



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



INFORME DE TESIS

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES PULMONARES DEL HOSPITAL
REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO-
HUÁNUCO 2016”**

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

ASERORA: Lic. Enf. Diana Palma Lozano

ALUMNA: Yesenya Vrisa Arratea Meza

HUÁNUCO, PERÚ

2017

INFORME DE TESIS

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES PULMONARES DEL HOSPITAL
REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO-
HUANUCO 2016”**



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 15:00 horas del día 01 del mes de junio del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---|-------------------|
| • Mg. Edith Cristina Jara Claudio | Presidenta |
| • Mg. Bethsy Diana Huapalla Céspedes | Secretaria |
| • Lic. Enf. David Anibal Barrueta Santillán | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°755-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitolado: "CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES PULMONARES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – HUÁNUCO - 2016", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Yesenya Vrisa ARRATEA MEZA, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... *aprobado* por..... *unánimidad* con el calificativo cuantitativo de..... *catorce* y cualitativo de *suficiente*

Siendo las..... *16:15* horas del día ---- *01* del mes de ---- *junio* ---- del año ---- *2017* ----, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

SECRETARIA

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este punto y por haberme brindado fe, seguridad y confianza sin el nada es posible.

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional.

La autora.

AGRADECIMIENTOS

Al final de un proceso académico de gran trascendencia en mi vida considero necesario brindar un sincero agradecimiento, primeramente a Dios Todo Poderoso fuente de ciencia y sabiduría que ha sido el mejor maestro.

A la Licenciada en Enfermería Diana Palma Lozano gracias por su gran apoyo y motivación para la culminación del proyecto de investigación e informe de tesis, por haberme transmitido los conocimientos obtenidos, por haberme llevado paso a paso en el aprendizaje y la construcción de la tesis.

A las Licenciadas en Enfermería que son parte del Jurado Revisor gracias por sus aportaciones y recomendaciones en la respectiva investigación.

La autora.

RESUMEN

Objetivo: Describir la calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo con 54 familiares de pacientes adultos mayores que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco durante el periodo 2017. Se empleó 1 encuesta y 1 guía de entrevista sociodemográfica. En el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrada para una sola variable.

Resultados: El 72,2% de familiares tienen una calidad de vida saludable, por otro lado las dimensiones, bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar espiritual todas fueron significativas con un $p \leq 0,05$.

Conclusiones: La calidad de vida saludable difiere de las no saludables en los familiares de los pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco 2016.

Palabras clave: *Familiares, Enfermedades pulmonares*

ABSTRACT

Objective: To describe the quality of life of relatives of elderly patients with pulmonary diseases at a Hospital Hermilio Valdizan 2016

Methods: A descriptive study was carried out with 54 relatives of elderly patients who came to the Hospital Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco during the period 2015 and 2016. One survey and one sociodemographic interview guide were used. In the inferential analysis of the results Chi Square test was used for a single variable.

Results: 72.2% of family members have a healthy quality of life; on the other hand, the dimensions, physical well-being, psychological well-being, social welfare and spiritual well-being were all significant with $p \leq 0.05$.

Conclusions: Healthy life quality differ from unhealthy ones in the relatives of elderly patients with pulmonary diseases in a Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

Key words: Family, Pulmonary diseases

INTRODUCCIÓN

“Las Enfermedades Pulmonares son enfermedades prevenibles llevando estilos de vida saludables pero sin embargo lo que no podemos evitar ni prevenir es el paso de los años; tal es así que conforme avancen los años las enfermedades son inevitables y una de ellas son las enfermedades pulmonares las cuales aquejan a la mayoría de la población adulta las cuales tienen tratamientos largos por lo que necesitan mucha paciencia y amor de sus familiares para que lleven su enfermedad con una buena calidad de vida”

Lo antes mencionado motivo a realizar el presente estudio de investigación para conocer la calidad de vida de los familiares de los pacientes que presentan esta enfermedad.

En ese sentido la investigación se organizó en cinco capítulos, un primer capítulo se aborda el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio

El segundo capítulo considera el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, misma que continúa de los siguientes aspectos: tipo de estudio, diseño de la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas. Asimismo en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación los descriptivos como los inferenciales.

Finalmente en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos

INDICE DEL CONTENIDO

	Pag.
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Formulación del problema	8
1.3. Objetivos	8
1.4. Hipótesis	9
1.5. Variables	11
1.6. Operacionalización de variables	11
1.7. Justificación de la investigación	12
1.7.1. A nivel teórico	12
1.7.2. A nivel práctico	12
1.7.3. A nivel metodológico	13
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 . Antecedentes de investigación	14
2.2 . Bases teóricas	18
2.2.1 . Modelo de teoría del autocuidado	18
2.3 . Bases conceptuales	20
2.3.1 . Calidad de vida	20
2.3.2 . Dimensiones de la calidad de vida	20
2.3.3 . Calidad de vida y enfermedades pulmonares	21
CAPÍTULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 . Tipo de estudio	22
3.2 . Diseño de estudio	23
3.3 . Población	24
3.4 . Muestra y muestreo	24
3.5 . Métodos e instrumentos de recolección de datos	26
3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos	26
3.7. Procedimientos de recolección de datos	27
3.8. Elaboración de datos	30
3.9. Análisis e interpretación de datos	30
3.10. Consideraciones éticas	33
CAPÍTULO IV	
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.2. Resultados descriptivos	34
4.2. Resultados inferenciales	43

CAPÍTULO V
5. DISCUSIÓN

5.1 . Discusión de los resultados	48
Conclusiones	50
Recomendaciones	51
Referencias bibliográficas	52
Anexos	55

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características demográficas de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares	28
Tabla 2.	Características sociales de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares	29
Tabla 3.	Cuidados que brindan a los pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.	30
Tabla 4.	Descripción de la relación de la persona que cuida a los pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.	31
Tabla 5.	Descripción de la calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.	32
Tabla 6.	Descripción del bienestar físico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares	33
Tabla 7.	Descripción del bienestar psicológico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.	34
Tabla 8.	Descripción del bienestar social de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.	35
Tabla 9.	Descripción del bienestar espiritual de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.	36
Tabla 10.	Comparación de la calidad de vida saludable y no saludable de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan-Huánuco- 2016.	37
Tabla 11.	Comparación del bienestar físico saludable y no saludable de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco-2016	38
Tabla 12.	Comparación del bienestar psicológico saludable y no saludable de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional	39

Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco-2016.

Tabla 13.

Comparación del bienestar social saludable y no saludable de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional 40

Tabla 14 Comparación del bienestar espiritual saludable y no saludable de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco-2016 41

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Las Enfermedades Pulmonares son enfermedades prevenibles y tratables con algunos significantes efectos extra-pulmonares que pueden contribuir para la gravedad del individuo. El componente pulmonar es caracterizado por la limitación crónica del flujo aéreo no totalmente reversible. La limitación del flujo aéreo es generalmente progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria exagerada del pulmón a partículas o gases nocivos¹.

Calidad de vida de los familiares viene a ser la responsabilidad del cuidado de una persona que vive en situación de enfermedad crónica implica que el familiar maneje eventos vitales para la calidad de vida de la persona que está a su cargo y que dedique gran parte de su tiempo a ello; sin embargo, por asumir esto, muchas veces de manera incondicional, dejan de lado sus propias necesidades y requerimientos personales, lo que afecta su calidad de vida²

El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Ese concepto contiene seis dominios: salud física, estado

psicológico, niveles de independencia, relacionamiento social, características ambientales y estándar espiritual³.

Por otra parte estudios realizados por Rivera⁴, evidenció que reconocer a los cuidadores como un componente esencial del sistema de cuidado de la salud física y emocional de pacientes con enfermedades pulmonares, exige aceptar su potencial, sus limitaciones, y proporcionarles herramientas que mejoren su habilidad de cuidado, en términos de incrementar su capacidad de afrontamiento, de tal forma que satisfagan las necesidades de la persona enferma, para ello los cuidadores deben estar bien tanto emocional como físicamente. ⁵.

La calidad de vida que llevan los familiares de personas con enfermedades pulmonares es posiblemente el evento que con mayor frecuencia da lugar a una crisis en la familia, ya que produce sufrimiento en el enfermo y la familia, aquí cumple un rol importante también los profesionales de salud los cuales tratan directamente con los pacientes, y que deben en lo posible tratar de relacionarse más con los familiares para explicarles el proceso de la enfermedad así como los cuidados a tener en cuenta, para así evitar una crisis familiar ⁶

Es cierto que “la enfermedad invade a la familia de la misma forma que invade el cuerpo humano” la cual va evolucionando de forma paulatina hasta el punto en que la familia tiene que hacer una movilización general de recursos, localizando toda la atención en el miembro enfermo. El grupo familiar puede

hacer grandes sacrificios para satisfacer las necesidades del paciente con enfermedad pulmonar⁷.

Según estudios de Molina⁸, en el año 2012 en Colombia evidenció que las dificultades o limitaciones en la conceptualización y el significado sobre calidad de vida de los familiares de pacientes con enfermedades pulmonares, parecen guardar relación con la situación de salud de los familiar que estuviesen al cuidando de un enfermo y con el nivel socioeconómico y cultural del grupo de cuidadores, así el 89,7% disponía de un ingreso familiar promedio igual o menor a dos salarios mínimos mensuales; el 92,2% de sus viviendas se clasificaron en los estratos tres o dos; el 56,2% de ellas con niveles educativos correspondientes a secundaria incompleta o primaria incompleta; el 17,6% con secundaria completa y ninguna con estudios de educación superior de la cual se toman en cuenta de cómo puede afectar a la familia cuidadora el nivel sociocultural de cada una de ellas.

Las estadísticas mundiales indican que las enfermedades pulmonares son una de las principales causas de muerte en todo el mundo. En concordancia con esto, en el año 2008 esta enfermedad causó 7,6 millones de defunciones, equivalente al 13% del total registrado de igual forma, se espera que en el año 2030 se alcance una prevalencia del 27,7% en Chile, considerándose, de esta forma, un problema de salud pública, alcanzando la segunda causa de muerte durante los últimos 30 años y duplicando su importancia relativa en ese periodo⁹.

Según aportes de Expósito¹⁰, manifestó que la causa primordial que determina la aparición de la crisis familiar ante la enfermedad terminal es el desequilibrio existente entre los recursos del sistema familiar y la vivencia de la enfermedad por parte de la familia.

Dentro de las causas más importantes que conllevan al deterioro de la calidad de vida de los familiares que cuidan a una paciente con enfermedades pulmonares son el ingreso familiar comprometido, conflictos del cuidado con su horario de trabajo y en algunos casos llevan hasta abandonar el empleo como también existe alternación dentro de la dinámica familiar¹¹.

Según Exposito¹², indica dentro de las consecuencias que mayormente afecta al cuidador y al entorno familiar es la desorganización, debido al impacto que produce el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad. De golpe, se interrumpen las tensiones vitales de la familia, los proyectos de futuro. Se produce una disgregación de la red de relaciones interpersonales y una confinación a un entorno reducido.

Por otro lado la recuperación-adaptación la familia inicia su adaptación en aspectos concretos como la redistribución de trabajos y tareas y a nivel relacional (redefinición de las relaciones interpersonales); se transforma en un elemento más amplio de apoyo por parte de su entorno relacional, lo cual le ayuda en este proceso, la actitud del cuidador tiende a ser más activa; después del shock inicial, se produce el inicio a la adaptación¹³.

Otra consecuencia que afecta al entorno familiar es la reorganización se inicia un desequilibrio en función de la situación de la enfermedad y sus consecuencias. Esta reorganización será más compleja en el caso de la fase terminal o que han dejado secuelas importantes en el miembro de la familia afectado. El desequilibrio se encontrará relacionado a las necesidades del enfermo, pero también la independencia y la autoafirmación de cada uno de los miembros de la familia.¹⁴

Por otro lado Rivera y, Montgomery ¹⁵, refieren que una de las consecuencias que afecta al cuidador y familiares es que padecen de estrés prolongado o sobrecarga emocional porque han perdido su identidad y su participación activa en actividades profesionales y sociales.

El modelo de edad funcional sugiere la intervención en tiempos de crisis, asistir a la familia y al cuidador a restablecer su equilibrio para aliviar su tensión, de manera que pueda ayudar a mejorar la calidad de vida del adulto mayor con enfermedades pulmonares.¹⁶

Un buen método solucionar la calidad de vida del cuidador y la familia implica incluir dentro de los programas de educación sanitaria (le proporcionaríamos información y formación); Valorando también desde el principio las necesidades del cuidador; intentando planificar juntos la solución de los problemas ¹⁷.

De acuerdo a la problemática expuesta se elabora la presente investigación cuyo objetivo es determinar la calidad de vida de los cuidadores

familiares en pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo es la calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo es la calidad de vida en su dimensión bienestar social de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares?
- ¿Cómo es la calidad de vida en su dimensión bienestar psicológico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares?
- ¿Cómo es la calidad de vida en su dimensión bienestar espiritual de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares?
- ¿Cómo es la calidad de vida en su dimensión bienestar físico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivos General

Determinar la calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

1.3.2 Objetivos específicos

Describir la calidad de vida en su dimensión bienestar social de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares

- Determinar la calidad de vida en su dimensión bienestar psicológico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares
- Identificar la calidad de vida en su dimensión bienestar espiritual de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares
- Explicar la calidad de vida en su dimensión bienestar físico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis Descriptivas

Ha₁: Existe calidad de vida en los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

H0₁: No existe calidad de vida en los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

Ha₂: Calidad de vida: dimensión bienestar social de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es saludable.

H0₂: Calidad de vida: dimensión bienestar social de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano no es saludable.

Ha₃: Calidad de vida: dimensión bienestar psicologico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es saludable.

H0₃: Calidad de vida: dimensión bienestar psicologico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano no es saludable.

Ha₄: Calidad de vida: dimensión bienestar espiritual de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es saludable.

H0₄: Calidad de vida: dimensión bienestar espiritual de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano no es saludable.

Ha₅: Calidad de vida: dimensión bienestar físico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es saludable.

H0₅: Calidad de vida: dimensión bienestar físico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano no es saludable.

1.5. Variables

Variable principal

Calidad de vida de los familiares

1.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSION	TIPO VARIABLE	DE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE PRINCIPAL					
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad	Categórica		35 a 40 años 41 a 46 años 47 años a más	Nominal politómica
	Género	Categórica		Masculino Femenino	Nominal dicotómica
	Procedencia	Categórica		Dentro de Huánuco Fuera de Huánuco	Nominal dicotómica
CARACTERÍSTICAS SOCIALES	Religión	Categórica		Católica Evangélica	Nominal dicotómica
	Estado civil	Categórica		Casada(o) Conviviente Divorciada(o) Separada(o) Viuda(o)	Nominal politómica

	Ocupación	Categoría	Cuidador del hogar Estudiante Trabajador independiente	Nominal politómica
	Escolaridad	Categoría	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa	Ordinal politómica
Dinámica familiar	Cuidados que brinda al enfermo	Categoría	a) Aseo e higiene b) Físicos c) Apoyo emocional d) Apoyo en la alimentación e) Apoyo en sus necesidades fisiológicas (trasladar a los servicios higiénicos) f) otros	Nominal politómica
	Relación con la persona que cuida	Categoría	a) Esposo b) Hermano c) Sobrinos d) Hijo	Nominal politómica
CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES	BIENESTAR FÍSICO	Categoría	Saludable (6 a 10 puntos) No saludable (0 a 5 puntos)	Nominal dicotómica
	BIENESTAR PSICOLÓGICO	Categoría	Saludable (16 a 32 puntos) No saludable (0 a 15 puntos)	Nominal dicotómica

	BIENESTAR SOCIAL	Categórica	Saludable(8 a 16 años) No saludable(0 a 7 puntos)	Nominal dicotómica
	BIENESTAR ESPIRITUAL	Categórica	Saludable(8 a 16 puntos) No saludable(0 a 7 puntos)	Nominal dicotómica

1.7. Justificación e importancia

1.7.1 A nivel teórico

La investigación se justifica porque atendiendo a los conceptos y enfoques teóricos contribuirá a la adquisición de conocimientos sobre la calidad de vida que llevan los cuidadores, atendiendo a los cambios que tiene el cuidador en su vida cotidiana y los diferentes factores que intervienen en el cuidado del paciente con enfermedad pulmonar ya que puede haber cambios en lo factor espiritual, factor social, factor psicológico y factor físico.

De la misma manera dicho estudio de investigación se constituirá en un antecedente base para futuras investigaciones ya que el tema sobre enfermedades pulmonares no es muy abarcada pero si importante ya que por falta de conocimiento los cuidadores llevan una calidad de vida inadecuada.

1.7.2A nivel práctico

Esta investigación, corresponde al Área de promoción y prevención de la salud, y a la línea condiciones de salud; como profesionales de Enfermería nos interesa identificar las principales consecuencias que conllevan a los factores condicionantes a la mala calidad de vida que llevan los cuidadores de pacientes con enfermedades pulmonares. De acuerdo a la problemática observada nosotros como enfermeros sensibilizaríamos a los cuidadores para que no se vean afectados en ninguna de sus dimensiones ya que Las personas que atienden directamente a sus familiares crónicos tienen que responder a determinadas tareas, esfuerzos y tensiones derivadas de su cuidado, y ello llega a repercutir tanto en su propia persona como en la de su entorno, generando algunos cambios en diferentes ámbitos (familiar, laboral y social) de su vida cotidiana. Adicionalmente, en la calidad de vida del cuidador se comprometen las dimensiones física, psicológica, social y espiritual,

1.7.3A nivel metodológico

Los resultados de la presente investigación se sustentan en la aplicación de técnicas y guías metodológicas específicos para el cuidado según el tipo de paciente que se presente, válidos para los efectos del estudio, como lo es la aplicación de instrumentos tipo escala que van dirigidos a los adultos mayores del Hospital Hermilio Valdizan Medrano.

1.8. Viabilidad

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, estos serán solventados por el investigador en términos de precio y cantidades reales de acuerdo a los rubros establecidos.

Respecto a los recursos humanos, se dispone del apoyo requerido en las diferentes etapas del proceso: investigador, asesor, coordinador, recolección de datos, codificación, tabulación, procesamiento y análisis de datos para guiarnos en todo el proceso de la investigación.

En cuanto a los recursos materiales, se dispone de dichos recursos para concretar el trabajo de investigación.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de investigación

Antecedentes Internacionales

En Chile 2012, Caqueo, Segovia, Urrutia, Miranday Navarro¹⁸, desarrollaron un estudio de Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con enfermedades pulmonares, cuyo objetivo fue establecer el impacto de la relación de ayuda de los cuidadores primarios sobre la calidad de vida de pacientes con enfermedades pulmonares de una población de la ciudad de Arica. La metodología utilizada fue administrar la batería de instrumentos a la muestra de investigación. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron el siguiente En pacientes se utilizaron las siguientes escalas: 1. Escala de Evaluación Funcional de enfermedades pulmonares, Evalúa la calidad de vida de pacientes con cualquier tipo de enfermedades pulmonares y sirve para conocer el impacto del tratamiento. Está conformada por 34 ítems con escalas tipo Likert, con un rango de 0 a 4. Estas subescalas son: Estado físico general de la salud, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal. Conclusiones: Obteniendo como resultado que efectivamente, el nivel de deterioro en las dimensiones física y funcional del paciente influye en la percepción que éstos tienen de su CV, así como también que los cuidadores de

pacientes en estadios más críticos de la enfermedad se ven sobrecargados, probablemente, debido al rol más activo que deben asumir.

En Granada 2012, Osorio¹⁹ desarrolló un estudio titulado, “calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedades pulmonares”, cuyo objetivo fue describir la calidad de vida del cuidador familiar de paciente con enfermedades pulmonares. El diseño del estudio es de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo, la muestra estuvo constituida por 61 cuidadores familiares de pacientes con enfermedades pulmonares inscritos en la Fundación Centro. Para describir la calidad de vida de los cuidadores familiares se utilizó el instrumento propuesto por Ferrell y Col, “medición de la calidad de vida de un miembro familiar que brinda cuidados a un paciente” (QOL siglas en ingles) y para la caracterización de los mismos el formulario Caracterización de los Cuidadores del grupo de cuidado al paciente crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Se evidenció en el fenómeno de estudio aspectos similares descritos en otras investigaciones de la calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas. Los resultados aportan datos que pueden favorecer la reflexión en torno a la calidad de vida y pueden servir como potencial para mejorar la calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades pulmonares.

En Venezuela, 2012, Sánchez, Gasperi²⁰, desarrollaron un estudio titulado “pertener a algo mayor: experiencias de pacientes y cuidadores durante el cuidado paliativo dirigido al cuidador informal de enfermos en estado terminal ”, cuyo objetivo fue diseñar un Programa educativo de atención domiciliaria en cuidados paliativos dirigidos al cuidador informal de enfermos en estado terminal . La metodología fue factible, en tres fases, la diagnóstica, análisis de factibilidad y el diseño de la propuesta, empleándose para la primera fase, un instrumento de selección múltiple para conocer el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos. Como resultados relevantes se encontró un conocimiento deficiente del 73% de cuidadores informales sobre los cuidados paliativos, sobre todo en el control de síntomas de carácter respiratorios, administración de medicamentos sólidos y sobre aseo personal, aspecto de suma importancia para mantener el confort del paciente. Igualmente es factible el programa educativo, desde el punto de vista institucional, económico, institucional y legal. Se concluye con la elaboración del programa educativo, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente en estado terminal.

En España, 2012, Clemente, Risso, Serrano y Gandoy realizaron un estudio de Depresión en los cuidadores familiares de enfermos con enfermedades pulmonares. Cuyo objetivo fue el de determinar si existen variables sociodemográficas y personales de los cuidadores familiares más relacionadas con uno de los problemas principales que afectan a la salud mental de los mismos, en concreto la depresión. La metodología usada fue Se

utilizó una técnica de muestreo no probabilístico de tipo incidental, y se seleccionó un total de 300 personas, que se dividieron en tres submuestras de 100 sujetos cada una: 100 familiares que cuidaban a personas mayores con enfermedades pulmonares, que presentaron un nivel de dependencia grave o podían ser considerados como totalmente dependientes. Utilizaron un cuestionario en el que incluyeron preguntas sobre las características personales, sociales y laborales tanto de la persona dependiente como del familiar cuidador. Los resultados especifican claramente cómo las personas que trabajan en otra actividad (sea por cuenta propia y ajena) son las que presentan menor grado de depresión y, consecuentemente, los desempleados y jubilados son los que mayor nivel de depresión presentan.

Antecedentes Nacionales

En Lima Perú, 2012, Castro²², realizó un estudio de calidad de vida de los cuidadores familiares en pacientes con enfermedad respiratoria crónica. cuyo objetivo fue identificar la calidad de vida de los cuidadores de familiares con enfermedad respiratorio crónico muestra estuvo conformado por 90 cuidadoras, quienes respondieron dos cuestionarios, uno para medir la variable calidad de vida; el otro, para medir el estado del paciente con enfermedad respiratorio crónico, en lo referido a la calidad de vida del cuidador , manifestaron que llevan una calidad de vida buena fue 53,1% y 34,4%; innovación efectiva 46,9% y 28,1%; comunicación efectiva 56,3% y 28,1% y, sistema de recompensa 56,3% y 31,3%. Un 18,8% se situó en la categoría nada regular por la innovación efectiva en cuanto a la variable calidad de vida,

un alto porcentaje de los cuidadores, mostraron altamente regular, por la relación interpersonal 61,3%, la eficacia en el cuidado 77,4%, seguridad en el entorno 80,6% y la calidad de vida 64,5% que le ofrecen en el entorno familiar, un porcentaje importante se situó en la categoría deficiente con un 15% de los cuidadores, que presentaba problemas psicosociales.

En Lima, 2012, López²³, realizó un estudio de nivel de la calidad de vida de los cuidadores en pacientes con EPOC del programa de atención al adulto mayor. Cuyo objetivo fue identificar el nivel de la calidad de vida de los cuidadores en pacientes con EPOC del programa de atención al adulto mayor. La muestra estuvo conformado por 120 cuidadores, además la muestra fue obtenida por muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos elaboraron un cuestionario tipo Likert, cuenta con validez por juicio de expertos, confiabilidad por el coeficiente de Alpha de Cronbach y los datos fueron analizados por el programa estadístico SPSS 19, en cuanto a los resultados un 78,3% de los cuidadores fue buena a la calidad de vida, un 70% afirma que es regular, sin embargo existe un 15% cuya percepción es, deficiente mientras en que las dimensiones a l entorno de la familia el 13,3%, se encuentra emocionalmente agotado.

2.2 Bases teóricas que sustenta en el estudio

2.2.1 Modelo de Teoría del autocuidado

El déficit de autocuidado descrito por Orem²⁴ citado por Pereda se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para

conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. Aquí actúan los sistemas de enfermería La teoría del autocuidado consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas al paciente con alguna patología buscando conductas de independencia y bienestar. El personal de enfermería tendrá en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida.

2.2.2 Teoría de modelo de calidad de vida Shwatzmann

Define la calidad de vida como el valor asignado a la duración de la vida, modificada por las oportunidades sociales, la percepción, el estado funcional que puede ser influenciada por la enfermedad traumatismos o tratamientos. En su medición incluye las funciones físicas, estado psicológico, síntomas somáticos tales como dolor, funciones sociales incluyendo las familiares, funciones sexuales, ocupacionales y posiblemente estado financiero. La esencia de este concepto es el reconocimiento de que la percepción de las personas sobre su estado de salud, depende en gran medida de sus valores y creencias, su contexto cultural e historia personal, siendo una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene

la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar y social²⁵.

2.3 Bases conceptuales

2.3.1. Calidad de vida

Se entiende por calidad de vida al grado de satisfacción de las necesidades individuales que tiene cada persona, dicha satisfacción depende de la disponibilidad y accesibilidad de los recursos, así como de sistemas de valores y normas sociales que forman parte de una determinada cultura.²⁵

La OMS define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

2.3.2. Dimensiones de la Calidad de vida

2.3.2.1. Bienestar físico. Incluye la habilidad funcional, la salud física en general, síntomas como fatiga / agotamiento, cambios de apetito dolor, cambios en el dormir y la forma como estos impactan en la salud física del cuidador.²⁶

2.3.2.2. Bienestar psicológico. Indaga una amplia gama de emociones y preocupaciones desde el control, felicidad y satisfacción con las cosas de la vida, capacidad de recordación, el significado de la enfermedad, el afrontamiento, evaluación cognitiva, depresión ansiedad y temor.²⁷

2.3.2.3. Bienestar social. Investiga los componentes de la interrelación de la calidad de vida describiendo el papel que ellos juegan, apoyo familiar y/otros familiares, carga/ agobio del familiar, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual.²⁸

2.3.2.4. Bienestar espiritual. Incorpora aspectos como la religión, espiritualidad, esperanza, desesperación.²⁹

2.3.2.5. Familiar

Es toda persona que interviene en la protección de personas con algún tipo de enfermedad o limitación para que lleve una buena calidad de vida y disminuir los riesgos de caídas, o algún tipo de daño que puedan sufrir.³⁰

2.3.3. Calidad de vida y enfermedades pulmonares.

Esta faceta subjetiva de la morbilidad (gravedad percibida por el paciente) y la percepción por parte del sujeto de sus limitaciones genera un sentimiento de baja autoestima que pone en peligro su posición ante la familia y la sociedad. Esto puede producir, por un lado, una disfunción familiar entendida como aquel proceso que le impide cumplir sus funciones en la familia, lo cual causa una sensación de angustia y desesperación en el paciente es ahí donde el rol de la familia cumple un papel fundamental en el apoyo del paciente durante este proceso de enfermedad.³¹

2.3.4. Cambios en el Adulto Mayor

2.3.4.1. Cambios Anatómicos

- **Estatura:** En general, crecemos hasta los 40 años y luego comenzamos a perder 1,25 mm. por año (aproximadamente 5 cm. de pérdida a los 80 años). Esto se debe a la compactación de los discos intervertebrales, aumento de la flexión de caderas y rodillas y aplanamiento del arco del pie.³²
- **Piel:** La dermis se adelgaza y baja la irrigación. Disminuye la elasticidad y aumenta la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas). Disminuye la velocidad de crecimiento de uñas y pelo y aparecen las canas, que reflejan pérdida de función de los melanocitos. Aparece vello facial en mujeres y el vello nasal en hombres.³³
- **Músculo esquelito:** A los 80 años hay una pérdida de hasta 40% de masa muscular y los tendones se rigidizan. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, más marcada en mujeres.³⁴
- **Sistema nervioso:** El peso del encéfalo disminuye por una pérdida selectiva de neuronas (neuronas corticales, cerebelosas e hipocampo).³⁵
- **Visión:** Los tejidos peri orbitales se atrofian, produciendo la caída del párpado superior y eversión del párpado inferior. El iris se hace más

rígido, la pupila más pequeña y la lente se colorea amarillo por la oxidación de triptófano.³⁶

- **Audición:** Atrofia del canal auditivo externo con cerumen más denso y pegajoso. El tímpano se engruesa y la cadena de huesecillos se altera en sus articulaciones. Hay disminución de células de Corti y neuronas cocleares.³⁷

- **Cardiovascular:** Hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. La acumulación de tejido conectivo sub endotelial produce vasos más rígidos e irregulares. La aorta se dilata.³⁸

- **Respiratorio:** Hay disminución de la superficie alveolar. La calcificación de las articulaciones costos-esternales rigidiza el tórax, lo cual, junto con disminución de la musculatura intercostal, produce menos eficiencia respiratoria.³⁹

- **Gastro intestinal:** Las encías se atrofian y se expone el cemento de los dientes, apareciendo caries y pérdida de piezas. Los cambios musculares del esófago alteran la deglución, y hay más reflujo de contenido gástrico hacia el esófago.⁴⁰

- **Renal:** Se pierden nefrones de la corteza renal con caída de la función de hasta un 30% a los 80 años.

2.3.4.2. Cambios Fisiológicos

Los cambios fisiológicos más importantes tienen que ver con los ritmos fisiológicos, la capacidad homeostática del organismo y los mecanismos de defensa contra infecciones.⁴¹

- **Ritmos fisiológicos:** Alteración y disminución de amplitud de los ritmos de cortisol plasmático, temperatura corporal y acortamiento del ciclo sueño-vigilia. Además, los ciclos se desincronizan (melatonina, hormona del crecimiento, gonadotrofinas). Disminuye la capacidad de variar la frecuencia cardiaca y presión arterial ante situaciones de estrés.⁴²

- **Homeostasis:** Hay mayor susceptibilidad a la hipo o hiper termia, ya que los ancianos producen menos calor por kilo de peso. Producen menos calofríos y tienen menos capacidad de vaso contricción con el frío, y vaso dilatación menos eficiente para sudar. Regulan mal el agua corporal y tienen menos sensación de sed por lo que fácilmente se deshidratan.⁴³

- **Barreras de defensa:** La disminución de acidez de la piel altera la flora bacteriana, que junto al adelgazamiento facilita pequeñas erosiones y favorecen las infecciones de piel. Hay menos producción de mucus en la vejiga y los bronquios, lo que permite que microorganismos se adhieran a su superficie, favoreciendo la infección.⁴⁴

2.3.5. Rol del cuidador

Dentro del cuidado del paciente la figura del cuidador -aquella persona dentro de la familia que asume la mayor responsabilidad en la atención al anciano- tiene una importancia fundamental. Existen cuidadores tradicionales, los que han convivido con el enfermo y se hacen cuidadores prácticamente sin darse cuenta, al asumir responsabilidades

incluso antes de que aparezca la enfermedad. También existen cuidadores modernos, que asumen el papel del cuidador cuando el anciano comienza a necesitar ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. El perfil más frecuente de cuidador es el de la hija de entre 40-50 años, casada y con hijos. Muchas de ellas trabajan fuera del hogar, no tienen ninguna formación en el cuidado de personas dependientes, no están remuneradas y desarrollan una jornada de trabajo sin límites establecidos.⁴⁵ Su cuidado les afecta de forma muy dispar, desde favorecer cuadros depresivos, insomnio, agresividad, cambios de humor, también puede reducir las defensas o suponer un gran gasto económico para los que se hacen cargo de los pacientes. Cuando los cuidadores son hijos del enfermo suelen percibir la situación como un contratiempo en la vida y tratan de adaptarse a la enfermedad, incluso procura mantener los contactos sociales. Suele tener más posibilidad de encontrar válvulas de escape que cuando el cuidador principal es el cónyuge.⁴⁶

Enfermedades Pulmonares

Neumonía: Enfermedad principalmente de origen infeccioso que afecta a las unidades de intercambio gaseoso del pulmón es decir, los alveolos. Los agentes causales más comunes son: estreptococo pneumoniae, Mycoplasma Pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae, Haemophilus Influenzae, entre otros.

Los síntomas son fiebre, tos con expectoración, dolor torácico y dificultad respiratoria.⁴⁷

Asma: Es una enfermedad inflamatoria, crónica, en donde una multitud de células intervienen en su desarrollo y la mayoría de las veces es desencadenada por polvos, humos y otros alérgenos. Los síntomas son broncoespasmo (resuello, pillido, sibilancias, asesido) tos escasamente productiva y disnea (falta de aire).⁴⁸

EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): Ésta enfermedad está catalogada como la 4° causa de muerte a nivel mundial en el 2020. El principal factor de riesgo es el tabaco, sin embargo la exposición ocupacional a humos, polvos y otros compuestos a largo plazo pueden ocasionarla. Se caracteriza por pérdida progresiva e irreversible de la función pulmonar. Los síntomas son falta de aire progresiva en años, tos con expectoración blanquecina o amarillenta con o sin pérdida de peso.⁴⁹

Enfermedades del Intersticio Pulmonar: El intersticio del pulmón es el tejido de sostén del órgano. Está formado por colágena y otras proteínas indispensables para la arquitectura. Una gran cantidad de agentes inhalados, enfermedades inflamatorias y medicamentos son capaces de dañar sus componentes y así interferir en la función primordial del pulmón, que es el intercambio de Oxígeno ambiental por el Dióxido de Carbono eliminado por nuestro cuerpo. Los síntomas principales son la falta de aire, tos seca, pérdida de peso y disminución del oxígeno de la sangre.⁵⁰

Enfermedades ocupacionales con afectación respiratoria: Un número limitado de sustancias que se encuentran en el ambiente son generadoras de procesos inflamatorios de las vías aéreas y en los pulmones. Entre las más comunes están el Asma Laboral, las neumoconiosis por carbón, por metales pesados, por arena sílica y por asbesto. Se recomienda ampliamente que los pacientes en riesgo sean valorados anualmente con pruebas de función respiratoria.⁵¹

Cáncer Pulmonar: Desgraciadamente es una de las principales causas de mortalidad en nuestros tiempos. La relación directa con el tabaco ha hecho que las campañas publicitarias de cigarrillos disminuyan su intensidad de propaganda en los medios masivos de comunicación.⁵²

Derrame pleural: El líquido pleural es un fluido filtrado del plasma sanguíneo que se encarga de amortiguar los movimientos respiratorios entre las pleuras parietal y visceral (envoltorio del pulmón). La acumulación anormal es debido a la falta de drenaje, a la disminución de las proteínas de la sangre, a la falla cardíaca, a la falla renal, la falla hepática, las infecciones pulmonares, entre otros.⁵³

Hipertensión Pulmonar: Es un padecimiento cada vez más frecuente por la conciencia que se ha creado en el personal médico para diagnosticarla y buscarla intencionadamente. Es una elevación anormal de la presión de la arteria pulmonar como consecuencia de una gran cantidad de enfermedades

respiratorias, cardíacas, trombóticas e inflamatorias. Los síntomas principales son la falta de aire, desmayos, tos seca y fatiga importante.⁵⁴

Tuberculosis Pulmonar: Causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, un germen agresivo que destruye el pulmón de manera lenta en la mayoría de las veces. Los síntomas son: tos con expectoración verdosa con o sin huellas de sangre, pérdida de peso, fiebres y sudoraciones vespertinas/nocturnas.⁵⁵

Fibrosis Quística: Enfermedad genética consistente en un defecto en la función de los canales del Cloro en el cuerpo humano. Se hereda necesariamente de la información proveída por AMBOS padres hacia el producto. Se caracteriza por infecciones de las vías respiratorias bajas y neumonías frecuentes desde temprana edad, tos con expectoración abundante y verdosa, retraso del crecimiento, diarreas fétidas y dificultad respiratoria.⁵⁶

Adulto mayor

Son términos que se dan a personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).⁵⁷

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les

denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona d la tercera edad.⁵⁸

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Este tipo de estudio es observacional porque no existió manipulación, intervención del investigador.

La planificación de la medición de la variable de estudio, fue de tipo prospectivo porque los datos necesarios para el estudio serán recogidos a propósito para la investigación.

El número de mediciones de la variable de estudio fue transversal porque sólo se mide en una sola ocasión.

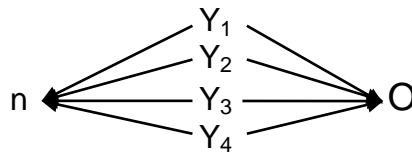
Y según el número de variables de interés, la presente investigación fue de tipo descriptivo, porque describirá a la variable principal del presente estudio.

3.2. Nivel de investigación

El presente estudio corresponde al nivel descriptivo; porque tiene como propósito describir situaciones y eventos, es decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis; miden o evalúan determinados aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

3.3. Diseño de estudio

El diseño utilizado en la presente investigación fue descriptivo, tal como se presenta en el siguiente esquema:



Leyenda:

n= Población de familiares de adultos mayores

Y₁= bienestar físico

Y₂= bienestar psicológico

Y₃= bienestar social

Y₄= bienestar espiritual

O= Observación

3.4. Población:

Para la investigación la población estuvo conformada por 54 familiares de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano

3.4.1 Criterios de inclusión, exclusión, eliminación y reposición.

Criterios de inclusión:

Se incluyó en el estudio a los familiares que:

- Vivan en Huánuco o sus alrededores
- Tengan un familiar adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hermilio Valdizan Medrano
- Tengan un familiar mayor de 65 años a su cargo
- Que su familiar tenga alguna enfermedad pulmonar aguda y este hospitalizado
- Acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Se excluyó del estudio a los familiares que:

- No tengan un familiar adulto mayor hospitalizado con enfermedades pulmonares agudas
- No tengan un familiar adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hermilio Valdizan Medrano
- No acepten firmar el consentimiento informado

3.4.2 Ubicación de la población en espacio y tiempo

Ubicación en el espacio: El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano en el servicio de Medicina, se desarrolló el estudio para medir la calidad de vida de los familiares de adultos mayores con enfermedades pulmonares

Ubicación en el tiempo: Esta investigación se realizó entre los meses de Junio del 2016 a Diciembre del 2016.

3.5. Muestra y muestreo:

3.5.1 Unidad de análisis:

Familiares de los adultos mayores

3.5.2 Unidad de muestreo:

La unidad seleccionada fue igual que la unidad de análisis.

3.5.3 Marco muestral:

Estuvieron conformados por el registro de ingreso de pacientes que tuvieron enfermedades pulmonares en el servicio de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

3.5.4 Tamaño de la población muestral:

Se trabajó con 54 familiares de adultos mayores que son parte de la población (población muestra menor a 100), por lo tanto se trabajó con una población muestral

3.5.5 Tipo de muestreo:

En la presente investigación se realizó el tipo de muestreo no probabilístico según criterio y accesibilidad del investigador.

3.6. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

3.6.1 Métodos

Guía de entrevista sociodemográfica: cuenta con 9 reactivos en 3 dimensiones: características demográficas, características sociales y dinámica familiar.

Cuestionario de calidad de vida: Para medir la calidad de vida de los familiares

Se consideró 2 tipos de respuesta para la calificación saludable (38 a 74 puntos) y no saludable(0 a 37 puntos)

-Dimensión bienestar físico se consideró: saludable (6 a 10 puntos) y no saludable (0 a 5 puntos)

-Dimensión bienestar psicológico se consideró: saludable (17 a 32 puntos) y no saludable (0 a 16 puntos)

-Dimensión bienestar social se consideró: saludable (9 a 16 puntos) y no saludable (0 a 8 puntos)

-Dimensión bienestar espiritual se consideró: saludable (9 a 16 puntos) y no saludable (0 a 8 puntos)

3.6 Validación de los instrumentos de recolección de datos

Validez: Los instrumentos de recolección de datos se sometieron a la validez cualitativa, con el fin de mejorar el instrumento y sea entendible para la muestra, en el cual se realizó los siguientes procedimientos de validez.

3.6.1.1. Validez cualitativa

➤ Validez de contenido

Todos los instrumentos del presente estudio, fueron sometidos a un juicio de expertos; con el afán de realizar la validez de contenido de cada uno de ellos, para así poder determinar

hasta dónde los reactivos de los instrumentos eran representativos de las características de contenido y del alcance del constructo que deseamos medir (calidad de vida de los familiares). Para lo cual se procedió de la siguiente manera:

1. Se seleccionaron 5 jueces expertos de diferentes áreas quienes juzgaron cualitativamente la “bondad” de los reactivos del instrumento, en términos de relevancia o congruencia de los reactivos con el universo de contenido y la claridad en la redacción en la formulación de los ítems.
2. Cada experto recibió suficiente información escrita acerca del propósito del estudio en la matriz de consistencia.
3. Cada experto recibió un sobre manila cuyo contenido, hoja de instrucciones para la evaluación por jueces, hoja de respuestas de la validación por jueces, juicio de experto sobre la pertinencia del instrumento de la escala propuesta y una constancia de validación.
4. Se recogió los sobres entregados a los expertos y se corrigieron los ítems donde existieron observaciones o recomendaciones, fueron modificados, replanteados y nuevamente validados; de acuerdo a la opinión de los expertos.

Al final todos los expertos consideraron pertinente aplicar el instrumento de investigación.

Validez racional

Los instrumentos de investigación aplicados y que además suponían resultados inferenciales, aseguraron la representatividad de todas las dimensiones de la variable de estudio (calidad de vida de los familiares), ya que los constructos medidos, estuvieron literariamente bien definidos, ya que se dispuso de los antecedentes de investigación para elaborar los instrumentos, de tal manera que los conceptos medidos en las dimensiones, no son provisionales ni vagos, sino que están basadas en las teorías existentes en las diversas literaturas revisadas.

3.6.2. Confiabilidad: para obtener la confiabilidad se realizó el siguiente procedimiento de validez.

3.6.2.1. Validez cuantitativa

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos del estudio, se vio por conveniente realizar la validez de consistencia interna para el cual empleamos el Kuder-Richardson 20 o fórmula KR 20 ya que es utilizada en cuestionarios de ítems dicotómicos con respuestas correctas e

incorrectas .Se realizó una prueba piloto con la encuesta para medir la calidad de vida de los familiares de los pacientes adultos mayores para identificar principalmente palabras poco comprensibles, preguntas que no se entiende la formulación para direccionar las preguntas ,ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada encuesta; este piloto se realizó en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, tomándose como muestra a 20 familiares de pacientes adultos mayores, las cuales no pertenecerán a la muestra definitiva. Se realizó el análisis con el KR 20

Para obtener el KR, se empleó la siguiente fórmula:

Cálculo del Índice KR-20

$$KR20 = \left(\frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_t^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_t^2}$$

KR20=	0.86
-------	------

$$KR20 = \frac{24}{24-1} \times \frac{22.05 - 3.025}{22.05}$$

$$KR20 = \left[\frac{24}{23} \right] \times \frac{19.025}{22.05}$$

$$KR20 = 1.04 \times 0.863$$

$$KR20 = 0.86$$

Con el presente resultado, se concluyó que la consistencia interna en la muestra piloto para el anexo 02 tiene una confiabilidad de consistencia interna “muy alta”, por lo cual la consideramos confiable para nuestros propósitos de investigación.

3.7 Procedimientos de recolección de datos

Para el estudio se realizaron los siguientes procedimientos:

- Para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se capacitó a 2 encuestadores independientes sobre el manejo de la información el cual fue tratado en completo anonimato.
- Se entregaron materiales a los encuestadores como lapiceros, lápices borradores, y los tableros para colocar las encuestas para la recolección de datos
- Habiendo obtenido la autorización del Director se conversó con los médicos y personal de salud a cargo para programar los días en que se va a realizar la recolección de datos del cuestionario de calidad de vida.
- Se seleccionó una muestra pequeña que no correspondía del estudio conformado por 20 familiares de los pacientes adultos mayores para realizar la prueba piloto en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.
- Se aplicaron de 6 a 7 instrumentos por día

- Se agradeció al personal de salud y familiares de los pacientes por su participación en el estudio

3.3. Elaboración de datos

- **Revisión de Datos:** Se revisaron los 2 instrumentos utilizados en el estudio la encuesta sociodemográficas y el cuestionario de calidad de vida.
- **Codificación de datos:** Se codificaron cada uno de los datos para poderlos diferenciar.
- **Clasificación de datos:** Se clasificaron los datos de acuerdo a las variables en estudio.
- **Procesamiento de datos:** Se utilizó el programa estadístico SPSS 18.0 para Windows.
- **Presentación de datos:** Se presentaron los datos en tablas académicas con sus respectivos análisis e interpretación.

3.4. Análisis e interpretación de datos

3.4.1. Análisis descriptivo

Se detallaron las características de cada una de las variables acuerdo al tipo de variable con que se trabajó se tuvo en cuenta la tendencia central y dispersión para las variables categóricas. tablas académicas para facilitar la comprensión en cada caso.

3.4.2. Análisis inferencial:

Para la contrastación de las hipótesis se utilizó la Prueba Chi cuadrada para establecer el nivel de significancia de la variable en estudio con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

3.5. Aspectos éticos de la investigación

Los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta para realización del estudio fueron:

La justicia: Se respetó este principio, ya que se aplicó el **Consentimiento informado (Anexo 04)**. A través del cual los familiares de los pacientes adultos mayores, fueron informados por escrito acerca de los objetivos generales del proyecto y del protocolo de trabajo en la que fueron incluidas. Al momento de abordarlos pudiendo negarse si así lo consideraran

Autonomía: Se respetó este principio, ya que se les explico a los familiares que podrán retirarse de la investigación en el momento que lo deseen.

Beneficencia: Se respetó la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación.

No Maleficencia: Se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y bienestar de los participantes, ya que la información fue de carácter confidencial.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 1. Características demográficas de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares

Características demográficas	N=54	
	N°	%
Edad		
35-40 años	30	55,6
41-46 años	10	18,5
47 años a mas	14	25,9
Genero		
Masculino	21	38,9
Femenino	33	61,1
Procedencia		
Dentro de Huánuco	33	61,1
Fuera de Huánuco	21	38,9

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar las características demográficas de los familiares en estudio, se apreció respecto a la edad que él [55,6%(30)] tienen de 35 a 40 años y el 25,9%(14) tienen de 47 años a más; en cuanto al género más de la mitad de ellos [61,1% (33)], y el [38,9% (21)]; ello denota que la población fue en su mayoría del género femenino. Respecto a la procedencia, 61,1%(33) fueron de procedencia dentro de Huánuco y menos de la mitad fuera de Huánuco.

Tabla 2. Características sociales de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.

Características sociales	N=54	
	N°	%
Religión		
Católica	43	79,6
Evangélica	11	20,4
Estado civil		
Casada(o)	14	25,9
Conviviente	16	29,6
Divorciado	12	22,2
Separado	12	22,2
Ocupación		
Cuidadora del hogar	47	87,0
Estudiante	6	11,1
Trabajo dependiente	1	1,9
Grado de escolaridad		
Sin estudio	3	5,6
Primaria incompleta	4	7,4
Primaria completa	10	18,5
Secundaria incompleta	17	31,5
Secundaria completa	11	20,4
Superior incompleta	9	16,7

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar las características sociales de los familiares en estudio, se apreció respecto a la religión más de la mitad de ellos [79,6% (43)] fueron católicos, y el [20,4% (11)] fueron evangélicos; ello denota que la población fue en su mayoría católicos. Respecto al estado civil, 29,6%(16) eran convivientes, con respecto a la ocupación se encontró que el 87,0%(47) eran cuidadores del hogar y con respecto al grado de escolaridad se encontró que el 31,5%(17) tuvieron secundaria incompleta.

CARACTERISTICAS DE LA DINAMICA FAMILIAR

Tabla 3. Cuidados que brindan a los pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.

Cuidados que brindan	N°	%
Aseo e higiene	23	42,6
Apoyo en la alimentación	17	31,5
Apoyo en sus necesidades fisiológicas	14	25,9
Total	54	100,0

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar los cuidados que brindan los familiares en estudio, se apreció que el [42,6% (23)] brindaron cuidados de aseo e higiene, el [31,5% (17)] cuidados de apoyo en la alimentación, y el 25,9%(14) apoyo en sus necesidades fisiológicas.

Tabla 4. Descripción de la relación de la persona que cuida a los pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.

Persona que cuida	N°	%
Esposo	14	25,9
Hermano	16	29,6
Sobrinos	12	22,2
Hijo	12	22,2
Total	54	100,0

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar a las personas que cuidan a los pacientes adultos mayores, se apreció que el [29,6% (16)] son sus hermanos, el [25,9% (14)] fue su esposo, y el 22,2%(12) sus sobrinos e hijos.

CALIDAD DE VIDA

Tabla 5. Descripción de la calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.

Calidad de vida	N°	%
Saludable	35	64,8
No saludable	19	35,2
Total	54	100,0

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 5, se aprecia que más de la mitad de familiares en estudio [64,8% (35)] tuvieron una calidad de vida saludable, frente a una proporción de 35,2% (19) que tuvieron una calidad de vida no saludable.

Tabla 6. Bienestar físico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.

Bienestar físico	N°	%
Saludable	37	68,5
No saludable	17	31,5
Total	54	100,0

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 6, se aprecia que más de la mitad de familiares en estudio [68,5% (37)] tuvieron bienestar físico saludable, frente a una proporción de 31,5% (17) que tuvieron un bienestar físico no saludable.

Tabla 7. Bienestar psicológico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.

Bienestar psicológico	N°	%
Saludable	43	79,6
No saludable	11	20,4
Total	54	100,0

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 7, se aprecia que más de la mitad de familiares en estudio [79,6% (43)] tuvieron bienestar psicológico saludable, frente a una proporción de 20,4% (11) que tuvieron un bienestar psicológico no saludable.

Tabla 8. Bienestar social de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.

Bienestar social	N°	%
Saludable	44	81,5
No saludable	10	18,5
Total	54	100,0

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 8, se aprecia que más de la mitad de familiares en estudio [81,5% (44)] tuvieron bienestar social saludable, frente a una proporción de 18,5% (10) que tuvieron un bienestar social no saludable.

Tabla 9. Bienestar espiritual de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares.

Bienestar espiritual	N°	%
Saludable	39	72,2
No saludable	15	27,8
Total	54	100,0

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 9, se aprecia que más de la mitad de familiares en estudio [72,2% (39)] tuvieron bienestar espiritual saludable, frente a una proporción de 27,8% (15) que tuvieron un bienestar espiritual no saludable.

4.2. RESULTADOS INFERENCIALES

Tabla 10 Comparación de la calidad de vida saludable y no saludable de los familiares de pacientes adultos mayores del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco- 2016

Calidad de vida	Total				Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	N°	%	N esperado	Residual		
Saludable	35	64.8	27	8,0	4.741	0,029
No saludable	19	35.2	27	-8,0		
Total	54	100.0				

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

En el análisis de comparación de la calidad de vida saludable y no saludable de los familiares en estudio, se encontró que el 64,8%(35) tuvieron calidad de vida saludable, a diferencia de un 35,2%(19), quienes evidenciaron una calidad de vida no saludable, con un N esperado de 27,0 para ambos y un valor residual de 8,0 para la calidad de vida saludable y -8,0 para la calidad de vida no saludable.

Al comprobar estadísticamente se encontró que los familiares tiene una calidad de vida saludable, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2=4,741$ y $p= 0,029$, siendo altamente significativo, con lo que se encontró que los familiares tienen una calidad de vida saludable.

Tabla 11. Comparación de la calidad de vida saludable y no saludable: dimensión bienestar físico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco- 2016

Bienestar físico	Total				Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	N°	%	N esperado	Residual		
Saludable	37	68.5	27	10,0	7.407	0,006
No saludable	17	31.5	27	-10,0		
Total	54	100.0				

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

En el análisis de la comparación del bienestar físico saludable y no saludable de los familiares en estudio, se encontró que el 68,5%(37) tuvieron un bienestar físico saludable, a diferencia de un 31,5%(17), quienes evidenciaron tener un bienestar físico no saludable con un N esperado de 27,0 para ambos y un valor residual de 10,0 para la calidad de vida saludable en su dimensión bienestar físico y -10,0 para la calidad de vida no saludable.

Al comprobar estadísticamente se encontró que los familiares tiene un bienestar físico saludable, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2=7,407$ y $p= 0,006$, siendo altamente significativo, con lo que se encontró que los familiares tienen un bienestar físico saludable.

Tabla 12. Comparación de la calidad de vida saludable y no saludable: dimensión bienestar psicológico los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco- 2016.

Bienestar psicológico	Total		Prueba de chi-cuadrado		Significancia
	N°	%	N esperado	Residual	
Saludable	43	79.6	27,0	16,0	18.963 0,000
No saludable	11	20.4	27,0	-16,0	
Total	54	100.0			

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

En el análisis de la comparación del bienestar psicológico saludable y no saludable de los familiares en estudio, se encontró que el 79,6%(43) tuvieron un bienestar psicológico saludable, a diferencia de un 20,4%(11), quienes evidenciaron tener un bienestar psicológico no saludable, con un N esperado de 27,0 para ambos y un valor residual de 16,0 para la calidad de vida saludable en su dimensión bienestar psicológico y -16,0 para la calidad de vida no saludable.

Al comprobar estadísticamente se encontró que los familiares tiene un bienestar psicológico saludable, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2=18,963$ y $p= 0,000$, siendo altamente significativo, con lo que se encontró que los familiares tienen un bienestar psicológico saludable.

Tabla 13. Comparación de la calidad de vida saludable y no saludable: dimensión bienestar social de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco- 2016

Bienestar social	Total		Prueba de chi-cuadrado		Significancia
	N°	%	N esperado	Residual	
Saludable	44	81.4	27,0	17,0	21.407 0,000
No saludable	10	18.5	27,0	-17,0	
Total	54	100.0			

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

En el análisis de la comparación del bienestar social saludable y no saludable de los familiares en estudio, se encontró que el 81,4%(44) tuvieron un bienestar social saludable, a diferencia de un 18,5%(10), quienes evidenciaron tener un bienestar social no saludable con un N esperado de 27,0 para ambos y un valor residual de 17,0 para la calidad de vida saludable en su dimensión bienestar social y -17,0 para la calidad de vida no saludable en su dimensión bienestar social.

Al comprobar estadísticamente se encontró que los familiares tiene un bienestar social saludable, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2=21,407$ y $p= 0,000$, siendo altamente significativo, con lo que se encontró que los familiares tienen un bienestar social saludable.

Tabla 14. Comparación de la calidad de vida saludable y no saludable dimension bienestar espiritual de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco- 2016

Bienestar espiritual	Total				Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	N°	%	N esperado	Residual		
Saludable	39	72.2	27,0	12,0	10.667	0,001
No saludable	15	27.8	27,0	-12,0		
Total	54	100.0				

Fuente. Encuesta de calidad de vida. (Anexo 02)

En el análisis de la comparación del bienestar espiritual saludable y no saludable de los familiares en estudio, se encontró que el 72,2%(39) tuvieron un bienestar espiritual saludable, a diferencia de un 27,8%(15), quienes evidenciaron tener un bienestar espiritual no saludable, con un N esperado de 27,0 para ambos y un valor residual de 12,0 para la calidad de vida saludable en su dimensión bienestar espiritual y -12,0 para la calidad de vida no saludable en su dimensión bienestar espiritual.

Al comprobar estadísticamente se encontró que los familiares tiene un bienestar espiritual saludable, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2=10,667$ y $p= 0,001$, siendo altamente significativo, con lo que se encontró que los familiares tienen un bienestar espiritual saludable.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados

La calidad de vida que llevan los familiares de personas con enfermedades pulmonares es posiblemente el evento que con mayor frecuencia da lugar a un problema en la familia, ya que produce ciertos cambios de vida. Los cuidados continuos deben ser relacionados con los familiares ya que son ellos quienes están conviviendo día a día con paciente, para poder mantener su integridad y ayudarlos a superar dicho proceso de la enfermedad.

En la presente investigación se encontró que la calidad de vida de los familiares es saludable y difieren de la calidad de vida no saludable ; siendo significativos estadísticamente (P 0,029); teniendo calidad de vida saludable el 64,8%; asimismo el bienestar físico de los familiares fue saludable y difiere del bienestar físico no saludable; siendo significativos estadísticamente (P 0,000); teniendo un bienestar físico saludable el 62,9%; el bienestar psicológico de los familiares fue saludable y difieren de los no saludables siendo significativos estadísticamente (P 0,006); teniendo un bienestar físico saludable el 68,5%; el bienestar psicologico de los familiares fueron saludables y difieren de los no saludables siendo significativos estadísticamente (P 0,000); teniendo un bienestar social saludable el 79,6%; el bienestar social de los familiares fueron saludables y difieren de los no saludables siendo significativos estadísticamente (P≤0,000); teniendo un bienestar social saludable el 81,4%, el bienestar espiritual de los familiares fueron saludables y difieren de los no saludables

siendo significativos estadísticamente (P 0,001); teniendo un bienestar social saludable el 72,2%

Lo cual es apoyado por López⁵⁹ quien en su estudio concluyo un los cuidadores en su mayoría tienen una buena calidad de vida y solo un pequeño porcentaje refieren que se encuentran emocionalmente agotados. Y por Castro⁶⁰ quien en su estudio encontró que los cuidadores de pacientes con enfermedad respiratoria crónica llevan una calidad de vida buena lo cual coincide con lo encontrado en el presente estudio.

Lo que es contradicho por Clemente, Riso, Serrano y Gandoy⁶¹ en su estudio concluyeron que especifican claramente cómo las personas que trabajan en otra actividad (sea por cuenta propia y ajena) son las que presentan menor grado de depresión y, consecuentemente, los desempleados y jubilados son los que mayor nivel de depresión presentan. Y es apoyado por Caqueo, Segovia, Urrutia, Miranday Navarro⁶² quienes en su estudio encontraron que el nivel de deterioro en las dimensiones físicas y funcionales de sus familiares influye en calidad de vida de los cuidadores que se ven sobrecargados por el rol que tienen que asumir.

Asimismo Osorio⁶³ en su estudio encontró que las enfermedades crónicas si influyen en la calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedades pulmonares.

5.2. CONCLUSIONES:

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- La calidad de vida de los familiares de los pacientes adultos mayores fue saludable; siendo significativos estadísticamente (P 0,029)
- El bienestar físico de los familiares de los pacientes adultos mayores fue saludable; siendo significativos estadísticamente (P 0,006)
- El bienestar psicológico de los familiares de los pacientes adultos mayores fue saludable ; siendo significativos estadísticamente (P 0,000)
- El bienestar social de los familiares de los pacientes adultos mayores fue saludable ; siendo significativos estadísticamente (P 0,000)
- El bienestar espiritual de los familiares de los pacientes adultos mayores fue saludable ; siendo significativos estadísticamente (P 0,001)
- Con lo que podemos concluir que la calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares es saludable tanto en lo social, psicologico y espiritual, es decir el tener un familiar adulto mayor no ha afectado al 100% de la población en estudio.

RECOMENDACIONES

Se sugiere lo siguiente:

A los estudiantes de enfermería:

- Realizar estudios de investigación similares de tipo explicativo a fin de poder generalizar los resultados.
- Tener en cuenta para realizar futuras investigaciones a diferentes tipos de poblaciones de diferentes hospitales y realizar estudios comparativos para generalizar resultados
- Tener en cuenta que es un tema de promoción y prevención de la salud

Al personal de salud

- Brindar sesiones educativas a los familiares sobre las enfermedades pulmonares
- Mejorar la comunicación con los familiares que tienen pacientes con enfermedades pulmonares
- Explicar a las familiares la importancia y el cuidado de los pacientes con enfermedades pulmonares

Al Gobierno Regional, MINSA y Hospital

- Desarrollar programas educativos orientados a la prevención de enfermedades pulmonares en adultos mayores
- Realizar seguimiento e identificar a la población en riesgo para desarrollar enfermedades pulmonares

- Incluir en la temática de la prevención y la promoción de la salud la salud respiratoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cedano S. de Cássia A .Bettencourt F Traldi M .Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de portadores de la Enfermedad Pulmonar en oxigenoterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013. jul.-ago. 21(4):112-9
2. Opcit. Pag. 12
3. Opcit. Pag. 14
4. Rivera M. Variables de riesgo asociadas al Burnout entre cuidadores familiares de enfermos de enfermedades pulmonares. Puerto Rico.[tesis para optar el grado de doctor] Universidad de León –Puerto Rico 2013
5. Opcit. Pag. 11
6. Expósito C. calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades pulmonares. realyc. 2008; vol. 7, núm. 3: 112-9.
7. Opcit. Pag. 16
8. Molina G, Agudelo M. calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades pulmonares. medic. inv. 2006 Oct.; vol. 6, núm. 1: 53-38.
9. Caqueo U, Segovia I. impacto de la relación de ayuda de cuidadores familiares en la calidad de vida de pacientes con enfermedades pulmonares. rev psic.2013; Vol. 10, Núm. (1): 95-108.
10. Expósito C. calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades pulmonares .realyc. 2008; vol. 7, , núm. 3: 112-9.
11. Expósito C. calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades pulmonares .realyc. 2008; vol. 7, , núm. 3: 112-9.
12. Ibid. Pag 43
13. Ibid. Pag 44
14. Ibid. Pag 45

15. Rivera M. Variables de riesgo asociadas al Burnout entre cuidadores familiares de enfermos con enfermedades pulmonares Puerto Rico.[tesis para optar el grado de doctor] Universidad de León –Puerto Rico 2013
16. Rivera M. Variables de riesgo asociadas al Burnout entre cuidadores familiares de enfermos con enfermedades pulmonares Puerto Rico.[tesis para optar el grado de doctor] Universidad de León –Puerto Rico 2013
17. Expósito C. calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades pulmonares. *realyc*. 2008; vol. 7, núm. 3: 112-9.
18. Caqueo A, Segovia P, Urrutia U, Miranda y Navarro C. impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con enfermedades pulmonares .*rev psicología*.[internet] Vol. 10, Núm. 1, 2013, pp. 95-108 ISSN: 1696-
19. Osorio M. calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedades pulmonares. [tesis para optar el título de magíster en enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico]. universidad nacional de colombia facultad de enfermería programa de maestría en enfermería; Granada. 2011
20. Sánchez, Y. Gasperi R. Programa educativo de atención domiciliaria en cuidados paliativos dirigidos al cuidador informal de enfermos terminal. Biblioteca Lascasas, 2012; 7(2 [http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0594 .php](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0594.php).
21. Clemente, M., Risso, A., Heleno S., Gandoy, M. Depresión en los cuidadores familiares de enfermos crónicos *Revista Psique*. Mag[internet] (Noviembre, 2012). vol. 1 N.º1, 2012 pp. 1 - 7 [11-05-15]
22. Castro J. calidad de vida de los cuidadores familiares en pacientes con enfermedad respiratorio cronico. (Para Optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería), Universidad de San Martín de Porres: Perú; 2012.
23. López R. calidad de vida de los cuidadores familiares en pacientes con enfermedad respiratorio cronico. (Para Optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería), Universidad de Carrillo del: Perú; 2012.
24. Pereda A. *Enf Neurol* [<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu>]; 2011 Vol. 10, No. 3: 163-167.

25. Torres A, Sanhueza A I.S.S.N
[<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n1/art02.pdf>]; 2006 (1): 9-17.
26. Rivera M. Variables de riesgo asociadas al Burnoutentre cuidadores familiares de enfermos con enfermedades pulmcaonares Puerto Rico.[tesis para optar el grado de doctor] Universidad de León –Puerto Rico 2013
27. Segura Barrios IM. Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una Institución prestadora de servicios de salud Barranquilla.Bogota[Tesis para optar el grado de Magister en Enfermería].Universidad Nacional de Colombia-2012[Internet].[Consultado 10/12/2016].Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6984/1/539505.2012.pdf>
28. Ibid.p.27.
29. Segura Barrios IM. Op cit.p.28.
30. Segura Barrios IM. Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una Institución prestadora de servicios de salud Barranquilla.Bogota[Tesis para optar el grado de Magister en Enfermería].Universidad Nacional de Colombia-2012[Internet].[Consultado 10/12/2016].Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6984/1/539505.2012.pdf>
31. Puerta Marlen V. Cambios del adulto Mayor. [Internet] consultado [01/06/2017]. Disponible en: http://ciclovitalhumanovejez.blogspot.pe/2014/04/cambios-en-el-envejecimiento_10.html
32. Ibid.p.12.
33. Ibid.p.14.
34. Ibid.p.16.
35. Ibid.p.18.
36. Ibid.p.14.
37. Ibid.p.13.
38. Ibid.p.16.
39. Ibid.p.19.
40. Puerta Marlen V. Op cit.p.28.
41. Ibid.p.30.
42. Ibid.p.24.
43. Ibid.p.23.
44. Puerta Marlen V. Op cit.p.25.
45. Luengo Martinez, Araneda Pagliotti, Lopez Espinoza.Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario. Vol 19 n° 1.Rev scielo.[Internet].[Consultado: 02/06/2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100003
46. Luengo Martinez, Araneda Pagliotti, Lopez Espinoza. Op cit.p.26.

47. Grupo vascular de Mexico. Enfermedades pulmonares comunes. [Internet].[Consultado 02/06/2017] Disponible en: <http://cardiothorax.com/enfermedades.htm>
48. Ibid.p.23.
49. Ibid.p.14.
50. Ibid.p.16.
51. Ibid.p.19.
52. Ibid.p.20.
53. Grupo vascular de Mexico. . Op cit.p.26.
54. Ibid.p.23.
55. Ibid.p.26.
56. Grupo vascular de Mexico. . Op cit.p.24.
57. Organización mundial de la salud. Adulto mayor [Internet].[Consultado 02/06/2017].Disponible en: <https://edukavital.blogspot.pe/2013/03/adulto-mayor.html>
58. Organización mundial de la salud. Adulto mayor [Internet].[Consultado 02/06/2017].Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
- 59.
60. Clemente, Risso, Serrano y Gandoy. Op cit.p.30.
61. López. Op cit.p.32

CODIGO

FECHA:...../...../.....

ANEXO 1**ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES EN
LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES****TITULO DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES PULMONARES
DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO-HUANUCO-
2016**

Instrucciones: Estimado señor (a): la presente encuesta forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre sus características sociodemográficas; por lo tanto por favor sírvase a contestar con la mayor sinceridad del caso de todas las preguntas que aparecen a continuación, para tal efecto sírvase a marcar con una aspa (x) dentro de la paréntesis la respuestas que usted considere pertinente. Recuerde que esta encuesta es anónima.

Se le agradece anticipadamente su colaboración.

I. CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS**1. ¿Cuál es su edad?**

- a) 35 a 40 años
- b) 41 a 46 años
- c) 47 años a mas

2. A que género pertenece

- a) Masculino ()
- b) Femenino ()

3. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

- a) Dentro de Huánuco ()
- b) Fuera de Huánuco ()

II. CARACTERISITICAS SOCIALES**4. ¿Cuál es su religión?**

- a) Católica
- b) Evangélica

5. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casada (o) ()
- b) Conviviente ()
- c) Divorciada (o) ()
- d) Separada (o) ()
- e) Viuda (o) ()

6. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Cuidador del hogar ()
- b) Estudiante ()
- c) Trabajador independiente ()

7. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- a) Sin estudios ()
- b) Primaria incompleta ()
- c) Primaria completa ()
- d) Secundaria incompleta ()
- e) Secundaria completa ()
- f) Superior incompleta ()
- g) Superior completa ()

III. CARACTERISTICAS DE LA DINAMICA FAMILIAR**8. ¿Qué cuidados le brinda al enfermo?**

- a) Aseo e higiene ()
- b) Físicos ()
- c) Apoyo emocional ()
- d) Apoyo en la alimentación ()
- e) Apoyo en sus necesidades fisiológicas (trasladar a los servicios higiénicos) ()
- f) Otros ()

9. ¿Cuál es su relación con la persona que cuida?

- a) Esposo ()
- b) Hermano ()
- c) Sobrinos ()
- d) Hijo ()

CODIGO

FECHA:...../...../.....

ANEXO 2**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA**

TITULO DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES PULMONARES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO-HUANUCO-2016

Instrucciones: Estimado señor (a). Por favor contestar todas las preguntas que aparecen a continuación, basándose en su vida en este momento. Se le agradece anticipadamente su colaboración.

Marque con un círculo el número del 1 a 4 que mejor describa sus experiencias.

✓ **BIENESTAR FÍSICO:**

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

1. Fatiga/agotamiento

Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	--------------	---------

2. Cambios de apetito

Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	--------------	---------

3. Dolor

Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	--------------	---------

4. Cambios en el dormir

Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	--------------	---------

5. Clasifique su salud física en general

Sumamente mala	Mala	Muy buena	Buena	Regular	Excelente
----------------	------	-----------	-------	---------	-----------

✓ BIENESTAR PSICOLÓGICO**6. ¿Qué tan difícil es para usted lidiar con su vida como resultado de tener un pariente con una enfermedad pulmonar?**

Muy Fácil	Fácil	Difícil	Complicado	Muy complicado
-----------	-------	---------	------------	----------------

7. ¿Qué tan buena es su calidad de vida?

Sumamente mala	Mala	Muy buena	Buena	Regular	Excelente
----------------	------	-----------	-------	---------	-----------

8. ¿Cuánta felicidad siente usted?

Absolutamente ninguna	Un poco	A veces siento felicidad	Casi siempre	Siempre	Muchísimo
-----------------------	---------	--------------------------	--------------	---------	-----------

9. ¿Siente en control las cosas de su vida?

Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	siempre	Completamente
-------	------------	---------	----------	---------	---------------

10. ¿Satisface su vida?

Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	siempre	Completamente
-------	------------	---------	----------	---------	---------------

11. ¿Cómo clasificaría su capacidad para concentrarse o recordar cosas?

Buena	Regular	Mala	Muy Mala
-------	---------	------	----------

12. ¿Se siente útil?

Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	---------	------------	-------

13. ¿Cuánta aflicción / angustia le causó el diagnóstico de su pariente?

Mucha	Regular	Poca	Casi ninguna	Ninguna
-------	---------	------	--------------	---------

14. ¿Cuánta aflicción / angustia, le causó los tratamientos de su pariente?

Mucha aflicción	Solo un poco	Regular	Casi nada	Nada
-----------------	--------------	---------	-----------	------

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

Mucha aflicción	Solo un poco	Regular	Casi nada	Nada
-----------------	--------------	---------	-----------	------

16. ¿Cuánta ansiedad / desesperación siente usted?

Mucha aflicción	Solo un poco	Regular	Casi nada	Nada
-----------------	--------------	---------	-----------	------

17. ¿Cuánta depresión / decaimiento siente usted?

Mucha	Solo un poco	Regular	Casi nada	Nada
-------	--------------	---------	-----------	------

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

Mucha	Solo un poco	Regular	Casi nada	Nada
-------	--------------	---------	-----------	------

19. tiene miedo / temor que le recurra la enfermedad de su pariente?

Mucha	Solo un poco	Regular	Casi nada	Nada
-------	--------------	---------	-----------	------

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

Mucha	Solo un poco	Regular	Casi nada	Nada
-------	--------------	---------	-----------	------

21. clasifique su estado psicológico en general?

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
----------	------	---------	-------	-----------

✓ **BIENESTAR SOCIAL**

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

Mucha	Solo un poco	Regular	Casi nada	Nada
-------	--------------	---------	-----------	------

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

Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	--------------	---------

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

En nada	Casi nada	Mucho	Demasiado
---------	-----------	-------	-----------

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

En nada	Casi nada	Mucho	Demasiado
---------	-----------	-------	-----------

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

En nada	Casi nada	Mucho	Demasiado
---------	-----------	-------	-----------

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

En nada	Casi nada	Mucho	Demasiado
---------	-----------	-------	-----------

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

Ninguno	Un poco	Mucho	Demasiado
---------	---------	-------	-----------

29. Clasifique su estado social en general

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
----------	------	---------	-------	-----------

✓ **BIENESTAR ESPIRITUAL**

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

Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	--------------	---------

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

Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	--------------	---------

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

Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	--------------	---------

33. ¿Cuánta incertidumbre / duda siente usted en cuanto al futuro de su pariente con enfermedad terminal?

Casi ninguna	Un poco	A veces	Casi siempre	Siempre
--------------	---------	---------	--------------	---------

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

Nada en absoluto	Un poco	Casi nada	Demasiado
------------------	---------	-----------	-----------

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

Nunca	Casi nunca	A veces	Siempre
-------	------------	---------	---------

36. ¿Cuánta esperanza siente usted?

Nada de esperanza	Un poco de esperanza	Casi nada	Mucha esperanza
-------------------	----------------------	-----------	-----------------

37. Clasifique en general su estado espiritual

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
----------	------	---------	-------	-----------

CODIGO:

FECHA:...../...../.....

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

“calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-2016”

- **Investigador**

Yesenia Vriza Arratea Meza, interna de enfermería de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco

- **Introducción / propósito**

Determinar la calidad de vida de los familiares en pacientes con enfermedades pulmonares el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

- **Participación** Participaran los familiares de los pacientes con enfermedades pulmonares

- **Procedimientos**

Se aplicará dos encuestas una sociodemográfica y otra sobre los factores que intervienen en la calidad de vida de los familiares la cual tendrá una duración aproximada de 15 a 20 minutos

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación

- **Beneficios**

Se le proporcionará información actualizada sobre las los cuidadores de pacientes adultos mayores.

- **Alternativas**

Si usted se siente incómodo con el presente estudio tiene la alternativa de abandonar en cualquier momento; el retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

Los datos que se obtiene en el presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. La identificación será manejada a través de códigos y serán anónimos, garantizando la confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

De tener alguna duda comunicarse al celular N° 968687821 o escribir al correo yasmin1508@outlook.com

- **Consentimiento / participación voluntaria**

Yo.....Acepto participar en el presente estudio: he leído la información proporcionada, o me han sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombre y firma del participante y responsable de la investigación**

.....

Firma del participante..... firma del responsable de la investigación

Huánuco.....de.....del 2016

ANEXO 04
CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____, con DNI N° _____, de
profesión _____, ejerciendo actualmente como
_____, en la Institución
_____.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento de “Calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-2016”

. Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

En Huánuco, a los _____ días del mes de _____ del _____.

Firma

ANEXO 06

MATRIZ DE CONSISTENCIA

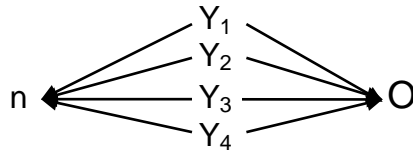
“CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES PULMONARES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO-2016”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES													
<p>Problema general: ¿Cómo es la calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2016?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es el bienestar social de los cuidadores de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares? • ¿Cómo es el bienestar psicológico de los cuidadores de pacientes adultos mayores con 	<p>Objetivo general: Determinar la calidad de vida de los familiares en pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano</p> <p>Objetivos específicos: Describir el bienestar social de la calidad de vida de cuidadores de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares Determinar el bienestar psicológico de los cuidadores de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares Identificar el bienestar espiritual de cuidadores de</p>	<p>Hipótesis descriptivas: Ha₁: Existe calidad de vida en los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano HO₁: No existe calidad de vida en los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Ha₂: Calidad de vida: dimensión bienestar social de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es saludable. HO₂: Calidad de vida:</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1344 760 1602 792">VI</th> <th data-bbox="1602 760 1837 792">DIMENSIONES</th> <th data-bbox="1837 760 2072 792">INDICADORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1344 792 1602 915" rowspan="3">Variable principal</td> <td data-bbox="1602 792 1837 915">Bienestar físico</td> <td data-bbox="1837 792 2072 915">Saludable No saludable</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1602 915 1837 1039">Bienestar psicológico</td> <td data-bbox="1837 915 2072 1039">Saludable No saludable</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1602 1039 1837 1162">Bienestar social</td> <td data-bbox="1837 1039 2072 1162">Saludable No saludable</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1344 1162 1602 1286"></td> <td data-bbox="1602 1162 1837 1286">Bienestar espiritual</td> <td data-bbox="1837 1162 2072 1286">Saludable No saludable</td> </tr> </tbody> </table>	VI	DIMENSIONES	INDICADORES	Variable principal	Bienestar físico	Saludable No saludable	Bienestar psicológico	Saludable No saludable	Bienestar social	Saludable No saludable		Bienestar espiritual	Saludable No saludable
VI	DIMENSIONES	INDICADORES														
Variable principal	Bienestar físico	Saludable No saludable														
	Bienestar psicológico	Saludable No saludable														
	Bienestar social	Saludable No saludable														
	Bienestar espiritual	Saludable No saludable														

<p>enfermedades pulmonares?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es el bienestar espiritual de los cuidadores de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares? • ¿Cómo es el bienestar físico de los cuidadores de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares? 	<p>pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares explicar el bienestar físico de cuidadores de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares</p>	<p>dimensión bienestar social de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es no saludable.</p> <p>Ha₃: Calidad de vida: dimensión bienestar psicologico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es saludable.</p> <p>H0₃: Calidad de vida: dimensión bienestar psicologico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es no saludable.</p> <p>Ha₄: Calidad de vida: dimensión bienestar espiritual de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es saludable.</p> <p>H0₄: Calidad de vida: dimensión bienestar espiritual de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es no saludable.</p>	
--	--	---	--

		<p>Ha₅: Calidad de vida: dimensión bienestar físico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es saludable.</p> <p>H0₅: Calidad de vida: dimensión bienestar físico de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es no saludable.</p>	
DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS	
<p>Tipo de estudio: Este tipo de estudio es observacional porque no existió manipulación, intervención del investigador.</p> <p>La planificación de la medición de la variable de estudio, fue de tipo prospectivo porque los datos necesarios para el estudio serán recogidos a propósito para la investigación.</p> <p>El número de mediciones de la variable de estudio fue transversal porque solo se mide en una sola ocasión.</p> <p>Y según el número de variables de interés, la presente investigación fue de tipo descriptivo, porque describirá a la variable principal del presente estudio.</p> <p>Diseño de estudio:</p>	<p>Para la investigación la población estuvo conformada por 54 familiares de los adultos mayores del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, según datos proporcionados por la persona encargada del programa de adulto mayor</p>	<p>Para la recolección de datos: Guía de entrevista sociodemográfica: cuenta con 9 reactivos en 3 dimensiones: características demográficas, características sociales y dinámica familiar.</p> <p>Cuestionario de calidad de vida: Para medir la calidad de vida de los familiares</p> <p>Se consideró 2 tipos de respuesta para la calificación saludable(38 a 74 puntos) y no saludable(0 a 37 puntos)</p> <p>Análisis de datos Análisis descriptivo. Se detallaron las características de cada una de las variables en estudio, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó se tuvo en cuenta las medidas</p>	

El diseño utilizado en la presente investigación fue descriptivo, tal como se presenta en el siguiente esquema:



Leyenda:

n= Población de adultos mayores

Y₁= bienestar físico

Y₂= bienestar psicológico

Y₃= bienestar social

Y₄= bienestar espiritual

O= Observación

de tendencia central y dispersión para las variables categóricas. Se emplearon tablas académicas para facilitar la comprensión en cada caso.

Análisis inferencial. Para la contratación de las hipótesis se utilizó la Prueba Chi cuadrada para establecer el nivel de significancia de la variable en estudio con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

