

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES
ONCOLOGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO
QUIRURGICO "DANIEL ALCIDES CARRION – HUANCAYO 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA**

AUTORES:

**ELVA ROMERO DE LA CRUZ
JHAMEL GYSSELA MIGUEL BONILLA
CINTYA MARIBEL FALCON TRAVEZAÑO**

**Callao - 2019
PERÚ**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios que permitió unirnos e inspirarnos y darnos fuerzas para continuar con nuestra vida profesional, a nuestros padres y familiares por todo el apoyo brindado en todo este recorrido de nuestra investigación, a cada uno de nuestros docentes que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTOS

Gracias infinitas a Dios por bendecirnos día a día, por guiarnos en cada paso que damos, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de debilidad y dificultad.

Gracias a nuestros padres por darnos la vida y ser los principales promotores en este escalón más de nuestra vida profesional. Por confiar creer en nuestras expectativas. Nuestras metas alcanzadas serán siempre el triunfo de ellos.

Un agradecimiento especial a la Mg Alicia por el interés y el apoyo, por sus correcciones y críticas constructivas y por compartir sus conocimientos en el proceso de la elaboración de nuestra tesis.

INDICE

RESUMEN	07
ABSTRACT	08
INTRODUCCION	09
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	11
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	14
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	14
1.2.2 PROBLEMA ESPECIFICO	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO	15
1.4 JUSTIFICACION	15
1.5 LIMITANTES DE LA INVESTIGACION	15
II. MARCO TEORICO	16
2.1 ANTECEDENTES	16
2.2 BASES TEORICAS	18
2.3 CONCEPTUAL	21
2.4 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS	31
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	33
3.1 HIPOTESIS	33
3.2 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES	33
3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	33
IV. DISEÑO METODOLOGICO	35
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	35
4.2 METODO DE INVESTIGACION	35
4.3 POBLACION Y MUESTRA	35
4.4 AMBITO DE ESTUDIO	36
4.5 TECNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION	36
DE LA INFORMACION	

4.6 ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS	38
V. RESULTADOS	39
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	56
6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis	56
6.2 Contrastación de los resultados con otro estudio similares	56
6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
ANEXOS	66

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1:	Genero del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019	39
GRAFICO N° 2:	Estado civil del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019	40
GRAFICO N° 3:	Grado de instrucción del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019	41
GRAFICO N° 4:	Ocupación del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	42
GRAFICO N° 5:	Parentesco del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	43
GRAFICO N° 6:	Tiempo que lleva como cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	44
GRAFICO N° 7:	Horas que dedica el cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	45
GRAFICO N° 8:	Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	46
GRAFICO N°9:	Dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	47
GRAFICO N° 10:	Temor por el futuro de su familiar respecto a la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	48

GRAFICO N° 11:	Dimensión relación interpersonal del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019	49
GRAFICO N° 12:	Inseguridad acerca de lo que debe de hacer respecto a la dimensión relación interpersonal del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	50
GRAFICO N° 13:	Dimensión expectativas de autoeficacia del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	51
GRAFICO N° 14:	No dispone de dinero suficiente para el cuidado del familiar respecto a la dimensión expectativas de autoeficacia del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	52
GRAFICO N° 15:	Edad en relación al nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	63
GRAFICO N°16:	Parentesco en relación al nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	54
GRAFICO N° 17:	Tiempo que lleva como cuidador en relación al nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	55

INDICE DE TABLAS

TABLAS N° 1:	Genero del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	39
TABLAS N° 2:	Estado civil del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	40
TABLAS N° 3:	Grado de instrucción del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	41
TABLAS N° 4:	Ocupación del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	42
TABLAS N° 5:	Parentesco del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	43
TABLAS N° 6:	Tiempo que lleva como cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	44
TABLAS N° 7:	Horas que dedica el cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	45
TABLAS N° 8:	Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	46
TABLAS N°9:	Dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	47
TABLAS N° 10:	Temor por el futuro de su familiar respecto a la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional	48

	docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	
TABLAS N° 11:	Dimensión relación interpersonal del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019	49
TABLAS N° 12:	Inseguridad acerca de lo que debe de hacer respecto a la dimensión relación interpersonal del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	50
TABLAS N ° 13:	Dimensión expectativa de autoeficacia del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	51
TABLAS N° 14:	No dispone de dinero suficiente para el cuidado del familiar respecto a la dimensión expectativas de autoeficacia del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	52
TABLAS N° 15:	Edad en relación al nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	53
TABLAS N°16:	Parentesco en relación al nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	54
TABLAS N° 17:	Tiempo que lleva como cuidador en relación al nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo 2019”	55

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo fue determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente oncológico en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”– Huancayo , **METODOLOGÍA:** El estudio fue de tipo descriptivo transversal, método empírico, con una población de 120 cuidadores, calculado mediante el tipo de muestreo probabilístico proporcional a 91 cuidadores seleccionados, la técnica para la recolección de datos fue la entrevista teniendo como instrumento el cuestionario, los datos se tabularon en el programa estadístico SPSS versión 21 IBM. **RESULTADOS:** Con respecto al nivel de sobrecarga del cuidador del paciente tenemos que del 100% (91) de cuidadores, el 82.42% (75) tienen sobrecarga intensa. Con respecto a la dimensión de relación interpersonal tenemos que del 100% (91) de cuidadores, el 45.05% (41) presentan sobrecarga intensa. Con respecto a la dimensión de expectativas de autoeficacia tenemos que del 100% (91) de cuidadores, el 96.7% (88) presenta sobrecarga intensa. **CONCLUSIONES:** El nivel de sobrecarga del cuidador primario que predomina es un nivel de sobrecarga intensa y en menor proporción sobrecarga leve.

PALABRAS CLAVES: Cáncer, cuidador, Sobrecarga, Impacto del cuidado, Carga interpersonal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective was to determine the level of overload of the primary caregiver of the cancer patient at the “Daniel Alcides Carrion” Surgical Clinical Teaching Regional Hospital - Huancayo, **METHODOLOGY:** The study was cross-sectional, empirical method, with a population of 120 caregivers , calculated using the type of probabilistic sampling proportional to 91 selected caregivers, the technique for data collection was the interview with the questionnaire as an instrument, the data were tabulated in the statistical program SPSS version 21 IBM. **RESULTS:** Regarding the patient's caregiver overload level, we have that of 100% (91) of caregivers, 82.42% (75) have intense overload. With respect to the interpersonal relationship dimension, we have that of 100% (91) of caregivers, 45.05% (41) have intense overload. Regarding the dimension of expectations of self-efficacy, we have that of 100% (91) of caregivers, 96.7% (88) have an intense overload. **CONCLUSIONS:** The level of overload of the primary caregiver that predominates is a level of intense overload and to a lesser extent mild overload.

KEYWORDS: Cancer, caregiver, Overload, Impact of care, Interpersonal burden

INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico temprano del cáncer y un tratamiento adecuado en centros especializados son un principal aporte para mejorar la calidad de vida de los pacientes, pues en nuestro país el cáncer no es diagnosticado en el momento oportuno y cuando ya son abordados están en etapas avanzadas lo que aumenta la tasa de mortalidad.

Desde un punto de vista social global, existe gran complejidad, pues los asuntos de abordaje son múltiples, el acceso a la salud, el costo elevado para el tratamiento y la deficiencia en la financiación. Así mismo la disponibilidad del tratamiento quirúrgico, provisión de los medicamentos y radioterapia. La descentralización de las atenciones médicas y capacitación al personal oncológico, son indicadores alarmantes que acrecientan este complejo problema, visto desde esta perspectiva pertenece a la demora de las políticas públicas de salud en su implementación correspondiente.

El avance de la tecnología para el cuidado de la salud ha elevado los costos del sector salud, así como también las expectativas de la población hacia los servicios que ofrecen. Sin embargo, muchos estudios revelan la deficiencia en la calidad y seguridad de la atención, puesto que ocurren eventos desafortunados, lo que perjudica el avance de las organizaciones de la salud.

En este sentido la enfermería toma conciencia de la responsabilidad que tiene en el cuidado que presta al paciente oncológico, a la institución, a la ética, a las leyes, a las normas de la profesión y la contribución en el desempeño en la evaluación, el cuidado y satisfacción de los pacientes. Por ende, el testimonio del paciente cobra gran relevancia al momento de evaluar su satisfacción puesto que es evidencia importante como indicador de resultados e información significativa para determinar cambios de vital importancia en la transformación e innovación en las políticas de salud.

Por los cambios existentes en el contexto mundial los pacientes y familiares exigen una atención de calidad en las instituciones que prestan servicios para la salud, pues existe una preocupación latente hacia la seguridad

del paciente. Y es ahí donde interviene el rol del cuidador que deja muchas ocupaciones con el fin de estar con el paciente, con la motivación de encontrar una mejor alternativa en el tratamiento y mejorar en la situación en la que se encuentra. Así mismo su estado emocional se ve afectado por las desilusiones, el sufrimiento, y carga de trabajo que soporta el paciente, se sabe que un estado emocional depresivo u ansioso debilitan el sistema inmune y, por ende, las células cancerígenas se propagan con mayor facilidad.

El temor a sucesos futuros en la salud del paciente, como la agravación de la enfermedad o a la muerte del paciente, aumenta la preocupación y el miedo en el cuidador quien se aísla y prioriza al paciente dejando de lado su vida social, actividades frecuentes que evitan su desarrollo personal y profesional, puesto que el cuidador se deja de lado para dedicarse a tiempo completo al paciente oncológico.

El cuidado informal no se siente preparado, pues no tiene el conocimiento suficiente de cómo abordar y desempeñarse en esta función. Su frustración y miedo aumenta su agotamiento físico y emocional, descuidando sus propias necesidades hasta su salud. Por lo que la capacitación a familiares de pacientes oncológicos jugaría un papel importante en el desempeño favorable con herramientas adecuadas para enfrentar este momento.

Estudios revelan que existe un impacto negativo sobre la salud física y mental en el cuidador, se evaluó la relación entre el cuidado a un paciente terminal y el riesgo de muerte del cuidador ya que las enfermedades ya existentes se agarban. En muchas investigaciones se evidencia mayor riesgo sobre cuidadores con esposas (os) dependientes económicamente, la preocupación y desesperación por los gastos que conlleva el tratamiento. Incrementa la sobrecarga de diferentes factores a riesgo de mortalidad del paciente al mismo tiempo que del cuidador

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El cáncer ocasiona más muertes a nivel mundial según la OPS indica el aumento de decesos en los pacientes oncológicos en las Américas se incrementa de 1.3 millones en 2012 a 2.1 millones en 2030, los pacientes oncológicos se limitan por diversos factores asociados, como los agentes infecciosos como principal papel en la agravación de la enfermedad, la hepatitis b que se asocia con el cáncer de hígado, así mismo la bacteria que se asocia con el cáncer de estómago que es la helicobacter y muchos más. Así también los estilos de vida poco saludable, la falta de ejercicios, una alimentación inadecuada que se entrelazan estrechamente con el cáncer de mamá, pulmón, próstata y colorrectal.

En la complicación del paciente oncológico y la evolución de la enfermedad, la familia del paciente atraviesa varias transformaciones tanto en su estado anímico como en su salud, el afrontamiento de la idea de muerte del paciente es desgastante para el cuidador esta interacción paciente y familia es compleja pues el paciente sufre con los cambios y alteraciones de la familia y la familia se agobia con las del paciente.

Los cuidados paliativos nacen por la necesidad de orientar la familia del paciente en cuanto a los cuidados primordiales en la salud del paciente. La Organización Mundial de la Salud lo define como cuidados activos e integrales al paciente sin posibilidad de cura, con miras al control del dolor y de los demás síntomas con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y la familia.

Los cuidados paliativos son realizados en el domicilio del paciente, pues las familias prefieren tenerlos en casa por la comodidad y la proximidad su ser querido. Los cuidados pueden ser apoyados con equipos especializados o concentrarse en un cuidador, que puede ser pariente, amigo o conocido al que se le denomina cuidador informal, en su mayoría es escogida por preferencia de paciente los datos nacionales e internacionales corroboran que el apoyo familiar es la principal proveedora de cuidados hacia el paciente oncológico en la

mayoría de países. Estos hallazgos refieren que los cuidados de larga duración como las enfermedades degenerativas dependen de la disponibilidad de la familia como fuente de apoyo.

Por tanto, el cuidado al paciente seta un agente estresor que impacta de forma negativa sobre el cuidador lo que le provoca sobrecarga física y mental, por ende, el cuidado informal ha sido conceptualizado como un evento estresante por (Zarit, 1998 a 2002). Efectivamente las personas que asumen el cuidado de un paciente con problemas de dependencia experimentan graves problemas en su salud, pues las consecuencias negativas en su estado emocional producto de los agentes estresores que adquieren en el cumplimiento de sus deberes como cuidadores (3).

La investigación realizada por Jesus Lopez Gil de caso y controles en el centro de salud de Sillería en Toledo España: donde se hallaron resultados importantes mostrando que un 66.4% de cuidadores mostraban niveles de sobrecarga leve, un 48,1%, evidenciaban una salud deteriora con mayor presencia de ansiedad, depresión y defunción familiar (4). Así mismo en México en el año 2011 Rivera Mora y Cols realizó un estudio en 100 cuidadores primarios en la Clínica de Medicina Familiar, utilizando la escala de Zarit obteniendo como resultado que el 11% presenta sobrecarga intensa y el 14 % presenta sobrecarga leve, pero la calidad física del cuidador empeoro con enfermedades ya que el 27 % tenían hipertensión, 18% presentaron diabetes mellitus y el 16% afecciones articulares. (5)

De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud muestran que actualmente 200 mil personas padecen cáncer en el Perú y alrededor de 30 mil personas mueren al año, siendo esta enfermedad la segunda causa de muerte en nuestro país, dentro de los cuales el 75% son detectados en un estado avanzado. (6)

Por lo que la familia de un paciente con cáncer se muestra muy afectada por la presión que significa cuidar al paciente, puesto que la responsabilidad ante la enfermedad del paciente oncológico tiene un gran peso en satisfacer y cubrir las necesidades que el paciente por sí solo no puede cubrir. Por lo mismo es una

obligación que no será retribuida, los efectos secundarios de la quimioterapia de los pacientes con cáncer también originan una carga para el cuidador, causando tensión, cuadros de depresión más aun en la fase terminal, lo que causa ansiedad y otras enfermedades por el descuido en su salud por la situación de estrés, temor que vive el paciente.

En este sentido, la adopción de medidas acordes al modelo comunitario de atención en la salud mental, es indispensable en las instituciones donde trabaja el profesional de enfermería con el propósito de brindar soporte a los cuidadores quien en muchas ocasiones no cuentan con la suficiente información con respecto a las medidas de autocuidado que deben realizar para evitar enfermedades en los familiares que asumen el cuidado del paciente. Por tal sentido las intervenciones psicosociales prestan un rol significativo en el tratamiento integral del paciente y su familia.

El rol de la enfermería contribuye en gran medida a la familia, el paciente y su cuidador logren superar los obstáculos que implica la enfermedad, logrando así alcanzar una salud optima y bienestar general. Las orientaciones acerca de los cuidados que debe brindar la familia al paciente oncológico debe ser de calidad atendiendo sus necesidades básicas, preocupaciones y temores, aliviando de un modo u otro la sobrecarga que se pueda experimentar en este proceso.

Al respecto durante las visitas al servicio de Quimioterapia Ambulatoria se observa una gran preocupación por parte del familiar que realiza el papel de cuidador del paciente, quien en muchas oportunidades sufre pues tiene una enorme responsabilidad en el cuidado del paciente por un tiempo en el tratamiento de la enfermedad, manifestando en diferentes testimonios como:

“Srta., en mi casa estamos muy preocupados de que mi mama no quiere comer, a veces solo llora por su enfermedad no quiere hacer nada y me deprime verla así sobre todo a mí, que soy quien lo cuida”.

“Mi papa después de la quimioterapia vomita, tiene muchas nauseas le duele todo el cuerpo, no puede dormir no sé qué hacer a veces me desespera y con mi trabajo no la puedo dejar sola me preocupa mucho”, entre otros

Tomando en cuenta los testimonios de los familiares que se desempeñan como cuidadores, es necesario realizar las interrogantes: ¿Cuál es el nivel de adaptación de la familia del paciente oncológico en el hogar? ¿Cuál es el estado de salud mental de la familia del paciente oncológico? ¿En qué forma se ve afectada la dinámica y funcionalidad familiar cuando se cuida al paciente oncológico? ¿Cómo afronta el cuidador su responsabilidad de cuidar al familiar enfermo? ¿Cómo se afecta la salud física y mental del cuidador por el hecho de cuidar a su familiar con cáncer?

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente oncológico en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”– Huancayo 2019?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

¿Cuál es el impacto que presenta el cuidador primario en el cuidado del paciente oncológico?

¿Cómo es la relación interpersonal del cuidador primario del paciente oncológico?

¿Cuál es la expectativa de autoeficacia del cuidador primario del paciente oncológico?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente oncológico en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”– Huancayo 2019

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el impacto que presenta el cuidador en el cuidado del paciente oncológico

Identificar la relación interpersonal del cuidador primario del paciente oncológico

Identificar la expectativa de autoeficacia del cuidador primario del paciente oncológico.

1.4 JUSTIFICACION

Esta investigación nos ayudó a determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente oncológico, con los resultados se puede prevenir problemas en el cuidador en sus diferentes dimensiones. Una manera esencial para impedirla es encontrar una manera de fomentar el autocuidado en los cuidadores o por el contrario a reconocer las sus necesidades. La intervención de enfermería será velar por el cuidador entregándole información objetiva y herramientas necesarias que le permitan resolver dudas y planificar estrategias para disminuir la sobrecarga, mejorando significativamente su bienestar y mejorando la calidad del cuidado que le ofrece al paciente, a través de intervenciones pertinentes que mejoren y guíen al profesional de enfermería en la innovación de programas de intervención dirigidos al cuidador principal.

1.5 LIMITANTES DE LA INVESTIGACION.

TEORICA No se encontró antecedentes, ni datos en la región que den referencia del nivel de sobrecarga en el cuidador principal.

TEMPORAL Es de tipo transversal porque todos tiene la misma probabilidad de ser evaluados.

ESPACIAL Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo del Departamento de Junín.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES:

INTERNACIONAL:

Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. en su tesis "Sobrecarga del Cuidador Principal de Pacientes en Cuidados Paliativos en Argentina, Departamento de Cuidados Paliativos del Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanari" (Universidad de Buenos Aires) 2015. Cuyo objetivo fue evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador principal de pacientes asistidos en cuidados paliativos en un hospital universitario, con una metodología cuantitativa de diseño prospectivo. Con 54 cuidadores de pacientes en cuidados paliativos. Y en sus resultados que el 43% de cuidadores principales tuvieron una sobre carga intensa. obteniendo conclusión que Mientras más tiempo los cuidadores mantenga una buena salud, mayor tiempo será su independencia y así llevar un estilo de vida satisfactoria y por ende entregar un cuidado adecuado al ser querido. El aporte de esta investigación fue mostrar que mientras el cuidador mantenga una buena salud física y mental tendrá las herramientas necesarias para realizar un cuidado de calidad. (7)

Bello J. en su tesis "Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas" Xalapa; Veracruz febrero 2014; Con el objetivo de determinar el grado de sobrecarga que presenta los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico degenerativas a la UMF 66, En el periodo de marzo a diciembre del 2012 realizo un estudio descriptivo prospectiva donde entrevistaron a 281 cuidadores donde el 36 % presento sobrecarga intensa. Teniendo por conclusión que existe prevalencia de sobrecarga en un alto porcentaje de la población pues e presenta en más de la mitad, de los cuidadores de pacientes crónicos, degenerativos, lo que se relaciona con el tiempo que le dedica al cuidado.

Vega O., Ovallos F., Velasquez N. en su trabajo de tesis “Sobrecarga de los cuidadores de pacientes oncológicos usuarios de la Clínica Cancerológica de San José de Cucuta 2012” Donde su objetivo fue valorar el grado de sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes oncológicos usuarios de la clínica cancerológica, estudio descriptivo de corte transversal, valoró el grado de sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes oncológicos usuarios de la clínica cancerológica por muestreo no probabilístico y la verificación de criterios de inclusión se realizaron a 170 participantes, y se utilizó la encuesta de caracterización Sociodemográfica y la escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit. Por resultados se afirma que el grado de sobrecarga de los cuidadores es alto en el 79,4 %. Así mismo, en la dimensión física (78,2 %), psíquica (43,5 %), social (45,9 %) y económica (88,8 %) se mostró el mismo comportamiento. En este sentido se concluyó que la intensa carga que ocasiona el hecho de cuidar a un familiar con enfermedad oncológica en la vida del cuidador es desgastante día a día. (9)

NACIONAL

Tafur M. en su tesis “Sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer en una institución oncológica de lima-2017. Su objetivo fue determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario en familiares de pacientes con cáncer en una institución oncológica, manejó el método cuantitativo, diseño de investigación no experimental de tipo descriptivo y corte transversal. Con una población de 158 cuidadores primarios halló que los cuidadores primarios de pacientes con cáncer terminal de la institución Oncológica de Lima presentan sobrecarga intensa en un 69.9%. Llegando a la conclusión que no existe certeza para establecer que el nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos esté relacionado con la edad parentesco y horas de cuidado. (10)

Lipa M. en su tesis “Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con cáncer en tratamiento. Servicio de oncología,

Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018” tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la sobrecarga y la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con cáncer en tratamiento, se realizó un estudio de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional a 121 cuidadores familiares donde más del 50% de la población en estudio presenta sobrecarga (67.8%), teniendo que el 46.3% de los cuidadores presentan un nivel de sobrecarga intensa, 21.5% presentan sobrecarga leve. Concluyendo que si existe relación significativa entre las variables sobrecarga y calidad de vida del cuidador familiar de personas con cáncer en tratamiento. (11)

2.2 BASES TEORICAS

La palabra ansiedad proviene del latín anxietas, definiendo así a un estado de agitación, inquietud o zozobre en estado de ánimo y refiriéndose a una de las sensaciones que los pacientes oncológicos experimentan con mayor frecuencia, siendo una sensación complicada y displacentera que se exterioriza por una tensión emocional y se ve acompañada de distintos síntomas (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). En este sentido el término ansiedad hace referencia a la combinación de distintas expresiones tanto físicas como mentales que se muestran a través de crisis o un estado persistente y difuso, en ocasiones llegando al pánico sin embargo se pueden estar presente con otras características neuróticas como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

Por otro lado, la ansiedad estado, hace referencia a una fase emocional que se da ante una situación determinada y transitoria varía en cuanto a la intensidad y duración según a la vivencia de la persona que la experimenta, que se caracteriza por una activación en el sistema simpático por una percepción de tensión en el ambiente y se ve tranquilizada por el sistema para simpático al terminar la situación subjetiva.

En los setenta se realizó la formulación de una teoría acerca de la ansiedad donde se describe que las emociones se manifiestan mediante reacciones agrupadas en categorías, como son la cognitiva, fisiológica, motora y

comportamental (Lang, 1968). Esto quiere decir que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción. (12)

La Angustia es un sentimiento que se ve vinculado a situaciones de desesperanza, que se caracteriza por la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y con libertad en determinadas situaciones. Los factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales forman parte de este sentimiento, lo que hace necesario un abordaje integral desde los campos ya mencionados. La angustia es objeto de estudio por parte de distintas disciplinas a lo largo de la historia.

Como dijo Benedetti: “la angustia, al igual que otros estados psíquicos que producen sufrimiento, así, por ejemplo, la tristeza y el sentimiento de culpa, constituye una pugna normativa de lo esencialmente humano”; aquí, se admite que el contenido y la entidad del concepto de angustia se aborda a través de la Filosofía, ocupándose ésta de lo que es esencial en el ser humano (Kielholz,1987).

La angustia en ocasiones se vuelve adaptativa, eso dependerá de la magnitud con la que se presenta y el tipo de respuesta que da la persona emita en ese momento, la patología sea evaluada según a la proporción, intensidad y duración de las anomalías. En la angustia normal no implicara la reducción de la libertad de la persona, mientras que la patológica muestra una reacción desproporcionada con respecto a la situación que se le presenta a la persona. Con sintomatología corporal, profunda y recurrente, en este tipo de angustia es estereotipada, anacrónica (revive continuamente el pasado) y fantasmagórica (imagina un conflicto tal vez inexistente) (Ayuso, 1988). Así mismo la angustia de carácter patológico genera trastornos como pueden ser las propias crisis de angustia. Puede darse el caso de que dichas crisis afloren de forma secundaria o simplemente que las acompañen otros trastornos como la neurosis obsesiva, la depresión o la psicosis. (12).

La sintomatología sin duda es extensa, pues se muestran síntomas de índole somática como taquicardia, palpitaciones, dolor, palidez, exceso de calor, sensación de ahogo, náuseas, pesadez, sensación de hinchazón, frigidez enuresis, temblor, hormigueo, cefalea, vértigo, mareo, sudoración y sequedad de boca, entre otros (Ayuso, 1988). A nivel fisiológico aparece, por un lado, un aumento de la frecuencia cardíaca, del flujo sanguíneo, de la conductibilidad cutánea y de la actividad electromiográfica y, por otro lado, un descenso en el volumen del pulso digital; a nivel sanguíneo se observa un aumento de cortisol, adrenalina y noradrenalina (Ayuso, 1988). Asimismo, se enfatizan síntomas subjetivos que se producen en el individuo que sufre angustia y las alteraciones de la conducta manifiesta, siendo éstas las más visibles. (12)

El estrés se describe como la relación entre la persona y el ambiente, en como la persona percibe las exigencias de su entorno cercano forma parte de peligro hacia su bienestar, si sobrepasa o iguala los recursos que tiene para enfrentarse ante determinada situación. (Lazarus y Folkman, 1984). A pesar de estos casos, el estrés es entendido como algo negativo, perjudicial o nocivo para la persona, ya que causa dolores de cabeza, indigestión, resfriados frecuentes, dolor de cuello y espalda e infelicidad en las relaciones personales más cercanas (Olga y Terry, 1997) al mismo tiempo, el estrés puede inhabilitar al individuo en el espacio laboral, provocar crisis nerviosas periódicas, depresión, ansiedad o incluso dar lugar a la muerte por un ataque al corazón.

La experiencia del estrés como un estado positivo o negativo dependerá de la valoración que realiza la persona hacia las demandas de la situación y de sus propias herramientas con las que cuenta al momento de hacer frente a las situaciones estresantes. Por lo descrito la persona se enfrenta con regularidad a modificaciones que sufre su entorno, cambiando su forma de percibir e interpretar ciertas situaciones exteriorizando conductas en función a la interpretación hecha por la persona.

En muchos casos las demandas de su entorno son excesiva para la persona, y su repertorio conductual para enfrentarse a una situación que

genera estrés es insuficiente de la misma forma de cuando se enfrenta a una situación nueva. (Olga y Terry, 1997). El estrés provoca infinidad de problemas de salud entre el asma, el infarto de miocardio y las alteraciones gastrointestinales e inmunológicas (McEwen, 1995). (12)

2.3 CONCEPTUAL

2.3.1 CANCER

Se le llama cáncer al crecimiento acelerado, incontrolado y desordenado de células, este proceso se presenta en cualquier parte del cuerpo, el tumor puede presentarse en algún tejido y provoca una metástasis en puntos distantes al organismo donde se originó el tumor. Los distintos tipos de cáncer se pueden prevenir impidiendo factores de riesgo como el humo de cigarro que es lo más común, exposición al sol, estilos de vida insalubres. Además, un alto porcentaje de cánceres, en la actualidad pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. (13)

A. FASES DEL CANCER:

ETAPA 0

En la fase inicial suceden cambios a nivel celular que otorgan una característica de maligno a las células, esto se basa en la multiplicación descontrolada e invasión. Es la etapa donde se toma más tiempo en la enfermedad, se denomina fase de inducción, en esta fase el diagnóstico es difícil puesto que aún no se producen síntomas observables y tiene una duración de hasta 30 años-

ETAPA IA

A esta etapa se le denomina “in situ”, pues se caracteriza por que existe la presencia de la lesión cancerígena que se localiza en el tejido donde se originó. En personas adultas esta etapa tiene una duración de entre 5 y 10 años dependiendo del tipo de cáncer. En ella, tampoco se manifiestan síntomas o molestias en el paciente. Solo en algunos casos como el cáncer de mama, cuello uterino o colon, la enfermedad puede ser diagnosticada por técnicas que pueden detectar estos tipos de cáncer de forma temprana.

ETAPA IIA

En esta etapa la lesión se va expandiendo lejos de donde se originó, ataca órganos y tejidos cercanos, esta es la fase de invasión local, en adultos se da entre 1 a 5 años. La sintomatología aparecerá dependiendo al tipo, crecimiento y localización del cáncer.

ETAPA III: METÁSTASIS

En esta etapa la enfermedad se esparce por distintos lugares del cuerpo, fuera del lugar de origen, y aparece lesiones tumorales a distancia, a lo que se le denomina metástasis. Denominada también la etapa de invasión y presenta una sintomatología compleja, esto dependerá del tipo de tumor y de la localización de la metástasis.

ETAPA IV: FASE TERMINAL

En esta etapa se reconoce la existencia de la enfermedad oncológica ya avanzada, que será progresiva e irreversible, es decir, incurable, se le llama también cáncer terminal. Donde los tratamientos empleados no responden y son acompañadas por

muchos síntomas que provocan malestar en el paciente y provoca disminución en su calidad de vida y la de su familia.

El dolor se presenta cada vez más intensamente, en esta fase si la familia se preparó, el reencuentro con uno mismos y con los que lo rodean, será menos dolorosa. Los cuidados paliativos o la medicina paliativa, será muy importante para la atención de pacientes en esta fase. (14)

B. TRATAMIENTO:

Para Goldman, A y Col, en el año 2014 definen al tratamiento como los procedimientos que se realizan para atenuar los síntomas de la enfermedad. Es importante definir par que tipo de enfermedad se administrara y que tipo de tratamiento.

- Los tratamientos son indicados con un criterio de carácter curativo, con el propósito de desaparecer la enfermedad y no pueda volver a reaparecer.
- En otras ocasiones los tratamientos no logran su objetivo, sin embargo servirán en prolongar la vida del paciente en mayor o menor grado.
- En este sentido cuando los tratamientos no funcionan y el paciente no logra curarse. La principal preocupación del tratamiento es el control de los síntomas del paciente para proporcionarle una mejor calidad de vida.

Es de gran importancia un análisis profundo que permita definir las estrategias que se deben emplear y determinar la frecuencia y magnitud de las intervenciones que se deben realiza con una adecuada evaluación del costo/beneficio.

a) Cirugía

En muchas ocasiones, las cirugías oncológicas suelen ser muy agresivas, como las de la cirugía a los sarcomas o de los tumores locales avanzados, y por ende el paciente precisan de un cuidado de calidad pues el posoperativo será una etapa difícil para el paciente, ya que conlleva muchos días de terapia intensa, drenajes y vías parenterales. Por otro lado se han descubierto tratamientos alternativos que conservan órganos o tener abordajes más amigables que cooperen con la calidad de vida sin perjudicar las posibilidades que su salud mejore, como el caso de la cirugía de mama, la biopsia, el ganglio centinela, la cirugía Mohs de los tumores de piel, entre otros.

En la cirugía oncológica se busca reseca el tumor con márgenes negativos, el drenaje linfático, Por la magnitud de la extracción tumoral la cirugía podría ser:

R0: Cuando ya no existe lesión tumoral residual macro, ni una microscópica.

R1: Cuando en un algún punto la enfermedad residual microscópica persiste, según los cantos tumorales instruidos por el medico patólogo.

R2: La enfermedad residual macroscópica es visible

b) Radioterapia

En referencia a la radioterapia se utiliza la energía que se le nombra radiación ionizante, que tiene por objetivo deshacer células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radio terapia devasta las células en el área que es aplicada reduciendo su material genético y disminuyendo la probabilidad de que crezcan o se fraccionen.

Se tiene que saber que si bien la radioterapia deteriora las células cancerígenas, también deteriora las células normales, sin embargo las células normales se recuperan a la radiación y funcionan con normalidad y adecuadamente. El objetivo principal de la radioterapia es destruir en mayor número a las células afectadas por el cáncer y dañar lo menos posible el tejido saludable que se encuentra alrededor. En este sentido la radioterapia busca la destrucción íntegra de un tumor y lograr el alivio de los síntomas que causa.

c) Quimioterapia

Se define al tratamiento que se ve compuesto por un conjunto de agentes citotóxicos con resultado antineoplásico. (Goldman, A y Col, 2014). En su mayoría estos agentes se administran por vía Intravenosa, sin embargo existen también medicamentos que se pueden consumir por vía oral e intramuscular los medicamentos quimioterapéuticos difieren mucho entre sí, dentro de sus características se encuentra la de encerrar las réplicas de las células cancerígenas ya que contienen diversos componentes.

La exposición a la quimioterapia hace la que las células malignas y tejido sanos sean destruidos indistintamente. Los agentes quimioterápicos se clasifican en: Alquilantes, Antimetabolitos, Agentes antitubulares, Inhibidores de topoisomerasa y Antibióticos antitumorales.

C. PREVENCIÓN

En nuestro tiempo menos de un tercio de los tipos de cáncer pueden ser prevenidos y se constituiría una importante

estrategia de prevención a largo plazo para el control del cáncer, la OMS nos propone 12 consejos esenciales y son:

- a) No fumar. Evitar el consumo de tabaco.

El consumo de tabaco constante es la que más muertes cobra en todo el mundo, en un 22% cada año, en el 2004 cerca de 1,6 millones de los 7,4 de muertes debido al cáncer son producidas por el tabaquismo.

Mantener los ambientes donde pernocte con frecuencia, sin humo de tabaco

- b) Vigile su alimentación, las dietas abundantes en frutas y hortalizas son un escudo contra distintos tipos de cáncer.
- c) Una vida activa con regularidad y el cuidado en el peso adecuado, aunado a una dieta sana, podrán disminuir el peligro de adquirir cáncer.
- d) El exceso en el consumo de alimentos con alto contenido en azúcar, calorías y grasa podrá prevenir el cáncer.
- e) Poner límites en el consumo de carnes rojas, alto contenido de sal y carne procesada.
- f) La Organización Mundial de la Salud promueve iniciativas saludables para prevenir cualquier tipo de cáncer en la población mundial.
- g) En las mujeres la lactancia ayuda a prevenir el cáncer de mama, sin embargo el uso de hormonas aumenta algunos tipos de cáncer.
- h) Tomar precaución de los rayos solares, en principal en niños.
- i) Para prevenir el cáncer en las mujeres es muy importante las vacunas contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano se deberían dar cuando son niñas, con el fin de prevenir distintos tipos de cáncer.

- j) La realización de exámenes médicos con regularidad, por lo menos una vez al año, será de mucha ayuda para localizar el cáncer.

2.3.2 SOBRECARGA DEL CUIDADOR

ZARIT define a la sobrecarga como al grado en como los cuidados que se brinda al paciente, afecta al cuidador en su salud, en la vida social, personal y económica son perjudicados.

A. CUIDADOR

Esta denominación se le atribuye al cuidador principal, de una persona que se hace cargo con responsabilidad en la atención y cuidados diarios en cualquier paciente con un tipo de enfermedad, este personaje es el principal apoyo y compañía del paciente en la mayor parte del tiempo sufre de riesgo en su salud. y sobre su desarrollo personal. (Brescane, R y Col. 2013).

a) CAMBIOS EN EL CUIDADOR:

Cambios en las relaciones familiares

La aparición de un momento a otro de un familiar que dependerá al cien por ciento a diario en un núcleo familiar. Por lo tanto aparecen tensiones y discusiones entre los miembros de la familia en relación a los cambios inesperados, en cuanto a las tareas y responsabilidades que existen entre ellos.

Cambios en el trabajo

En ocasiones los cuidadores que desempeñan este papel, abandonan su trabajo o se ven obligados a reducir su carga

laboral. Con el fin brindarle los cuidados adecuados a tiempo completo. Lo que dificulta la vida del cuidador en todas las áreas de su desarrollo integral.

Cambios en el tiempo libre

El tiempo que un cuidador dispone para sí mismo es mínimo, pues su labor a tiempo completo disminuye considerablemente sus aficiones, sus relaciones sociales, viajar o relajarse se vuelve muy difícil, así también cuando sus actividades diarias se ven afectadas en cuidador experimenta cambios en su salud física y mental.

Cambios en la salud

Los cuidadores experimentan cambios significativos en su estado físico, un estado de agotamiento, problemas para conciliar el sueño y problemas físicos como cansancio muscular, por las tareas que realiza en cuanto a los cuidados que brinda al paciente. Por ende los cuidadores se ven perjudicados en su salud a diferencia de los familiares que no tienen responsabilidad.

Cambios en el estado de ánimo

En cuanto a su estado emocional el cuidador se ve afectada en gran modo, pueden experimentar sentimientos de tristeza y culpa, existe un decaimiento significativo por el futuro, el enfado, las preocupaciones, la insatisfacción y la frustración por dejar sus actividades de lado para dedicarse al paciente.

b) TIPOS DE CUIDADORES

Cuidador familiar primario

El cuidador primario se hace responsable de los cuidados del paciente. Por lo general este rol lo desempeña un familiar del paciente. Se caracteriza por que el cuidador no tiene una formación profesional para de sus tareas, sin embargo muestra gran compromiso, responsabilidad y mucho afecto hacia el paciente. El cuidador no tiene horario para brindar las atenciones ante la enfermedad, sin límite de tiempo las 24 horas del día los 365 días del año con cuidados hacia el paciente.

Cuidador familiar secundario

Los cuidadores principales tiene un soporte en el apoyo de otro familiar, tanto instrumental como emocionalmente. Aunque estos cuidadores no tienen responsabilidad de un cuidado permanente y solo dan cuidados de forma regular regular y oportuna al cuidador principal. El papel del cuidador secundario es muy importante como soporte tanto para el paciente como para el cuidador.

Cuidador formal

Es la persona con una formación adecuada que le presta cuidados al enfermo y son asalariados por los servicios prestados

B. SOBRECARGA

Es un estado de amenaza en la salud física, psicológica y emocional, a la que se expone una persona por los cuidados que le brinda aun familiar en tratamiento oncológico por lo que

Se usó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, que mide tres dimensiones subyacentes a la carga, distribuidos en 22 ítems, que son:

a) Impacto del cuidado

Hace referencia a las evaluaciones que realiza el cuidador a los cambios que se han dado al realizar los cuidados hacia el paciente, las actividades del cuidador se ven afectadas como su tiempo libre, el deterioro en su salud, la falta de intimidad, la sensación de pérdida del control de su vida y un cambio brusco en su vida social.

b) Carga interpersonal

Referidos a los sentimientos de vergüenza, enfado o tensión que experimenta en cuidador hacia su familia, producidos por el agotamiento físico y mental del cuidador.

c) Expectativas de autoeficacia

Hace referencia a la capacidad que cree tener el cuidador al momento de cuidar al paciente, evalúa su deber de hacerlo, si podría hacerlo mejor, donde los recursos económicos no son suficientes y la creencia de que solo el podrá hacerlo.

El cual es medido mediante la siguiente clasificación:

- **No sobrecarga:** Entre los valores de 22 a 46 puntos.
- **Sobrecarga leve:** Entre los valores de 47 a 55 puntos.
- **Sobrecarga intensa:** Entre los valores de 56 a 110 puntos.

Considerando como:

No sobrecarga: Es el resultado en el cual el cuidador familiar no presenta problemas al brindar los cuidados

necesarios al paciente, ni en sus relaciones interpersonales, ni en su capacidad de cuidar a su familiar con cáncer en tratamiento.

Sobrecarga Leve: Es el resultado en el cual el cuidador familiar experimenta problemas mínimos al brindar cuidados, en sus relaciones de cuidar, a su familiar con cáncer en tratamiento.

Sobrecarga Intensa: Se da cuando el familiar cuidador experimenta dificultades al ofrecer los cuidados y se ve reflejado en sus relaciones interpersonales, problemas de salud y en su capacidad de cuidar, a su familiar con cáncer en tratamiento o cuidados paliativos (16)

2.4 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Cáncer: Es el nombre habitual que recibe un conjunto de enfermedades afines en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo.¹ Según la definición de Rupert Allan Willis, un patólogo australiano, una neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo desarrollo excede del de los tejidos normales y no está sistematizado con estos, y que persiste del mismo modo descomunal aún después de finalizar el estímulo que le dio origen.

Un cuidador es la persona que por lo general es un familiar directo, que convive y es responsable de proveer y cubrir las necesidades un paciente, incapaz de auto sustentarse” (Ballesteros et al., 2002:201; Breinbauer et al., 2009:658).

Sobrecarga se divide en dos aspectos, el objetivo que corresponde a resultados negativos concretos y evidentes en el rol del cuidador y el subjetivo que hace referencia a la sensación que brindar los cuidados desliga, en la evaluación personal de la familia acerca de la situación.

Impacto del cuidado: Se refiere a las evaluaciones que hace el cuidador respecto a los cambios que ha suscitado al realizar los cuidados con su familia o paciente, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social.

Carga interpersonal: se representa por lo elementos que existe en la relación entre el cuidador con la familia y el paciente y se presentan con sentimientos de vergüenza, ira y molestia.

Expectativas de autoeficacia: se refiere a la creencia que el cuidador tiene acerca de su capacidad de cuidado a su familiar el como lo hace y como debería hacerlo o como podría mejorar, la carencia de recursos económicos y la creencia que solo el puede brindar estos cuidados.

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS

La sobrecarga del cuidador principal de los pacientes oncológicos es intensa.

3.2 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Nivel de afectación en las dimensiones impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativa de autoeficacia que experimentan los familiares cuidadores de los pacientes oncológicos producto de la convivencia con el paciente al brindarle los cuidados.

VARIABLE DE ESTUDIO: sobrecarga del cuidador

3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	TECNICA
Sobrecarga del cuidador	Impacto del cuidador	- Falta de tiempo suficiente para el mismo -Deterioro de la vida social -Sensación de pérdida de control sobre su vida -Deterioro de la salud	-Tiempo suficiente -Vida privada -Vida social Pérdida de control de su vida. Salud afectada	<46 Ausencia de sobrecarga. 47-55 Sobrecarga ligera. >56 Sobrecarga intensa".	Encuesta
	Relación interpersonal	-Deseo de delegar el cuidado en otros	Delegar cuidado		

		<ul style="list-style-type: none"> -Sentimiento de vergüenza -Enfado o tensión hacia su familiar -Sentimientos de indecisión acerca del cuidado 	<p>Vergüenza Tensión</p> <p>Indecisión</p>		
	Expectativa de autoeficacia	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo -La falta de recursos económicos para poder cuidar a su familia adecuadamente -La expectativa de no poder seguir prestando los cuidados por mucho más tiempo 	<p>Deber de cuidar</p> <p>Recursos económicos</p> <p>Expectativa del cuidado</p>		

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El estudio fue de tipo descriptivo transversal ya que se describe el nivel de sobrecarga que presentaron los cuidadores primarios de pacientes oncológicos. Según el tiempo de recogida de datos, será prospectivo. Y según la forma de recolección de datos será transversal.

Diseño descriptivo simple

P _____ Xi _____ O1

P: población de estudio

Xi: variable de estudio

O1: resultados

4.2 METODO DE INVESTIGACION

- Método empírico este es el método general más utilizado, se aplicó en la medición empírica es decir en la medición de nuestra variable de estudio.
- Método hipotético deductivo ya que se llegó a comprobar la Hipótesis planteada
- Método descriptivo ya que la tesis tuvo como objetivo la evaluación de alguna característica de una población o situación particular
- Método analítico ya que implica análisis mediante la descomposición de sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos.

4.3 POBLACION Y MUESTRA

POBLACION

La población estuvo conformada por todos los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico quirúrgico

“Daniel Alcides Carrión” siendo un total de 120 pacientes atendidos en el trimestre.

MUESTRA

Con la respectiva formula se obtuvo la muestra de 91 pacientes donde se les aplico el cuestionario a los cuidadores principales de cada paciente.

N= 120 pacientes atendidos en el primer trimestre

N=384 promedio trimestral de pacientes atendidos

$$\frac{1+384}{120}$$

N= 384 = 384

$$\frac{1+3.2}{4.2}$$

N= 91.4

N= 91

4.4 AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el área de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Ubicado en Av. Daniel Alcides Carrión Nro. 1552 en el Distrito de Huancayo, Provincia Huancayo, Departamento Junín.

4.5 TECNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

La recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta teniendo como instrumento al cuestionario de Steven H. Zarit que es un distinguido profesor emérito de Desarrollo humano y de estudios de la familia en la universidad Estatal de Pennsylvania. Ha realizado investigaciones pioneras sobre la carga y el estrés de los cuidadores (17) Zarit fue uno de los primeros investigadores en estudiar los efectos en cuidadores de familiares con enfermedad de Alzheimer o demencia. La

escala de Zarit fue compuesta originalmente por Steven H. Zarit, y consta de 22 ítems reactivos de respuesta tipo Likert. Los valores de frecuencia que dispone el sujeto para contestar a la escala de Zarit son entre 1 (nunca) y 5 (casi siempre). (18)

El cual se tomó como instrumento el Test de Zarit para evaluar a los cuidadores de pacientes con cáncer en el momento de su quimioterapia y hospitalización.

Se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y colaboradores que fue validada y aplicada en diferentes estudios, corroborando su confiabilidad a través del alfa de Crombach, el cual obtuvo un coeficiente de 0,949 y altos puntajes del coeficiente de Pearson para la validez de cada ítem.

El autor y colaboradores creadores del test no establecieron puntos de corte que permitan identificar y clasificar a los cuidadores con sobrecarga intensa. Sin embargo, en España es habitual considerar que con una puntuación < 46 “no hay sobrecarga”, con 47 -55 hay “sobrecarga leve” y >56 implica una “sobrecarga intensa”. Estos puntos de corte probablemente deriven de los resultados de validación. La versión validada en inglés, que tiene copyright desde 1983, consta un listado de 22 afirmaciones que describen como se sienten a veces los cuidadores ; el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2(algunas veces), 3(siempre), 4 (casi siempre), y las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y representan la sobrecarga del cuidador el cual oscila entre 0 a 88 puntos. Esta codificación en una escala de 0 a 4 es la que se sigue en las versiones del cuestionario en todos los idiomas, o al menos no hemos encontrado ninguna la cual modifique esta codificación original. Martin M, Salvado I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de la Sobrecarga del cuidador (caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol. 1996;6;338 – 46

4.6 ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron tabulados en una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS versión 24 IBM, así mismo se elaboró la matriz tripartita en la hoja de cálculo Excel.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

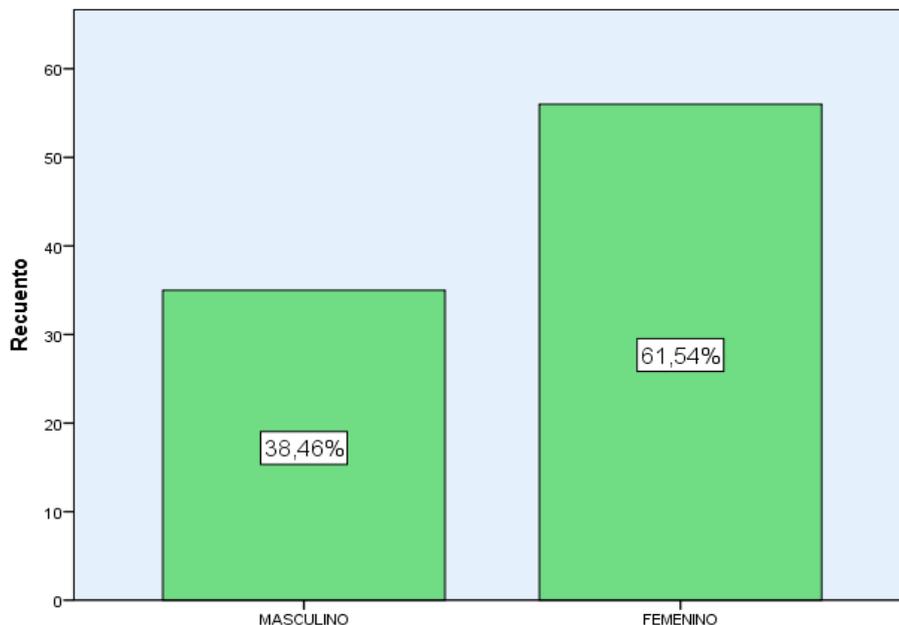
5.1.1 Datos Generales de la muestra

TABLA N° 1
GENERO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

GENERO	N	%
MASCULINO	35	38,5
FEMENINO	56	61,5
Total	91	100,0

FUENTE: Cuestionario de Zarit

GRAFICO N° 1
GENERO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de cuidadores encuestados, se evidencia que el 61.54. % (56) son de sexo femenino y el 38,46 son del sexo masculino

TABLA N° 2

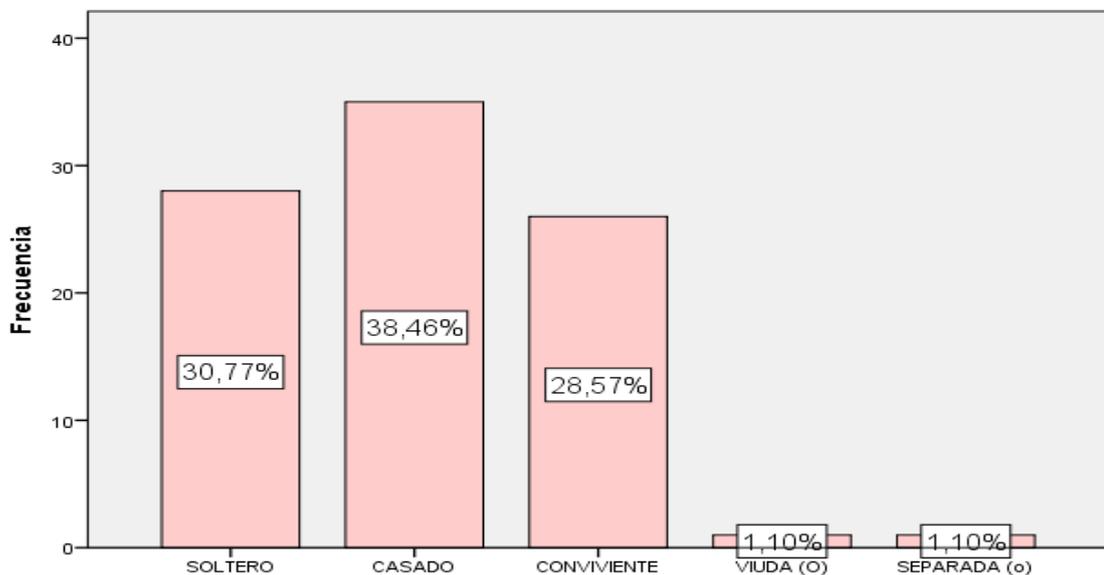
ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

ESTADO CIVIL	N	%
SOLTERO	28	30,8
CASADO	35	38,5
CONVIVIENTE	26	28,6
VIUDA (O)	1	1,1
SEPARADA(O)	1	1,1
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 2

ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de cuidadores encuestados, se evidencia que el 38,46. % (35) son de estado civil casados, el 30,77% (28) son de estado civil soltero y el 1,10% (1) son de estado civil separado.

TABLA N° 3

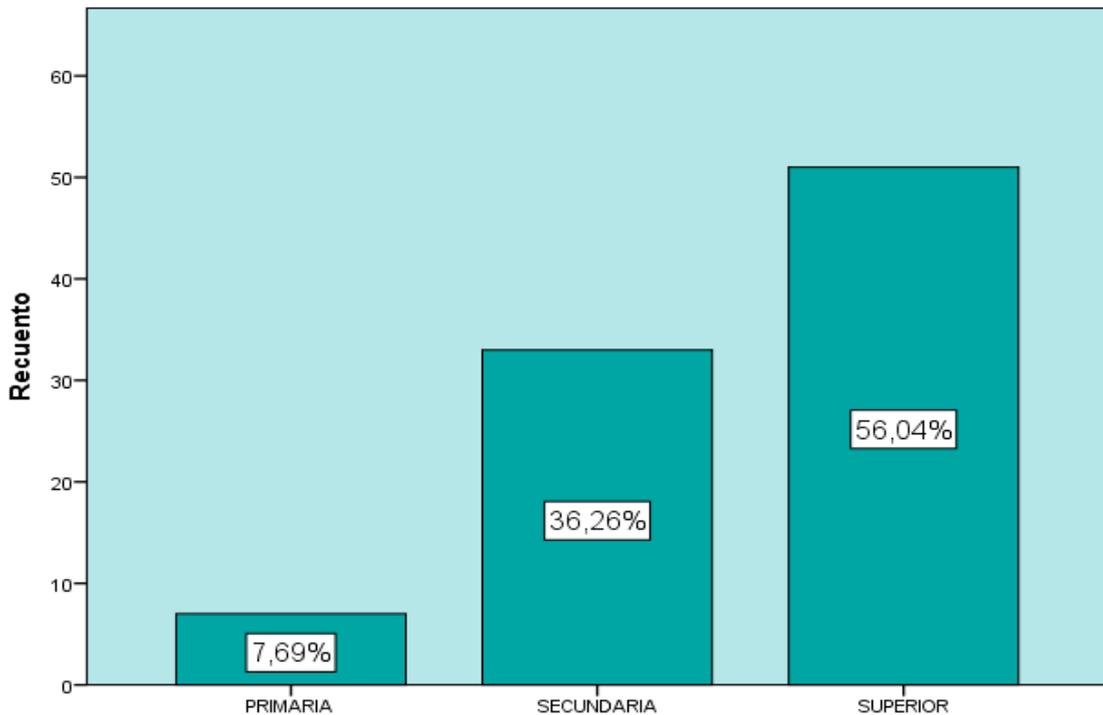
GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	%
PRIMARIA	7	7,7
SECUNDARIA	33	36,3
SUPERIOR	51	56,0
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

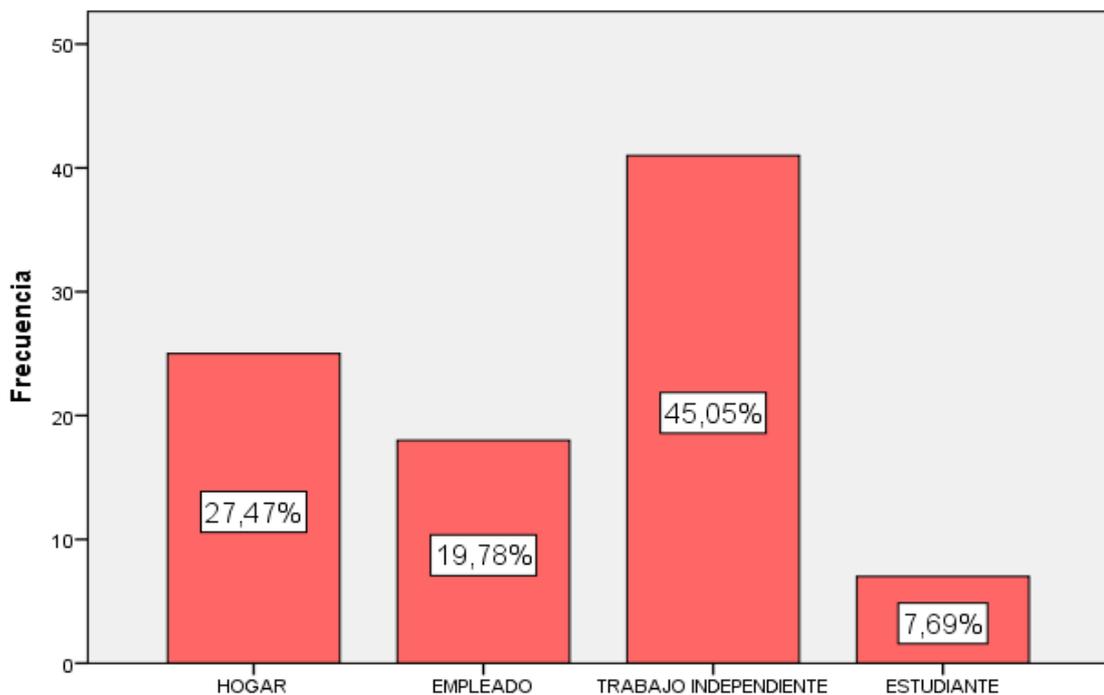
Del 100% (91) de cuidadores encuestados, se evidencia que el 56,04% (51) presentan grado de instrucción superior y el 7,69% (7) presentan grado de instrucción primaria.

TABLA N° 4
OCUPACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL
ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

OCUPACIÓN	N	%
HOGAR	25	27,5
EMPLEADO	18	19,8
TRABAJO INDEPENDIENTE	41	45,1
ESTUDIANTE	7	7,7
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 4
OCUPACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL
ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de cuidadores encuestados, se evidencia que el 45,05% (41) tienen trabajo independiente y el 7,69% (7) son estudiantes

TABLA N° 5

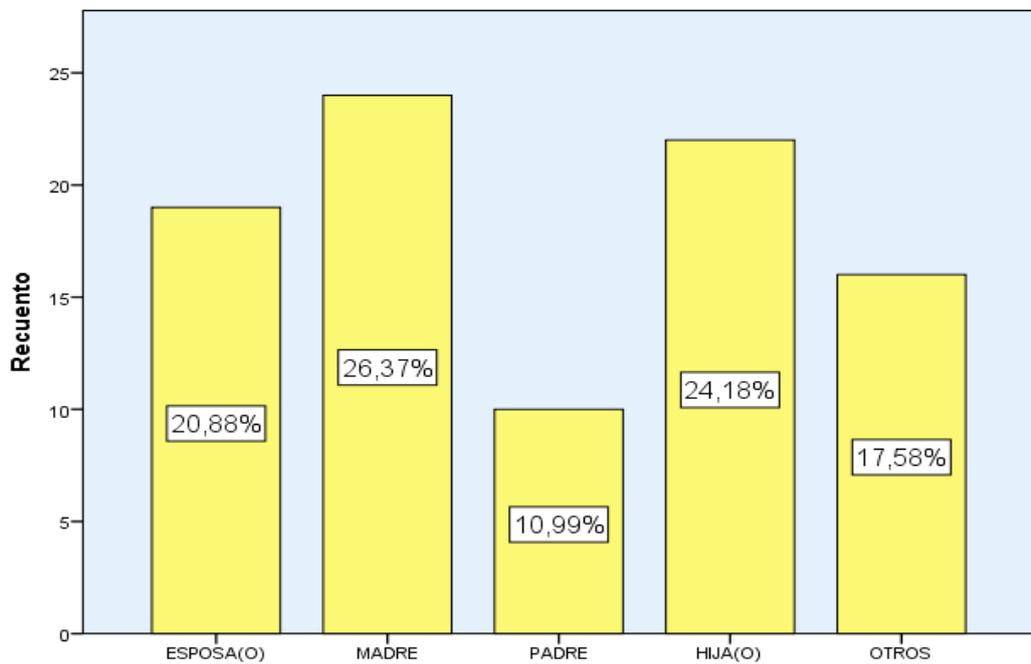
PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

PARENTESCO	N	%
ESPOSA(O)	19	20,9
MADRE	24	26,4
PADRE	10	11,0
HIJA(O)	22	24,2
OTROS	16	17,6
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 5

PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de cuidadores encuestados se evidencia que el 26.37% (24) son las madres y el 10,99% (10) son los padres.

TABLA N° 6

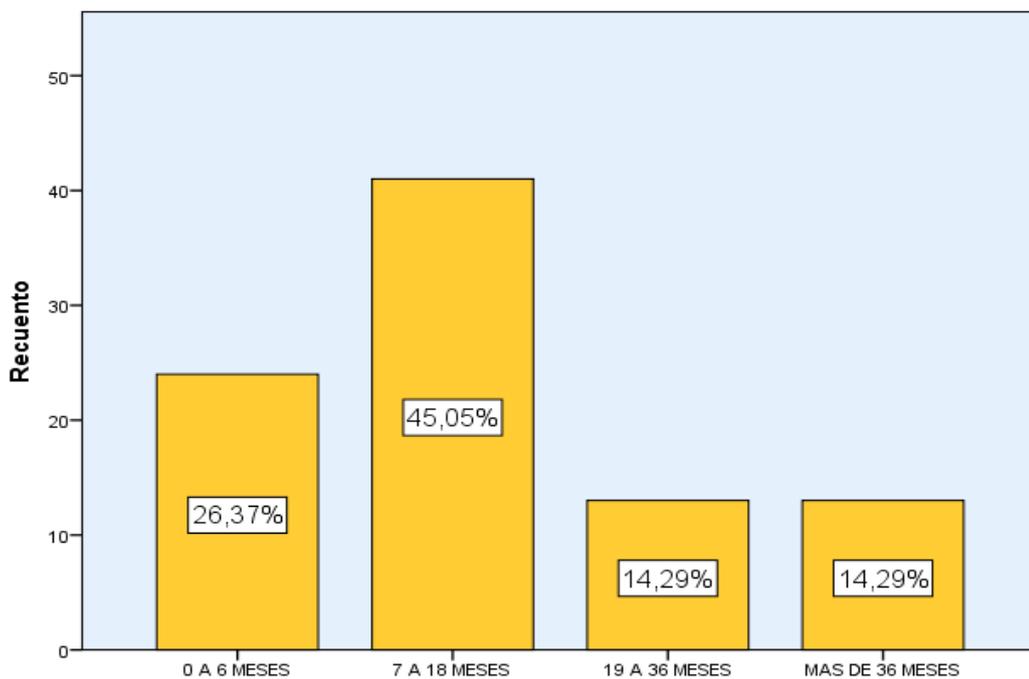
TIEMPO QUE LLEVA COMO CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

TIEMPO COMO CUIDADOR	N	%
0 A 6 MESES	24	26,4
7 A 18 MESES	41	45,1
19 A 36 MESES	13	14,3
MAS DE 36 MESES	13	14,3
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 6

TIEMPO QUE LLEVA COMO CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de los cuidadores encuestados, el 45.05% (41) son aquellos que están de cuidadores entre 7 a 18 meses y el 14,29% (13) son aquellos que están de cuidadores más de 36 meses.

TABLA N° 7

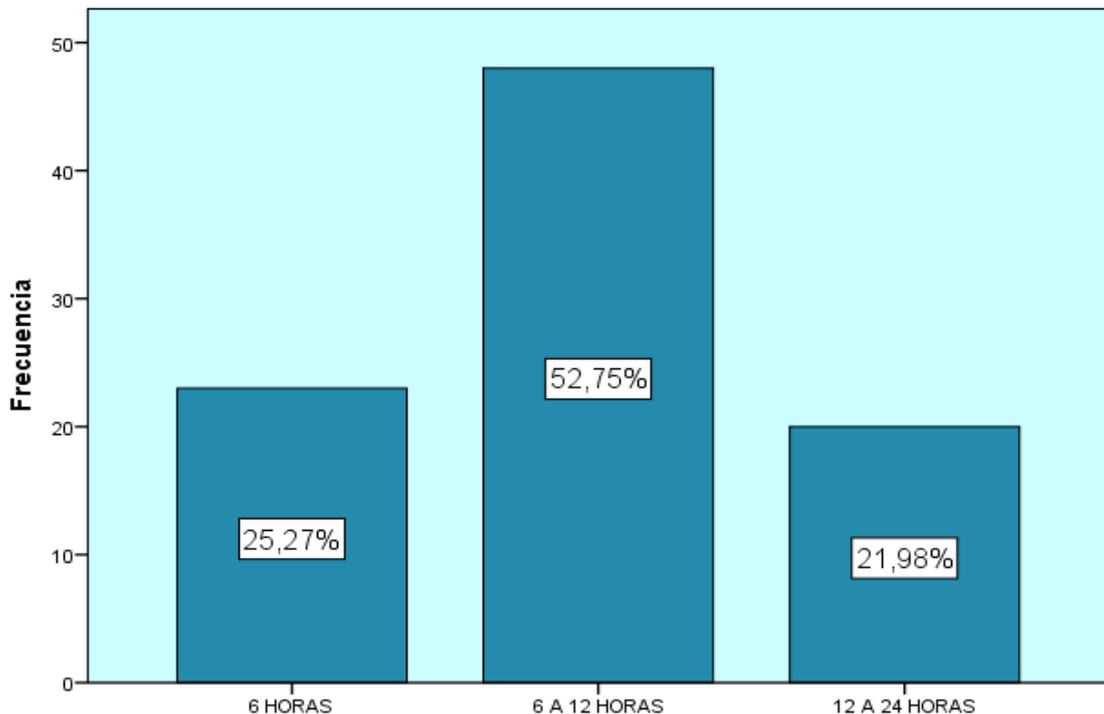
HORAS QUE DEDICA EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

HORAS QUE DEDICA AL CUIDADO	N	%
6 HORAS	23	25,3
6 A 12 HORAS	48	52,7
12 A 24 HORAS	20	22,0
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 7

HORAS QUE DEDICA EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de cuidadores encuestados, el 52.75% (48) son los cuidadores que están de 6 a 12 horas con el paciente y el 21,98% (20) son los cuidadores que están de 12 a 24 horas.

TABLA N° 8

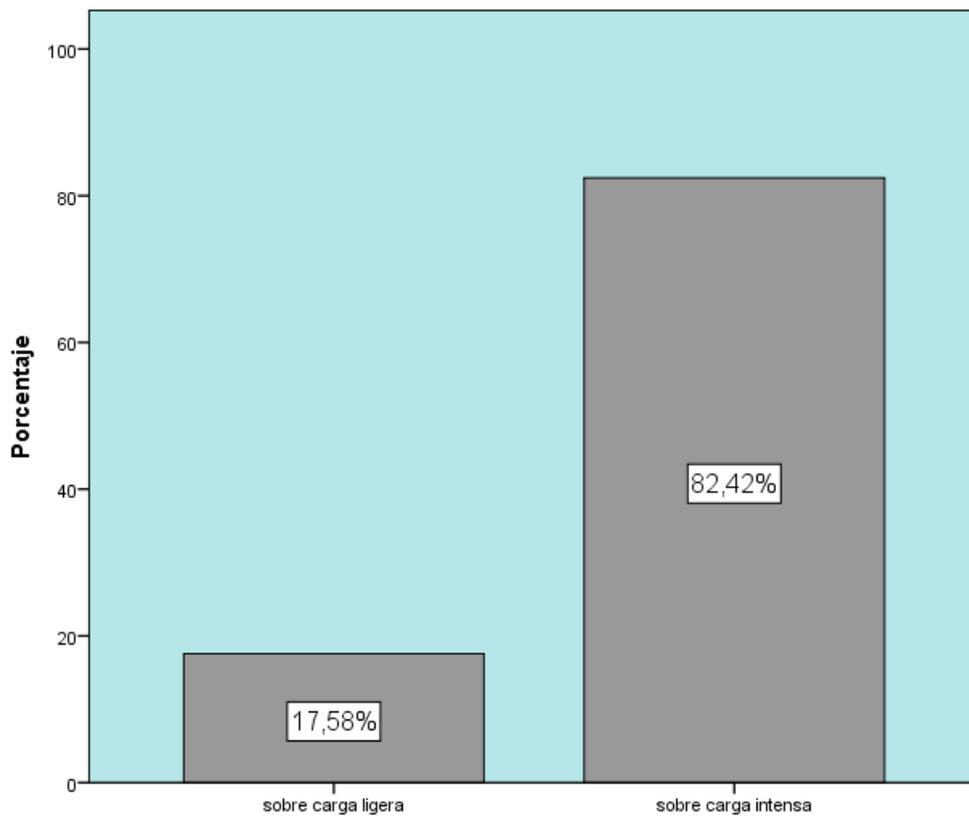
NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

NIVEL DE SOBRECARGA	N	%
sobre carga ligera	16	17,6
sobre carga intensa	75	82,4
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 8

NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de cuidadores encuestados, el 82.42% (75) presentan sobrecarga intensa y el 17,58% (16) presentan sobrecarga ligera

TABLA N° 9

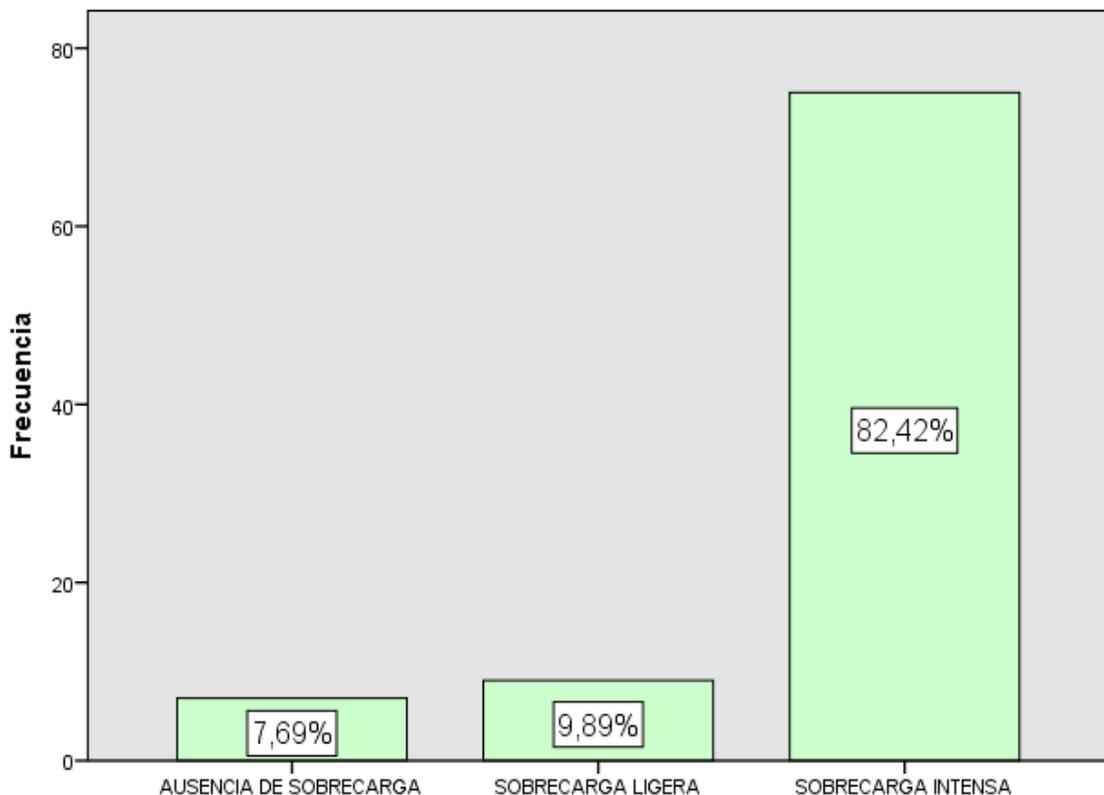
DIMENSIÓN IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

NIVEL DE SOBRECARGA	N	%
AUSENCIA DE SOBRECARGA	7	7,7
SOBRECARGA LIGERA	9	9,9
SOBRECARGA INTENSA	75	82,4
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 9

DIMENSIÓN IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de cuidadores, el 82.42% (75) presentan sobrecarga intensa y el 7,69% (7) presentan ausencia de sobrecarga.

TABLA N° 10

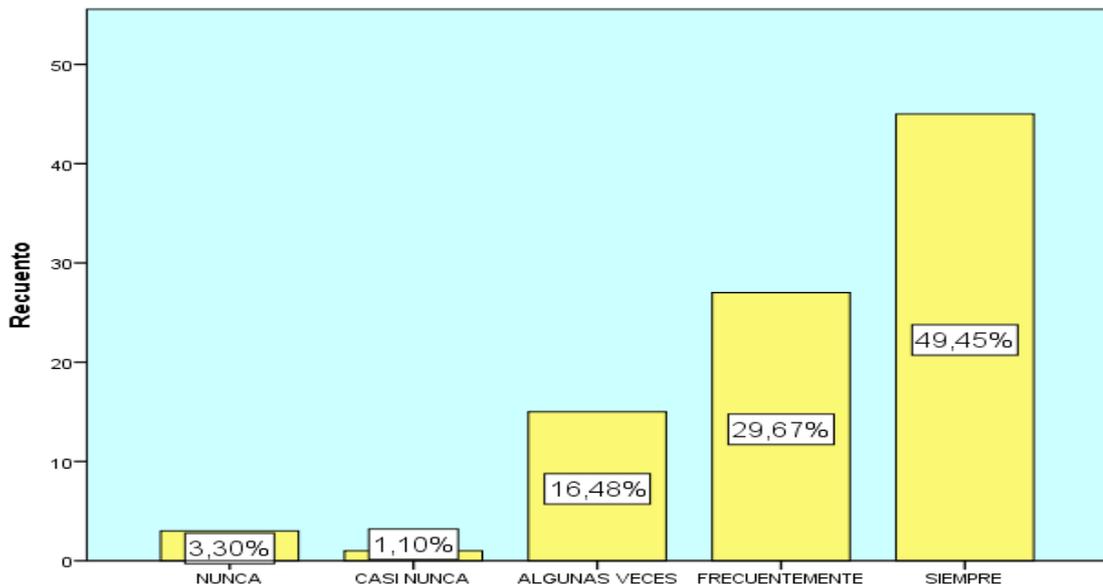
SIENTE TEMOR POR EL FUTURO DE SU FAMILIAR: ITEM RESALTANTE N° 12 DE LA DIMENSIÓN IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

ESCALA	N	%
NUNCA	3	3,3
CASI NUNCA	1	1,1
ALGUNAS VECES	15	16,5
FRECUENTEMENTE	27	29,7
SIEMPRE	45	49,5
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 10

SIENTE TEMOR POR EL FUTURO DE SU FAMILIAR: ITEM RESALTANTE N° 12 DE LA DIMENSIÓN IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de los cuidadores encuestados a la interrogante ¿tiene miedo por el futuro de su familiar? El 49,45 (45) respondió siempre y el 1,10% (1) respondió casi nunca.

TABLA N° 11

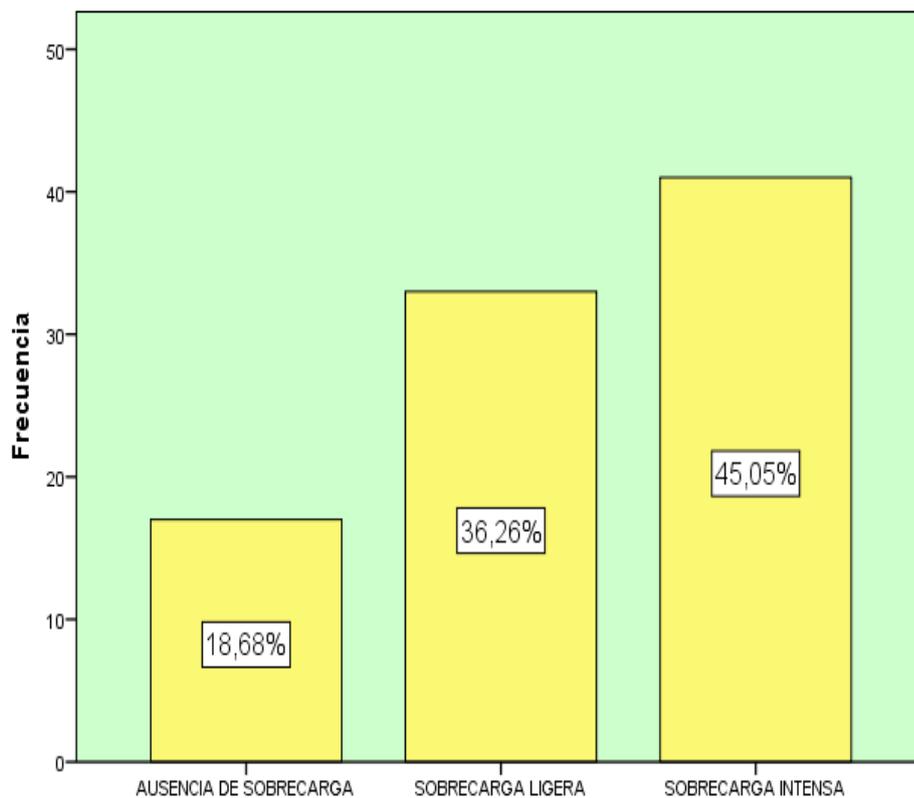
DIMENSIÓN RELACIÓN INTERPERSONAL DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

NIVEL DE SOBRECARGA	N	%
AUSENCIA DE SOBRECARGA	17	18,7
SOBRECARGA LIGERA	33	36,3
SOBRECARGA INTENSA	41	45,1
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 11

DIMENSIÓN RELACIÓN INTERPERSONAL DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de cuidadores encuestados, el 45.05% (41) presentaron sobrecarga intensa y el 18,68% (17) presentaron ausencia de sobrecarga.

TABLA N° 12

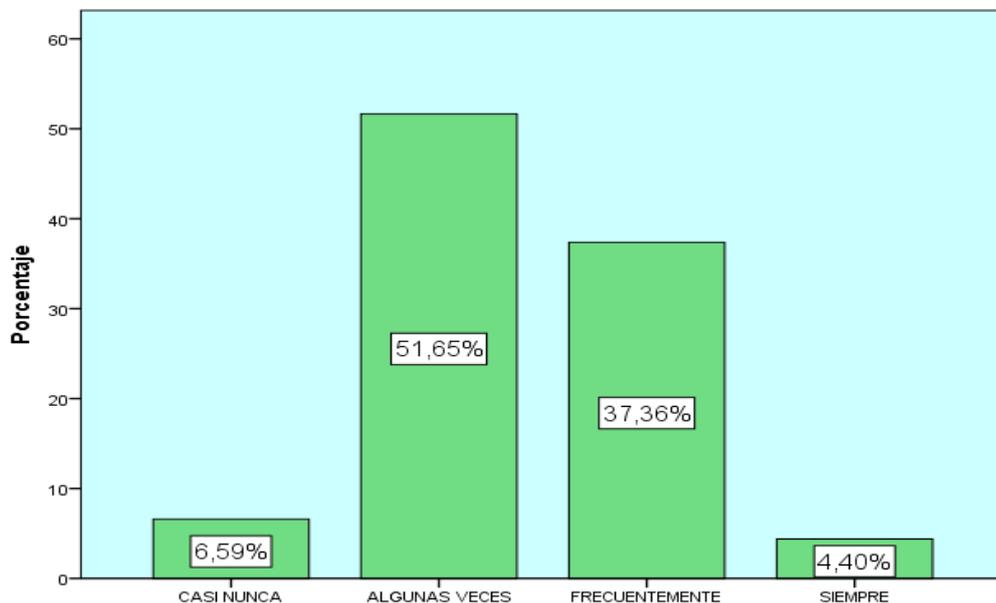
**INSEGURIDAD ACERCA DE LO QUE DEBE DE HACER: ITEM
RESALTANTE N° 13 DE LA DIMENSIÓN RELACIÓN INTERPERSONAL DEL
CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES
CARRIÓN” - HUANCAYO 2019**

ESCALA	N	%
CASI NUNCA	6	6,6
ALGUNAS VECES	47	51,6
FRECUENTEMENTE	34	37,4
SIEMPRE	4	4,4
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 12

**INSEGURIDAD ACERCA DE LO QUE DEBE DE HACER: ITEM
RESALTANTE N° 13 DE LA DIMENSIÓN RELACIÓN INTERPERSONAL DEL
CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES
CARRIÓN” - HUANCAYO 2019**



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de los cuidadores encuestados a la interrogante ¿Se siente inseguro(a) a cerca de lo que debe de hacer? El 51,65% (47) respondió algunas veces y el 4.40% (4) respondió siempre

TABLA N° 13

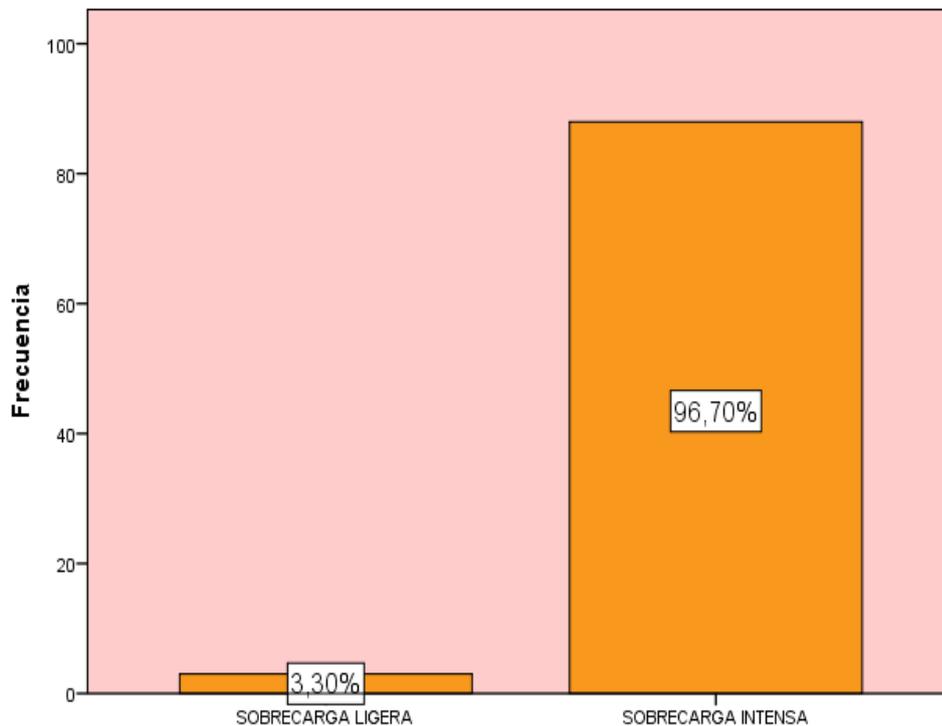
DIMENSIÓN EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

NIVEL DE SOBRECARGA	N	%
SOBRECARGA LIGERA	3	3,3
SOBRECARGA INTENSA	88	96,7
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 13

DIMENSIÓN EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) de cuidadores encuestados, el 96.7% (88) presentaron sobrecarga intensa y el 3.30% (3) presentaron sobrecarga ligera.

TABLA N° 14

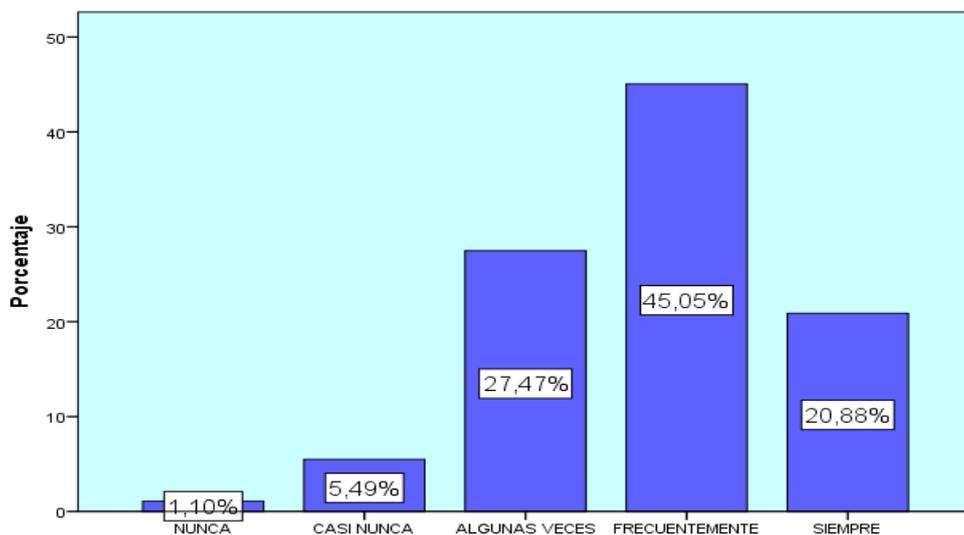
NO DISPONE DE DINERO SUFICIENTE PARA EL CUIDADO DEL FAMILIAR: ITEM RESALTANTE N° 21 DE LA DIMENSIÓN EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

ESCALA	N	%
NUNCA	1	1,1
CASI NUNCA	5	5,5
ALGUNAS VECES	25	27,5
FRECUENTEMENTE	41	45,1
SIEMPRE	19	20,9
Total	91	100,0

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 14

NO DISPONE DE DINERO SUFICIENTE PARA EL CUIDADO DEL FAMILIAR: ITEM RESALTANTE N° 21 DE LA DIMENSIÓN EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% de cuidadores encuestados respecto a la interrogante ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para los gastos de tu familiar, además de los tuyos? El 45,05% (41) respondieron frecuentemente y el 1,10% (1) respondió nunca.

5.2 Resultados inferenciales

TABLA N° 15

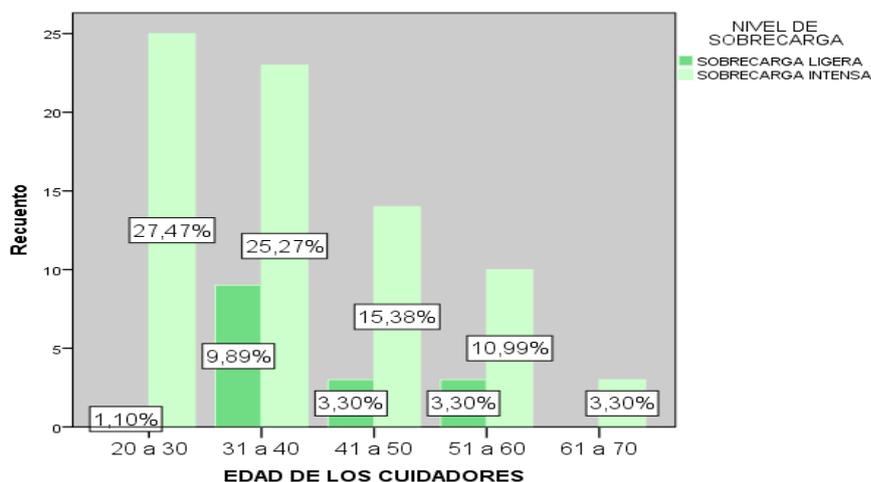
EDAD EN RELACIÓN AL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

EDAD DE LOS CUIDADORES	NIVEL DE SOBRECARGA		Total
	SOBRECARGA A LIGERA	SOBRECARGA A INTENSA	
20 a 30	1	25	26
31 a 40	9	23	32
41 a 50	3	14	17
51 a 60	3	10	13
61 a 70	0	3	3
Total	16	75	91

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 15

EDAD EN RELACIÓN AL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) cuidadores encuestados se observa que el 27.47% (25) cuidadores entre las edades de 20 a 30 presentaron sobrecarga intensa y el 1.10% (1) presento sobrecarga ligera.

TABLA N° 16

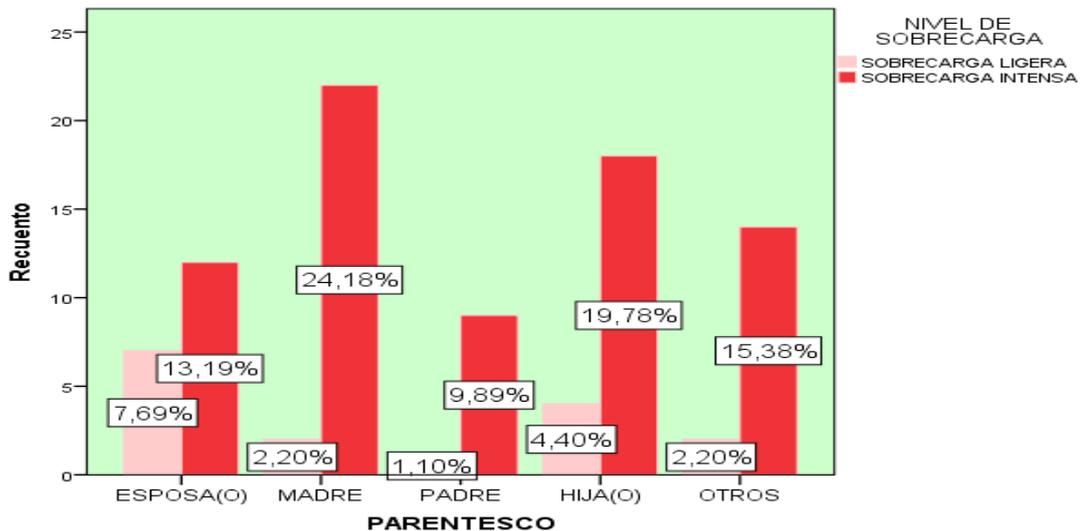
PARENTESCO EN RELACIÓN AL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

PARENTESCO	NIVEL DE SOBRECARGA		Total
	SOBRECARGA LIGERA	SOBRECARGA INTENSA	
ESPOSA(O)	7	12	19
MADRE	2	22	24
PADRE	1	9	10
HIJA(O)	4	18	22
OTROS	2	14	16
Total	16	75	91

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 16

PARENTESCO EN RELACIÓN AL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) cuidadores encuestados se observa que el 24.18% (22) madres presentaron sobrecarga intensa y el 2.20% (2) presento sobrecarga ligera.

TABLA N° 17

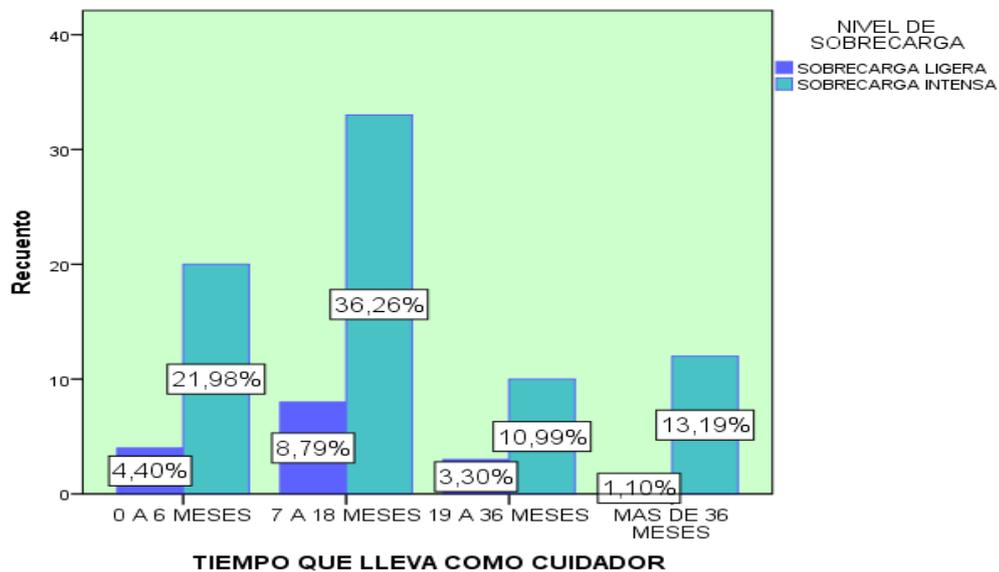
TIEMPO QUE LLEVA COMO CUIDADOR EN RELACIÓN AL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019

TIEMPO QUE LLEVA COMO CUIDADOR	NIVEL DE SOBRECARGA		Total
	SOBRECARGA	SOBRECARGA	
	LIGERA	INTENSA	
0 A 6 MESES	4	20	24
7 A 18 MESES	8	33	41
19 A 36 MESES	3	10	13
MAS DE 36 MESES	1	12	13
Total	16	75	91

FUENTE: Encuesta de Zarit

GRAFICO N° 17

TIEMPO QUE LLEVA COMO CUIDADOR EN RELACIÓN AL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - HUANCAYO 2019



FUENTE: Encuesta de Zarit

Del 100% (91) cuidadores encuestados se observa que el tiempo que llevan como cuidadores entre 7 a 18 meses el 36.26% (33) presentaron sobrecarga intensa y el 8.79% (8) presentaron sobrecarga ligera

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1. Contrastación y demostración de la Hipótesis con los resultados

La investigación tuvo como objetivo: analizar la sobrecarga de los cuidadores primarios, se analizó primero las características de la población de estudio y luego la sobrecarga según las dimensiones de variables. Aceptando la Hipótesis planteada en el estudio ya que se evidencio que el 82.42% presento sobrecarga intensa siendo más evidente en las madres y el tiempo que llevan de 7 a 18 meses como cuidadores principales. En contraste con Vega, Ovallos y Velásquez en su estudio realizado en Colombia donde sus resultados reflejan que el 79,4% de cuidadores presentan un alto grado de sobrecarga mostrando que la situación de gran carga que genera cuidar familiar con cáncer es perjudicial para el cuidador primario y las dimensiones que se ven afectadas son la física en un 78.2%, seguida por la psicológica con 43,5% y social en un 45.95. % (1)

Por los resultados obtenidos en este estudio se evidencia que la exposición a un cuidado prolongado de un paciente oncológico tiene repercusiones biopsicosociales en la persona conocida como cuidador, en lo biológico problemas para dormir, problemas gastrointestinales, stress, cansancio, cefaleas, taquicardia en otros, en lo psicológico ansiedad, depresión, angustia, cambios de estado de ánimo, etc., en lo social disminución de vinculo amistoso, falta de tiempo para reuniones sociales. En este sentido se puede notar que la actividad del cuidado es brindado por un familiar directo en el núcleo de su hogar.

6.2 Contrastación de los resultados con otros similares

En el estudio realizado se encontró que el 82.42% de los cuidadores presentaron sobrecarga intensa debido a que en su mayoría los cuidadores manifiestan sentir temor por el futuro de sus familiares, lo que difiere con el estudio realizado por Tripodoro V, Veloso V, Llanos V (7), Bello J (8), quienes encontraron que solo un 43% de los cuidadores primarios

presentaron una sobrecarga intensa, las mismas que evidencian que el agotamiento físico es el principal efecto que deteriora la salud del cuidador tanto en su salud física como la mental.

Al hablar de sobrecarga en nuestro estudio se manifestó que el 82.42% de los cuidadores principales presentaron sobrecarga intensa siendo las más afectadas las madres quienes se desempeñaban como cuidadores principales en un tiempo de 7 a 18 meses, a diferencia del estudio realizado por Bello J (8). quien encontró que solo un 36% presento sobrecarga intensa, debido a que los cuidadores presentaban una patología como antecedente patológico y el tiempo que llevaban como cuidadores fue de 1 a 2 años. Vega, Ovallos y Velázquez respaldan esta información pues mencionan que los pacientes oncológicos reciben tratamientos largos, que tiene la intención de ser curativa o paliativa, con el fin modificar la evolución de la enfermedad. (9). Así mismo Bello hallo que el tiempo promedio que se brindan los cuidados al paciente oncológico se encuentra entre un año y cuatro años que los cuidadores primarios se dedican al paciente.

En el estudio Vega O., Ovallos F.(9), Velásquez N.V, Tafur M, se reportó que las mujeres, de edad mediana (36 a 59 años),casadas e hijas, son quienes mayoritariamente suelen ocuparse del cuidado de sus padres. Ellas tienen pocos estudios, carecen de recursos propios (pues no están frente a una actividad laboral) y están ubicadas en estratos bajos. La relación del vínculo entre cuidador y receptor de cuidado se estableció desde el momento de diagnóstico, con un tiempo de cuidado que se sitúa entre los siete y los dieciocho meses, con una dedicación de más de doce horas al día. La sobrecarga física se relacionó con insuficiente tiempo para sí mismos, agobio por las múltiples responsabilidades y quebranto de la salud desde el ejercicio del cuidado. A medida que el enfermo se vuelve dependiente por el deterioro físico y progreso de la patología, el cuidador asume progresivamente la realización de actividades básicas como alimentación, baño, eliminación, vestido, movilización y administración de medicamentos, acciones se prolongan a lo largo del tiempo e invaden otras áreas de la vida del cuidador.

La sobrecarga psíquica en los cuidadores resultó elevada. Los participantes consideran que el desarrollo de su labor ha afectado su relación con los demás miembros de la familia. Estos resultados se aproximan a lo indicado en un estudio (19), en el que se afirma que “si bien la familia es la principal proveedora de cuidados en la atención a largo plazo del enfermo no dejan de suscitarse contradicciones debido a una serie de cambios que debe asumir la familia para lo cual pocas veces está preparada”. Pueden aparecer conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares, por el comportamiento del enfermo, por las decisiones que se deben tomar o por la forma en que se proporcionan los cuidados. Esta presión en la familia puede retardar o frenar planes o proyectos a futuro de desarrollo personal en el cuidador. Sobre el nivel social, en general, los cuidadores se sitúan entre la inmersión total en la situación de ayuda y atención hasta el punto de renunciar su cuidado personal. La alta dedicación de tiempo a la atención de las necesidades del enfermo hace que disminuya progresivamente su tiempo libre, se aisle de la red social y experimente dificultad para asumir responsabilidades propias de su rol. En lo económico se concluye que los cuidadores están de acuerdo en que los ingresos no son suficientes para los gastos personales y los de su familiar.

En el estudio realizado se encontró que el 82.42% de los cuidadores presentaron sobrecarga intensa en comparación con nuestro estudio realizado por Lipa M (11), presentan 35.3% sobrecarga intensa seguida de un 21.5% presenta sobrecarga leve; en nuestro estudio vemos que la sobrecarga es mucho más debido al cambio que presentan los cuidadores en sus diferentes aspectos sobre todo el miedo que le espera en su salud a su familiar. Lipa M (11) en sus características sociodemográficas refiere que en su mayoría, el sexo femenino en un 68%, estado civil casados en un 42.1%, grado de instrucción secundaria en un 47.9%, ocupación trabajadora independiente en un 43.8%, relación de parentesco hijos en un 45.5%, tiempo de cuidador de 0 a 6 meses en un 50%, y entre 12 a 24 horas de cuidado con un 57%. En comparación con el estudio realizado

vemos que el 61.54% son de sexo femenino, estado civil un 38.46% son casados, grado de instrucción superior en un 56.0%, ocupación trabajo independiente en un 45.1% en relación al parentesco un 26.4% son madres, en relación al tiempo que ocupa el cuidador de 7 a 18 meses con un 45.05% y entre 6 a 12 horas un 52.75%, vemos que el sexo femenino realiza mucho más actividades de cuidado en los pacientes siendo en esta tesis las madres en cuanto a relación de parentesco que son las que van disminuyendo sus actividades sociales y aumentado su trabajo familiar, si bien podemos ver que el estudio tiene un porcentaje mayor en sobrecarga intensa por todo lo que estos familiares van dejando atrás para poder ocupar su tiempo en el cuidado de sus familiares generando en ello temor, descuido personal, preocupación económica agotamiento problemas para dormir y en algunos casos falta de tiempo para poder cumplir con todo lo programado.

En cuanto la dimensión impacto que presenta el cuidador en el cuidado del paciente oncológico se observa que el 82,4% presenta sobrecarga intensa, el 9.9% sobrecarga ligera y solo en el 7.7% hay ausencia de sobrecarga, dimensión que describe la disminución del tiempo para sí mismo, como su vida social se ve afectada, como percibe la sobre carga, la dependencia del familiar, como lo afecta el estrés, su repercusión en su salud, su vida privada, así mismo la incomodidad de compartir con amigos, la creencia que su familia espere que él se haga cargo, la pérdida de control de su vida y el temor por su futuro. En este sentido Lipa evidencia que existe sobrecarga en cuanto al bienestar físico con un 56,4%, sobrecarga a nivel psicológico 76.9%. Así también Vega, Ovallos y Velásquez refieren que el 78,2% de su muestra estudiada revela sobrecarga intensa que se debe a la complejidad de sus acciones y en su mayoría no disponían de tiempo libre pues se la dedicaban en su totalidad al familiar con cáncer y un 64% experimento temor por el futuro del familiar.

Por otro lado, la dimensión relación interpersonal del cuidador primario del paciente oncológico muestra que el 45% tiene una sobrecarga intensa, el 36,3% sobrecarga ligera y se presenta ausencia de sobrecarga en un 18,7%, esta dimensión hace referencia a la seguridad que siente en cuanto a su desempeño en los cuidados que le brinda al paciente, el agotamiento que percibe por compartir con el paciente, su estado de ánimo, irritación vergüenza entre otros, el delegar los cuidados a otros familiares y como el dedicarse a los cuidados a tiempo completo afecta en sus relaciones con sus familiares y amigos. Lipa menciona que en el 73,2% de cuidadores su calidad de vida se ve afectada, puesto que el dejar sus actividades frecuentes de lado ocasiona un estado de ánimo muy voluble y en algún momento desearía dejar este rol a otro familiar. Vega, Ovallos y Velásquez reportan que el 64% que su desempeño como cuidador afecta considerablemente su relación con los demás miembros del núcleo familiar del mismo modo y con el mismo porcentaje perciben que su familiar depende con exclusividad de ellos y un 60 % han quisieran dejar el cuidado del paciente a otra persona.

Así mismo en la dimensión la expectativa de autoeficacia del cuidador primario del paciente oncológico evidencia que el 96.7% presenta sobrecarga intensa y el 3.3% sobrecarga ligera que comprende la capacidad de cuidar al familiar en tratamiento oncológico, la idea que podría hacer más por el paciente y los gastos que generan los cuidados. Vega, Ovallos y Velásquez en su investigación hallan que el 78% opina que sus ingresos económicos no son suficientes para cubrir los gastos que requiere el cuidado del paciente, así como el personal,

6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes

Los cuidadores usualmente requieren educación sobre el cuidado y el adecuado manejo del paciente, al igual que información sobre las redes de apoyo social y atención de las propias necesidades. Si estas no son

satisfechas es posible que se perciba la experiencia del cuidado en términos de sufrimiento, lo cual puede generar un agotamiento emocional y perder la eficacia o calidad de los cuidados brindados al paciente. Por consecuencia todo esto genera sobrecarga que conlleva a emociones y actitudes de rechazo frente al cuidado.

CONCLUSIONES

El nivel de sobrecarga del cuidador primario que predomina es un nivel de sobrecarga intensa y en menor proporción sobrecarga leve.

Los cuidadores primarios con mayor prevalencia son las mujeres casadas con estudios superiores, parentesco son madres, con trabajos independientes, con un cuidado de 7 a 18 meses, entre un promedio de 6 a 12 horas.

La dimensión de impacto del cuidador primario es una sobrecarga intensa, el cual el ítem que más resalto fue el temor por el futuro que le espera a su familiar.

La dimensión de relación interpersonal del cuidador primario es una sobrecarga intensa, el cual el ítem que más resalto fue la inseguridad acerca de lo que debe hacer al respecto al cuidado del familiar.

La dimensión de expectativas de autoeficacia del cuidador primario es una sobrecarga intensa, el cual el ítem que más resalto fue que no dispone de dinero suficiente para el cuidado del familiar.

RECOMENDACIONES:

Se sabe que la relación entre el cuidador primario y la persona cuidada es de mucha cercanía, de confianza, paciencia por lo cual el cuidador afrontara situaciones diversas, por ello consideramos importante poder incluir a los cuidadores en un plan de salud y poder evaluar su bienestar y encaminar acciones que favorezcan a su salud.

Se recomienda al personal de enfermería y técnico de enfermería fortalecer la comunicación con los cuidadores primarios y así poder crear proyectos los cuales fomente la participación de estos ya sea en sesiones educativas (relajación, musicoterapia, temas de estrés) favoreciendo el apoyo familiar y calidad de vida de los mismos.

Se recomienda a nuestra institución poder elaborar estrategias sanitarias, guías de ayuda que permita el abordaje de problemas garantizando la atención necesaria de acuerdo a la necesidad y así disminuir la sobrecarga mejorando la calidad de vida de cuidadores primarios de personas con cáncer en tratamiento logrando así prevenir alguna repercusión negativa en la salud del cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de salud, [internet] Peru Ministerio de salud [2015] disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3395.pdf>
2. Eser S, Mathers C et al, Cancer Incidence and Mortality Worldwide, GLOBOCAN 2012 v1.0.
3. (INSERSO, 1995; Bazo, 1998; García, Mateo y Gutiérrez, 1999; Jenson y Jacobzone, 2000; Eurostat, 2003; Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2003; García, Mateo y Eguiguren, 2004; Zarit, 2004; MTAS, 2005).
4. Hause HS. Work stress and social support. Reading, MA: A. Wesley, 1981.
5. Lazarus R, Launier R. Stress related transactions between person and environment. In: Pervin LA, Lewis M (Eds), 1978.
6. (Anthony-Bergstone, Zarit y Gatz, 1988; Gallagher et al., 1989; Schultz, Visitainer y Williamson, 1990) (Braithwaite, 1992).
7. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos (tesis), buenos aires, 2015
8. Bello J. sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas (tesis), Xalapa, Veracruz 2014
9. Vega O., Ovallos F., Velasquez N. sobrecarga de los cuidadores de pacientes oncológicos usuarios de la clínica cancerológica en san José de cucuta, (tesis), Colombia 2012
10. Tafur M. sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer en una institución oncológica de lima, (tesis) Perú 2017
11. Lipa M. sobrecarga y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con cáncer en tratamiento, servicio de oncología, hospital III Goyeneche Arequipa (tesis) Perú 2017
12. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I, ansiedad, angustia y estrés 3 conceptos a diferenciar, revista mal-estar e subjetivade, fortaleza, 10 – 59 2013.
13. Organización mundial de la salud [internet] Washington oficina regional para las americas [2019] disponible en: <https://www.who.int/topics/cancer/es/>

14. Asociación española contra el cancer [internet] España [2018] disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/fases>
15. Infobae [internet] argentina infobae [2019] disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2018/09/13/12-consejos-utiles-y-simples-para-prevenir-el-cancer-segun-la-oms/>
16. Guia de capacitación de autocuidado de la salud [internet] bolivia helpage internacional [2012] disponible en: [file:///C:/Users/Ripley%20Hp/Downloads/Guia%20Basica%20de%20Autocuidado%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ripley%20Hp/Downloads/Guia%20Basica%20de%20Autocuidado%20(1).pdf)
17. Center on Elder mistreatment [internet] california [2019] disponible en: <https://eldermistreatment.usc.edu/education/usc-tamkin-international-symposium-on-elder-abuse/steven-h-zarit-phd/>
18. Penn state university [internet] california [2019] disponible en. <https://hhd.psu.edu/news/2013/Steve-Zarit.html>
19. Rivera Mora H, Dávila Mendoza R, González Pedraza Avilés R. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Rev Esp Med Quir 2011;16(1):27-32.
20. Larrañaga I, Martín U, Bacigaluped A, Begiristáina JM, Valderrama M J , y Cols. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género Gac Sanit. 2008;22(5):443-50
21. Pérez Peñaranda y Col Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. Aten Primaria.2009;41(11):621–628

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES ONCOLOGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD - HUANCAYO 2019”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente oncológico en el Hospital RDCQ “Daniel Alcides Carrión” – Huancayo 2019?	OBJETIVO GENERAL Determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente oncológico en el Hospital RDCQ “Daniel Alcides Carrión” – Huancayo 2019	HIPOTESIS GENERAL La sobrecarga del cuidador principal de los pacientes oncológicos es intensa.	VARIABLE Sobrecarga del cuidador DIMENSIONES -Impacto del cuidador -Relación interpersonal -Expectativas de autoeficacia TIPO DE ESTUDIO Descriptivo POBLACION:	TÉCNICA Encuesta INSTRUMENTO Cuestionario

<p>- ¿Cuál es el impacto que presenta el cuidador primario en el cuidado del paciente oncológico?</p> <p>- ¿Cómo es la relación interpersonal del cuidador primario del paciente oncológico?</p> <p>- ¿Cuál es la expectativa de autoeficacia del cuidador primario del paciente oncológico?</p>	<p>-Identificar el impacto que presenta el cuidador en el cuidado del paciente oncológico</p> <p>-Identificar la relación interpersonal del cuidador primario del paciente oncológico</p> <p>-Identificar la expectativa de autoeficacia del cuidador primario del paciente oncológico</p>		<p>120 cuidadores primarios</p> <p>MUESTRA: 91 cuidadores primarios</p>	
--	--	--	---	--

INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACION**

**“NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES
ONCOLOGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO
QUIRURGICO “DANIEL ALCIDES CARRION” - HUANCAYO 2019”**

CUESTIONARIO

El presente cuestionario es parte de un trabajo de investigación, por lo que me dirijo a usted solicitando se digne a llenar las siguientes preguntas con veracidad y honestidad, garantizándole confidencialidad en los datos obtenidos.

I.- ASPECTOS GENERALES

1. Ficha N° ()
2. Edad:.....
3. Género: Masculino () Femenino ()
4. Estado civil: Soltero/a() Casado/a() Conviviente () Divorciado/a ()
Viudo/a () Separado/a ()
5. Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
6. ocupación: Hogar () Empleado () trabajo independiente () estudiante ()
7. Parentesco con la persona a la que cuida: Esposo/a () Madre () padre ()
Hijo/a () Otros ()
8. Tiempo que lleva como cuidador: 0 a 6 meses () 7 a 18 m () 19 a 36 m ()
más de 36 m ()
9. ¿Cuántas horas dedica usted diariamente al cuidado?
Menos de 6 horas () 6 a 12 horas () 12 a 24 horas ()

II.- INTERROGATES:

ASPECTOS A EVALUAR		Alternativas				
		Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR						
1	¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?					
2	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
3	¿En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?					
4	¿Siente que su familiar depende de Ud.?					
5	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?					
6	¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
7	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
8	¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?					
9	¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
10	¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
11	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
12	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
RELACION INTERPERSONAL						
13	¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
14	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?					
15	¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar?					
16	¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar?					
17	¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otra persona?					

18	¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA						
19	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21	¿Cree Ud. que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar, además de sus otros gastos?					
22	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?					



GOBIERNO REGIONAL JUNIN
HOSPITAL R.D.C.Q. "DANIEL A. CARRION" - HYO
OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



"Año de la lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

Huancayo, 04 de junio del 2019.

CARTA N° 179 -2019-HRDCQ-DAC-HYO-OACDEI.

Señor:

Dr. Henry, VALENTIN BEJARANO.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA.

PRESENTE.-

ASUNTO: TRABAJO DE INVESTIGACION.

REFERENTE: FORMULARIO UNICO DE TRAMITE CON EXPEDIENTE N°2255864.

Por medio de la presente es grato dirigirme a Ud., para saludarla cordialmente, a nombre del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A., Carrión y la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación, en atención al documento de la referencia; con la **Evaluación y Aprobación del Presidente del Comité de Investigación del Hospital** y el visto bueno de la jefatura de la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación, comunico la **AUTORIZACION**, del uso de campo clínico, para la **ejecución**, del proyecto de tesis titulado **"Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A., Carrión – Huancayo 2019"**, presentado por doña: **Lic. Cintya Maribel, FALCON TRAVEZAÑO; Jhamely Gyssela, MIGUEL BONILLA y Elva, ROMERO DE LA CRUZ**, para obtener el título Profesional de Licenciado de Enfermería en Oncología, estudiantes de la Universidad Nacional del Callao.

En espera de la atención a la presente, solicito brindarle las facilidades del caso, reciba Ud., las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.



MGV/LA CRUZ S.
Archivo.
MGV/LJCVQ
MDS/nmmr
Interesado(a)



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL A. CARRION HUANCAYO
DIRECCIÓN GENERAL
Lic. María Gabriela Vites Lázaro
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 44222 C.M.E. 27550

HRDCQ "DAC"	3
REG N°	3403795
EXP. N°	2255864

