatrics*, 21(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02069-1>
- ²⁵ Junta de Castilla Y León. Consejería de Sanidad Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2013.
- ²⁶ Barrera-Ortiz, Lucy, Carrillo-González, Gloria M, Chaparro-Díaz, Lorena, & Sánchez-Herrera, Beatriz. (2015). Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. *ORINOQUÍA* , 19 (1), 89-99. Recuperado el 18 de julio de 2023, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-37092015000100008&lng=en&tlng=es.
- ²⁷ Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería* 2005; 11 (2): 17-21.
- ²⁸ Díaz M y Torres E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Rev Gerokomos*. 2011; 22 (4): 2-3.
- ²⁹ Bertone C., Torres V y Andrada V. Factores sociales e individuales que explican la dependencia funcional de los adultos mayores de siete ciudades latinoamericanas. *UNLaR Ciencia Vol.1 N°3* (2011) p13-20.
- ³⁰ Fernández R. *Psicología de la vejez*. Ediciones Pirámide. 2009; (1) 44.
- ³¹ Álvarez J y Macías J. *Dependencia en Geriatría*. ED Universidad de Salamanca. España. 2009; (1) 51.

-
- ³² Zabala M., Gonzales S. y Cantú R. Dependencia Funcional Y Depresión En Un Grupo De Ancianos De Villahermosa, México. Archivos en medicina familiar. 2010; 12 (4): 116-125.
- ³³ Mahoney, F.I.; Barthel, D. Functional evaluation: The Barthel Index. Md. State Med. J. 1965, 14, 56–61
- ³⁴ Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A.; Pinto, C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Rev. Port. Saúde Pública 2007, 25, 59–66
- ³⁵ Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Health of the older adults in times of the covid-19 pandemic. Cogitare enferm. [Internet]. 2020; 25. Available at: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>.
- ³⁶ Konetzka R. T. (2020). The Challenges of Improving Nursing Home Quality. JAMA network open, 3(1), e1920231. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20231>
- ³⁷ Konetzka R. T. (2020). The Challenges of Improving Nursing Home Quality. JAMA network open, 3(1), e1920231. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20231>
- ³⁸ Song, Y. , Hoben, M. , Norton, P. , & Estabrooks, C. A. (2020). Association of work environment with missed and rushed care tasks among care aides in nursing homes. JAMA Network Open, 3(1), e1920092. 10.1001/jamanetworkopen.2019.20092
- ³⁹ Wiig, S., Ree, E., Johannessen, T., Strømme, T., Storm, M., Aase, I., Ullebust, B., Holen-Rabbersvik, E., Hurup Thomsen, L., Sandvik Pedersen, A. T., van de Bovenkamp, H., Bal, R., & Aase, K. (2018). Improving quality and safety in nursing homes and home care: the study

-
- protocol of a mixed-methods research design to implement a leadership intervention. *BMJ open*, 8(3), e020933. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020933>
- ⁴⁰ Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Kim, S. S. (2018). A model of adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience. *Aging & mental health*, 22(10), 1295–1303. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1354972>
- ⁴¹ Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age. *Social indicators research*, 117(2), 561–576. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4>
- ⁴² Oliver, D. P., Demiris, G., Washington, K. T., Clark, C., & Thomas-Jones, D. (2017). Challenges and Strategies for Hospice Caregivers: A Qualitative Analysis. *The Gerontologist*, 57(4), 648–656. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw054>
- ⁴³ Nava Quiroz, Carlos Narciso, Bezies Álvarez, Rubén, & Vega Valero, Cynthia Zaira. (2015). Adaptación y validación de la escala de percepción de apoyo social de vaux. *Liberabit*, 21(1), 49-58. Recuperado en 23 de julio de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000100005&lng=es&tlng=es.
- ⁴⁴ Pais-Ribeiro, J.L. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica* 1999, 3, 547–558
- ⁴⁵ Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *Journal of*

clinical psychology, 47(6), 756–761. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199111\)47:6<756::aid-jclp2270470605>3.0.co;2-l](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199111)47:6<756::aid-jclp2270470605>3.0.co;2-l)

- ⁴⁶ Gómez VM. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- ⁴⁷ Tuesca R. (2005). La calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col); 21:76-86
- ⁴⁸ Botero B. y Pico M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la promoción de la Salud, 12; 12-24.
- ⁴⁹ WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida?. Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- ⁵⁰ Alaryni, A. A., Alrowaie, F., Alghamdi, A., Alabdullah, R., Alnutaifi, R. A., Alajlan, R., Alnutaifi, R. A., Aldakheelallah, A., Alshabanat, A., Bin Shulhub, A. S., Moazin, O. M., Qutob, R., Alsolami, E., & Hakami, O. A. (2024). Assessment of Burden in Caregivers of Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: A Cross-Sectional Study in Riyadh, Saudi Arabia. Cureus, 16(1), e52513. <https://doi.org/10.7759/cureus.52513>
- ⁵¹ Romero, E. (2010). Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes postinfarto agudo del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. Revista Colombiana de Cardiología, 17 (2), 41-46.

-
- ⁵² EuroQol Group (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 16(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- ⁵³ The EuroQol Group EuroQol—A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16:199–208. [doi: 10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- ⁵⁴ Sarmiento, O. L., Schmid, T. L., Parra, D. C., Díaz-del-Castillo, A., Gómez, L. F., Pratt, M., Jacoby, E., Pinzón, J. D., & Duperly, J. (2010). Quality of life, physical activity, and built environment characteristics among colombian adults. *Journal of physical activity & health*, 7 Suppl 2, S181–S195. <https://doi.org/10.1123/jpah.7.s2.s181>
- ⁵⁵ Canavarro, M.C.; Simões, M.R.; Vaz Serra, A.; Pereira, M.; Rijo, D.; Quartilho, M.J.; Gameiro, S.; Paredes, T.; Corona, C. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In *Avaliação psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa*; Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M., Almeida, L., Eds.; Quarteto Editora: Coimbra, Portugal, 2007; Volume 3, pp. 77–100
- ⁵⁶ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings, and Advance Tables*. ESA/P/WP/248, p. 40. Recuperado de <https://bit.ly/2WeU77g>
- ⁵⁷ Instituto Nacional de Estadística del Perú. Situación de la población adulta mayor. Abril- Mayo. 2022. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf

-
- ⁵⁸ Instituto Nacional de Estadística del Perú. Nota de prensa sobre el adulto mayor. Agosto 2020. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20edad%2C%20el%2015,el%2043%2C6%25%20hombres>.
- ⁵⁹ Harrison, J. M., Sheng, F., Josberger, R. E., Liu, H. H., Stone, P. W., Luchsinger, J. A., & Dick, A. W. (2023). Changes in Nursing Home Use Following Medicaid-Supported Expanded Access to Home- and Community-Based Services for Older Adults With Dementia. *JAMA network open*, 6(7), e2322520. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.22520>
- ⁶⁰ Sabetsarvestani, P., Mohammadi, F., Tehranineshat, B., Bijani, M., & Fereidouni, Z. (2022). Barriers to efficient management of in-home care: A qualitative content analysis. *Nursing open*, 9(2), 1200–1209. <https://doi.org/10.1002/nop2.1161>
- ⁶¹ Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J., & Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0504-9>
- ⁶² World Health Organization. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. Switzerland, 2014.

-
- ⁶³ White B. Improving chronic disease care in the real world: a step-by-sped approach. *Fam Pract Manag* 1999;6:38-43. Citado en: G. Rubiera López y J.R. Riera Velasco. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas. *Aten Primaria* 2004;34(4):206-9. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78910-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78910-6)
- ⁶⁴ Vásquez ML. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Invest. educ. enferm.* 2006; (24)2: 136-142.
- ⁶⁵ Gaspar, T.; Sousa, S.; Barata, M.; Raimundo, M.; Trindade, J.; Rebelo, A. *The Art of Caring: Manual for Informal Caregivers*; Editions Lusiana: Lisboa, Portugal, 2022; ISBN 978-989-640-247-1.
- ⁶⁶ Carroll D. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Rehabilitation Notes*. Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965; 14:56-61.
- ⁶⁷ Hsueh I, Lin J, Jeng J, Hseih C. Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Barthel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 188-90.
- ⁶⁸ Barrero Solís C., García Arrijoja S., Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un Instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast & Rest Neurol.* 2005;4 (1-2): 81-85
- ⁶⁹ López Roig, S., Pastor Mira, M. A., Neipp, M.C., Rodríguez Rodríguez, J., Terol Cantero, M.C & Martín Aragón, M. (2004) Apoyo social e instrumentos de evaluación: Revisión y clasificación. *Anuario de psicología*,. 25 (1), 23-46.

-
- ⁷⁰ Vera-Villarroel P, Silva J., Celis-Atenas K., Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2014 Oct [citado 2017 Nov 13]; 142(10): 1275-1283. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>.
- ⁷¹ Shen, T., Li, D., Hu, Z., Li, J., & Wei, X. (2022). The impact of social support on the quality of life among older adults in China: An empirical study based on the 2020 CFPS. *Frontiers in public health*, 10, 914707. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.914707>
- ⁷² Zhu, Z., Li, P., Chai, D., & Luan, W. (2022). Correlation Between the Frailty of Elderly Patients on Regular Haemodialysis and the Quality of Life of Their Family Caregivers: A Cross-Sectional Evaluation. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 15, 2321–2330. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S384699>
- ⁷³ Vrettos, I., Anagnostopoulos, F., Voukelatou, P., Panayiotou, S., Kyvetos, A., Tsigkri, A., Boulmetis, G., & Niakas, D. (2022). The Indirect Effect of the Frailty of Dependent Elderly People Needing Hospitalization on Their Informal Caregivers' Anxiety. *Cureus*, 14(5), e25144. <https://doi.org/10.7759/cureus.25144>
- ⁷⁴ Niu, S., Ding, S., Wu, S., Ma, J., & Shi, Y. (2023). Correlations between caregiver competence, burden and health-related quality of life among Chinese family caregivers of elderly adults with disabilities: a cross-sectional study using structural equations analysis. *BMJ open*, 13(2), e067296. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067296>

-
- ⁷⁵ Vrettos, I., Anagnostopoulos, F., Voukelatou, P., Panayiotou, S., Kyvetos, A., Tsigkri, A., Boulmetis, G., & Niakas, D. (2022). The Indirect Effect of the Frailty of Dependent Elderly People Needing Hospitalization on Their Informal Caregivers' Anxiety. *Cureus*, 14(5), e25144. <https://doi.org/10.7759/cureus.25144>
- ⁷⁶ Day, C. B., Bierhals, C. C. B. K., Pizzol, F. L. F. D., Low, G., Santos, N. O. D., & Paskulin, L. M. G. (2023). A longitudinal study of burden among spouse and non-spouse caregivers of older adults with stroke-induced-dependency. *Revista brasileira de enfermagem*, 76(6), e20230052. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0052>
- ⁷⁷ Lu, S., Wu, Y., Mao, Z., & Liang, X. (2020). Association of Formal and Informal Social Support With Health-Related Quality of Life Among Chinese Rural Elders. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1351. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041351>
- ⁷⁸ Lu, S., Wu, Y., Mao, Z., & Liang, X. (2020). Association of Formal and Informal Social Support With Health-Related Quality of Life Among Chinese Rural Elders. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1351. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041351>
- ⁷⁹ Zhai, S., Zhuang, Q., & Wang, Z. (2019). Study on the relationship between social support and mental health of the elderly in China: a case study of Xi'an city, Shaanxi province. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 28(2), 119–124. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340626>
- ⁸⁰ Kim, K., Kang, G. W., & Woo, J. (2018). The Quality of Life of Hemodialysis Patients Is Affected Not Only by Medical but also Psychosocial Factors: a

Canonical Correlation Study. *Journal of Korean medical science*, 33(14), e111. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e111>

- ⁸¹ Gallardo-Peralta, L. P., Sanchez-Moreno, E., & Herrera, S. (2022). Aging and Family Relationships among Aymara, Mapuche and Non-Indigenous People: Exploring How Social Support, Family Functioning, and Self-Perceived Health Are Related to Quality of Life. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9247. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159247>
- ⁸² Alshraifeen, A., Al-Rawashdeh, S., Alnuaimi, K., Alzoubi, F., Tanash, M., Ashour, A., Al-Hawamdih, S., & Al-Ghabeesh, S. (2020). Social support predicted quality of life in people receiving haemodialysis treatment: A cross-sectional survey. *Nursing open*, 7(5), 1517–1525. <https://doi.org/10.1002/nop2.533>
- ⁸³ Zuelsdorff, M. L., Kosciak, R. L., Okonkwo, O. C., Peppard, P. E., Hermann, B. P., Sager, M. A., Johnson, S. C., & Engelman, C. D. (2019). Social support and verbal interaction are differentially associated with cognitive function in midlife and older age. *Neuropsychology, development, and cognition. Section B, Aging, neuropsychology and cognition*, 26(2), 144–160. <https://doi.org/10.1080/13825585.2017.1414769>
- ⁸⁴ McDougall, M. A., Walsh, M., Wattier, K., Knigge, R., Miller, L., Stevermer, M., & Fogas, B. S. (2016). The effect of social networking sites on the relationship between perceived social support and depression. *Psychiatry research*, 246, 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.018>
- ⁸⁵ Göriş, S., Klç, Z., Elmal, F., Tutar, N., & Takc, Ö. (2016). Care Burden and Social Support Levels of Caregivers of Patients with Chronic Obstructive

Pulmonary Disease. *Holistic nursing practice*, 30(4), 227–235.
<https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000153>

- ⁸⁶ Qi, X., Xu, J., Chen, G., Liu, H., Liu, J., Wang, J., Zhang, X., Hao, Y., Wu, Q., & Jiao, M. (2021). Self-management behavior and fasting plasma glucose control in patients with type 2 diabetes mellitus over 60 years old: multiple effects of social support on quality of life. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01881-y>
- ⁸⁷ Zhu, Z., Li, P., Chai, D., & Luan, W. (2022). Correlation Between the Frailty of Elderly Patients on Regular Haemodialysis and the Quality of Life of Their Family Caregivers: A Cross-Sectional Evaluation. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 15, 2321–2330.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S384699>
- ⁸⁸ Nayak, M. G., & George, A. (2021). Effectiveness of Multicomponent Intervention on Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 22(9), 2789–2795. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.9.2789>
- ⁸⁹ Ferrell, B., Hanson, J., & Grant, M. (2013). An overview and evaluation of the oncology family caregiver project: improving quality of life and quality of care for oncology family caregivers. *Psycho-oncology*, 22(7), 1645–1652. <https://doi.org/10.1002/pon.3198>
- ⁹⁰ Belasco, A. G., & Sesso, R. (2002). Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*, 39(4), 805–812. <https://doi.org/10.1053/ajkd.2002.32001>

-
- ⁹¹ Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- ⁹² Palant, A., & Himmel, W. (2019). Are there also negative effects of social support? A qualitative study of patients with inflammatory bowel disease. *BMJ open*, 9(1), e022642. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022642>
- ⁹³ Keyvanloo Shahrestanaki, S., Rafii, F., Ashghali Farahani, M., Najafi Ghezeljeh, T., & Amrollah Majdabadi Kohne, Z. (2023). Contributing factors involved in the safety of elderly people with chronic illness in home healthcare: a qualitative study. *BMJ open quality*, 12(3), e002335. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002335>
- ⁹⁴ Yang, S. Y., Fu, S. H., Hsieh, P. L., Lin, Y. L., Chen, M. C., & Lin, P. H. (2022). Improving the care stress, life quality, and family functions for family-caregiver in long-term care by home modification. *Industrial health*, 60(5), 485–497. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2021-0176>
- ⁹⁵ Akyurek, G., Bilgin, N., Kocademir, F. N., Aslan, S., & Turk, A. B. (2023). Development of the home environment risk rating scale and investigation of the psychometric properties in the elderly and adult individuals. *Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01885-6>
- ⁹⁶ Teigné, D., Mabileau, G., Anthoine, E., Lucas, M., Leclère, B., Moret, L., & Terrien, N. (2019). Transcultural adaptation and psychometric study of the French version of the nursing home survey on patient safety culture

questionnaire. *BMC health services research*, 19(1), 490.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4333-5>

- ⁹⁷ Donnelly, N. A., Hickey, A., Burns, A., Murphy, P., & Doyle, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of the impact of carer stress on subsequent institutionalisation of community-dwelling older people. *PLoS one*, 10(6), e0128213. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128213>
- ⁹⁸ Penning, M. J., & Wu, Z. (2016). Caregiver Stress and Mental Health: Impact of Caregiving Relationship and Gender. *The Gerontologist*, 56(6), 1102–1113. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv038>
- ⁹⁹ DiBartolo M. C. (2000). Caregiver burden. Instruments, challenges, and nursing implications for individuals with Alzheimer's disease and their caregivers. *Journal of gerontological nursing*, 26(6), 46–53. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20000601-08>

ANEXOS

ANEXOS

I. INSTRUMENTO UTILIZADO EN LA ENTREVISTA



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONTEXTO DEL CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA

PRESENTACIÓN.

Sr, Sra, Srta tenga Ud. Muy buenos días, somos las Bach. Enf. Francisca Beatriz Flores Tapullima y Bach. Enf. Rosa Luz Lozano Mello de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica Perú, el motivo de esta visita es para solicitarle su valiosa información que servirá para estudiar la influencia del contexto del cuidado en la calidad de vida del cuidador informal del adulto mayor con enfermedad crónica.

ELECCION DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

La participación en el presente estudio es VOLUNTARIA. Usted libremente puede consentir en ingresar o no ingresar al estudio, puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Le informamos además que, si usted opta por ingresar al estudio, toda la información consecuente del mismo será manejado con CONFIDENCIALIDAD y guardada celosamente por el investigador principal bajo llave. Usted NO recibirá asignación monetaria.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. Habrá pequeños encuentros. Después se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES

Si Usted considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquieto daño alguno, le rogamos por favor contacte con la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana (teléfono 266368)

FIRMA DEL PARTICIPANTE

He leído la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha entregado una copia de este consentimiento. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe.

Yo.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio. He recibido suficiente información sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

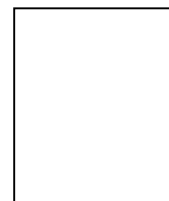
Presto libremente de conformidad para participar en el estudio

Nombre:.....

Lugar, fecha,
hora:.....

Firma del participante.....

Nombre, Firma y huella del participante



DNI N°:



CONTEXTO DEL CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRONICA

Instrucciones:

Este instrumento se aplica al cuidador familiar y al adulto mayor con enfermedad crónica. El evaluador debe garantizar la confidencialidad y para ello, previamente debe obtener el consentimiento informado. La primera sección corresponde a la caracterización del cuidador informal, la segunda a los factores del contexto del cuidado y en la última parte la valoración de la calidad de vida del cuidador informal

I. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA DEL CUIDADOR INFORMAL

1. Edad <input type="text"/>	2. Sexo <table border="1"> <tr> <td>Masculino</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Femenino</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>												
Masculino	<input type="checkbox"/>																
Femenino	<input type="checkbox"/>																
3. Estado civil <table border="1"> <tr> <td>Soltero</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Conviviente</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Casado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Conviviente	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	4. Ocupación (especificar) <table border="1"> <tr> <td>Ama de casa</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trabajador dependiente</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trabajador independiente</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Trabajador dependiente	<input type="checkbox"/>	Trabajador independiente	<input type="checkbox"/>				
Soltero	<input type="checkbox"/>																
Conviviente	<input type="checkbox"/>																
Casado	<input type="checkbox"/>																
Ama de casa	<input type="checkbox"/>																
Trabajador dependiente	<input type="checkbox"/>																
Trabajador independiente	<input type="checkbox"/>																
5. Escolaridad <table border="1"> <tr> <td>Sin instrucción</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Superior</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sin instrucción	<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>	6. Procedencia <table border="1"> <tr> <td>Maynas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Loreto</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ramon Castilla</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Daten del Marañón</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Maynas	<input type="checkbox"/>	Loreto	<input type="checkbox"/>	Ramon Castilla	<input type="checkbox"/>	Daten del Marañón	<input type="checkbox"/>
Sin instrucción	<input type="checkbox"/>																
Primaria	<input type="checkbox"/>																
Secundaria	<input type="checkbox"/>																
Superior	<input type="checkbox"/>																
Maynas	<input type="checkbox"/>																
Loreto	<input type="checkbox"/>																
Ramon Castilla	<input type="checkbox"/>																
Daten del Marañón	<input type="checkbox"/>																

**II. FACTORES DEL CUIDADO
FACTORES DEL ADULTO MAYOR**

7. Edad <input type="text"/> <table border="1"> <tr> <td>60 a 74 años</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>75 años a mas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	60 a 74 años	<input type="checkbox"/>	75 años a mas	<input type="checkbox"/>	10. Diagnostico medico <input type="text"/>
60 a 74 años	<input type="checkbox"/>				
75 años a mas	<input type="checkbox"/>				

8. Sexo	Femenino		11. Enfermedades asociadas (indagar)			
	Masculino					
9. Tiempo de enfermedad			Hipertensión arterial		Enf. Parkinson	
			Diabetes		Enf. cerebrovascular	
			Artrosis		Otro	

INDICE DE BARTHEL		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5

	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Ocasional necesita ayuda para administrar supositorio o enema (uno/semana)	5
	3. Continente: ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se administra el mismo	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Puntaje máximo = 100 (90 para personas en silla de ruedas)

- Dependencia Total <20 puntos
- Dependencia Grave = 20-35
- Dependencia Moderada = 40-55
- Dependencia Leve= > 60

B. FACTORES FAMILIARES

ESCALA DE APOYO SOCIAL (MOS- SOCIAL SUPPORT SURVEY)

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?, (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____ ;

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5

8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Apoyo Social escaso= < 57 puntos. Falta de Apoyo Emocional=< 24. Falta de Apoyo Instrumental= < 12.
Falta de Interacción Social < 12. Falta de Apoyo Afectivo < 9.

ESCALA DE APOYO FAMILIAR

A continuación, le leeré algunas preguntas del apoyo familiar que recibe (incluye todos los familiares que viven o no con usted). Debe contestar con la mayor sinceridad indicándome con SIEMPRE (S), A VECES (AV) o NUNCA (N); de ser necesario le repetiré la pregunta.			
	S	AV	N
Dimensión 1. Apoyo afectivo: Valora si recibe expresiones de cariño, si es escuchado o comprendido por los familiares cuando existe necesidad.			

a) Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares.	3	2	1
b) Sus familiares le escucha cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesita algo.	3	2	1
c) Se siente comprendido por sus familiares.	3	2	1
d) Considera que entre usted y sus familiares existe la confianza suficiente como para guardar un secreto.	3	2	1
Dimensión 2. Apoyo a la estima: Identifica si recibe respeto, es tomado en cuenta y si la familia se siente orgullosa del adulto mayor.			
a) Recibe respeto y consideración de parte de sus familiares.	3	2	1
b) Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.	3	2	1
c) Considera que sus familiares están orgullosos de usted.	3	2	1
Dimensión 3. Apoyo instrumental: Valora si recibe información, consejos, apoyo económico, vivienda, alimentación, atención y acompañamiento			
h) Sus familiares le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que usted le interesa.	3	2	1
i) recibe de sus familiares algún apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos, vivienda, otros	3	2	1
j) Recibe atención o compañía de sus familiares en todo momento (sano o enfermo).	3	2	1

C. FACTORES DEL ENTORNO FISICO

LISTA DE COTEJO DEL ENTORNO FISICO: VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR

Ítems de valoración	Si	No	Observaciones
La vivienda en general cuenta con:			
Los espacios (lugares de la vivienda) en los que el adulto mayor transita están libre de obstáculos para no interferir sus movimientos (pasadizos amplios)			
Consta de superficies planas y seguras (suelos de pasadizos, habitación...)			
Dispone de espacios comunes que promuevan el encuentro con sus seres queridos (sala, comedor, otro			

Espacios libres (pasadizos) con iluminación 65 watts durante la noche			
Tomacorrientes e interruptores en funcionamiento			
Ventilación natural			
Iluminación natural			
Buena iluminación en la noche (luz blanca de 65 watts)			
Cuenta con rampas fijas o móviles si hubiera desniveles			
Dormitorio del adulto mayor			
El adulto mayor utiliza una habitación individual			
El adulto mayor utiliza una habitación compartida			
Dimensiones de la habitación (largo x ancho)			
Buena iluminación durante el día			
Buena iluminación durante la noche			
Espacios adecuados para guardar útiles y prendas personales individualmente (velador, armario, etc.)			
Camas individual con colchón adecuado al tamaño de las personas adultas mayores y respetando un estándar mínimo de 60 centímetros de ancho (grosor).			
Timbre de llamado			
Sin barreras arquitectónicas y/o adaptaciones (rampas) para facilitar el uso y libre desplazamiento del adulto mayor			
Intimidad personal, que incluye a sus pertenencias individuales			
El baño o espacio para higiene personal del adulto mayor, cuenta con:			
Suelo antideslizante			
Barras de apoyo			
La ducha cuenta con silla para baño o silla giratoria			
Cocina o área de alimentación			
Altura adecuada de estantes			
Altura adecuada de utensilios, carrito de desplazamiento de objetos y alimentos			
Cuenta con carrito de desplazamiento de objetos y alimentos			
Área de gestión del cuidado cuenta con:			
Almacén de medicamentos			
Estante de material médico (tensiómetro, estetoscopio, pulsioxímetro, termómetro...)			
Formato de registro (Kardex, hojas de control egresos e ingresos, otros)			
Cuaderno de Registro de Cuidado del adulto mayor (Funciones vitales, vacunas, citas médicas, recetas médicas, solicitud de exámenes auxiliares)			
Botiquín de primeros auxilios para la atención básica de emergencias.			
Área de eliminación de desechos			

**III. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
(CUESTIONARIO SF-12V2)**

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LO QUE USTED
PIENSA SOBRE SU SALUD.**

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente	2. Muy buena	3. Buena	4. Regular	5. Mala
--------------	--------------	----------	------------	---------

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O
COSAS QUE USTED PODRÍA HACER UN DÍA NORMAL. SU SALUD
ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA HACER ESAS ACTIVIDADES O COSAS?
SI ES ASÍ, ¿CUÁNTO?**

2. **Esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora,
jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

1. Sí, me limita mucho	2 Sí, me limita un poco	3. No, no me limita
------------------------	-------------------------	---------------------

3. Subir **varios** pisos por las escaleras

1. Sí, me limita mucho	2 Sí, me limita un poco	3. No, no me limita
------------------------	-------------------------	---------------------

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes
problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su
salud física?**

4. ¿**Hizo menos** de los que hubiera querido hacer?

1. Si	2 No
-------	------

5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en su
actividad cotidiana?

1. Si	2 No
-------	------

**DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA TENIDO ALGUNO DE
LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS
ACTIVIDADES COTIDIANAS, A CAUSA DE ALGÚN PROBLEMA
EMOCIONAL (COMO ESTAR TRISTE, DEPRIMIDO, O NERVIOSO)**

6. ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, por algún **problema
emocional?**

1. Si	2 No
-------	------

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema emocional**?

1. Si	2 No
-------	------

8. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
---------	------------	------------	-------------	----------

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

Durante las **4 últimas semanas** ¿Cuánto tiempo ...?

9. Se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. muchas veces	4. Algunas veces	5. Alguna vez	6. Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------	----------

10. Tuvo mucha energía?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. muchas veces	4. Algunas veces	5. Alguna vez	6. Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------	----------

11. Se sintió desanimado y triste?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. muchas veces	4. Algunas veces	5. Alguna vez	6. Nunca
------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------	----------

12. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Solo a veces	5. Nunca/casi nunca
------------	-----------------	------------------	-----------------	---------------------

II. AUTORIZACION AL GERENTE DE LA MICRO RED SUR SAN JUAN

Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo

Iquitos, 06 de diciembre de 2023

Dra. Marina Rivas Panduro
Gerente de la Micro Red Sur San Juan

Asunto: Autorización para recolección de datos de tesisistas
Presente

Es grato dirigimos a Usted para saludar y a la vez informar que somos tesisistas de Pregrado de la Universidad Científica del Perú y nos encontramos desarrollando la Tesis titulada "Contexto del cuidado y calidad de vida del cuidador informal del adulto mayor con enfermedad crónica", bajo la asesoría de la Dra. Maritza Villanueva Benites y el Dr. Jesús Magallanes Castilla.

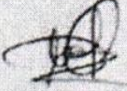
El proyecto de tesis ha sido aprobado según R.D. 1261-2023 del 18 septiembre del 2023 por el Jurado Calificador de la UCP.

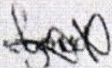
También ha sido aprobado para ejecución por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) UNAP con la autorización 096-2023-CIEI-VRINV-UNAP del 10 de octubre 2023.

Situación por la cual hacemos de su conocimiento y solicitamos autorización para recoger la información en los adultos mayores de su jurisdicción los días lunes a sábado entre 8am a 4pm, hasta completar el tamaño muestral.

Agradeciendo por su anticipado su gentil atención. Nos despedimos de Usted

Atentamente


Francisca Flores Tapullima
DNI 40483410


Rosa Luz Lozano Mello
DNI 41828444

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IPRESS 1 - 4 SAN JUAN

06 DIC. 2023

RECIBIDO:.....
HORA:.....
FIRMA:.....