

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad De Ciencias De La Salud

Carrera Profesional De Enfermería

**VIVENCIAS DEL FAMILIAR CON PACIENTE DISCAPACITADO DE LA
TERCERA EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA, PERÚ - 2022.**

Vianey Aracely Andrade Sotomayor

Jharyd Katherine Soliz Diaz

Asesora:

Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez

Cajamarca – Perú

Marzo – 2023

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



**Facultad De Ciencias De La Salud
Carrera Profesional De Enfermería**

**VIVENCIAS DEL FAMILIAR CON PACIENTE DISCAPACITADO DE LA
TERCERA EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA, PERÚ - 2022.**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el Título
Profesional de Licenciada en Enfermería

Bach. Vianey Aracely Andrade Sotomayor

Bach. Jharyd Katherine Soliz Diaz

Asesora: Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez

Cajamarca – Perú

Marzo- 2023

COPYRIGHT © 2023 by

ANDRADE SOTOMAYOR, Vianey Aracely

SOLIZ DIAZ, Jharyd Katherine

Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLEMO URRELO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARERA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL

DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**VIVENCIAS DEL FAMILIAR CON PACIENTE DISCAPACITADO DE LA TERCERA
EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA - PERÚ 2022.**

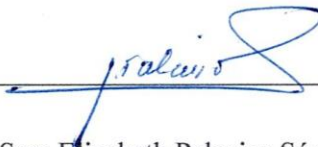
JURADO EVALUADOR



Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera
Presidente(a)



Mg. Judith Limay Leiva
Secretario(a)



Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
Vocal

DEDICATORIA

A mi hija Lía Fernanda que gracias a su llegada a mi vida me dio el impulso necesario para lograr ser mejor profesional y mejor ser humano.

A mi padre Jorge Andrade y a mi madre Teresa Sotomayor con amor y respecto porque ustedes han sido mi mayor apoyo para lograr cada meta trazada en mi vida.

A mis hermanos Paul, Christian y Jorge por todo su apoyo y motivación para seguir adelante.

-VIANEY ANDRADE-

A Dios porque me dio la vida y la salud, y nunca me desamparo para poder así llegar a cumplir mis metas.

A mi padre Wigberto Soliz y a mi madre Nancy Diaz, que gracias a su apoyo incondicional tanto económico como emocional y social me ayudaron a lograr mis metas.

A mis hermanos Alan, Enrique, Richard, David y Jacel, que con su apoyo en ciertos momentos de mi vida me dieron el sostén que necesitaba para seguir adelante.

A todos los docentes que, gracias a su contribución educativa, lograron que llegue a cumplir mis metas.

-JHARYD SOLIZ-

AGRADECIMIENTO

A Dios por sus bendiciones, por guiarnos y cuidarnos a lo largo de nuestras vidas y sobre todo en este hermoso proceso de construcción como profesionales y como personas con empatía y mucho amor al prójimo.

Agradecer a nuestra familia por siempre apoyarnos en cada proceso de nuestras vidas.

A nuestras docentes por la gran formación académica y sobre todo a nivel personal.

Agradecer a nuestra asesora por todo el apoyo brindado y sobre todo por la dedicación a este proyecto y por todo el conocimiento brindado.

A cada familia que nos permitió ingresar a sus hogares y sobre todo por confiar en nosotras para dar a conocer estas diversas vivencias.

- VIANEY Y JHARYD -

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cualitativa descriptiva y tuvo como objetivo: describir vivencias del familiar con paciente de la tercera edad con discapacidad atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2022. La muestra fue de 10 familiares. A quienes se les realizó una entrevista a profundidad, previo consentimiento informado, establecidas en dicha entrevista y para ello se les oriento e informo de manera verbal y de manera escrita (el consentimiento informado) en donde se les hizo de conocimiento cada acuerdo pactado con nuestros entrevistados.

Las categorías de análisis encontradas han sido: Amor filial y a su vez carga adicional; Dolencia y discapacidad; Responsabilidad del cuidado de personas mayores; Afectación de la vida familiar; Responsabilidad total sobre un solo hijo; Lastima y temores en relación al familiar con discapacidad; Diversidad de rol (cuidadora, madre, esposa e hija); Problema social, laboral y educativo.

Entre las consideraciones finales se resalta la importancia de la necesidad de la realización de investigaciones de tipo cualitativo descriptivo que incluyan como población a los familiares que tengan a su cargo un paciente discapacitado de la tercera edad ya que no solo tienen dificultades a nivel social, familiar y laboral. Además, en nuestro país tenemos la carencia de servicios de salud a nivel especializado para dichos pacientes por lo cual hay gastos extras para el cuidador. Así mismo se evidencia la gratitud y responsabilidad por parte del cuidador a pesar de las carencias y dificultades que este presenta.

Palabras claves:

VIVENCIAS, FAMILIAR, ADULTO MAYOR, CUIDADO, DISCAPACIDAD

ABSTRACT

The present investigation is of a descriptive qualitative type and its objective is to describe experiences of the relative with a disabled patient of the elderly in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca 2022. The sample consists of 10 relatives of disabled patients of the elderly, in whom the in-depth interview was used as an instrument with the support of guiding questions established in said interview and for this, they were oriented and informed verbally and in writing (informed consent) where they were made aware of each agreement agreed with our interviewed.

The categories of analysis found have been: Filial love and in turn additional burden; Illness and disability; Responsibility for caring for the elderly; Affectation of family life; Total responsibility for a single child; Pity and fears in relation to the family member with a disability; Role diversity (caregiver, mother, wife and daughter); social, labor and educational problem.

Among the final considerations, the importance of the need to carry out qualitative descriptive research that includes as a population the relatives who are in charge of an elderly disabled patient is highlighted, since they not only have difficulties at a social, family level and labor. In addition, in our country we have a lack of health services at a specialized level for these patients, for which there are extra expenses for the caregiver. Likewise, the gratitude and responsibility on the part of the caregiver is evident despite the deficiencies and difficulties that he presents.

Key words:

EXPERIENCES, FAMILY, OLDER ADULT, BEWARE, DISABILITY

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT.....	iv
INDICE	v
CAPÍTULO I	
1.1.Introducción.....	1
1.2.Problema De Investigación.....	3
1.3.Formulación Del Problema.....	7
1.4.Objeto De La Investigación.....	7
1.5.Objetivos	7
1.6.Preguntas Norteadoras.....	7
1.7.Justificación.....	7
CAPÍTULO II	
2.Referencial Empírico Y Teórico	
2.1. Referencial Empírico	9
2.2. Referencial Teórico	14
2.3. Bases Conceptuales.....	21
2.4 Bases Legales.....	23
CAPITULO III	
3.Trayectoria Metodológica	
3.1. Tipo De Estudio.....	26
3.2. Área De Estudio.....	26
3.3. Población, Criterios De Inclusión Y Exclusión.....	27
3.4. Técnicas E Instrumentos De Recopilación De Información.....	28
3.5. Proceso De Recolección De La Información.....	30
3.6. Valides Del Cuestionario Estructurado.....	31
3.7. Interpretación Y Análisis De La Información.....	31
3.8. Consideraciones Del Estudio.....	32
CAPITULO IV	
4.Resultados	
4.1. Resultados y Discusión.....	34
4.2. Categoría De Análisis.....	34
4.3. Unidad De Análisis.....	35

CAPÍTULO V

5.Consideraciones Finales y Recomendaciones

5.1. Consideraciones Finales.....48

5.2. Recomendaciones.....48

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....49

ANEXOS

Anexo 156

Anexo 258

Anexo 359

Anexo 460

Anexo 561

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un panorama general nos dice que La discapacidad forma parte del ser humano y es consustancial a la experiencia humana. Es el resultado de la interacción entre afecciones como la demencia, la ceguera o las lesiones medulares, y una serie de factores ambientales y personales. Se calcula que 1300 millones de personas, es decir, el 16% de la población mundial, sufre actualmente una discapacidad importante. Esta cifra está aumentando debido al crecimiento de las enfermedades no transmisibles y a la mayor duración de la vida de las personas. Las personas con discapacidad constituyen un grupo diverso, por lo que sus experiencias vitales y a sus necesidades en materia de salud se ven afectadas por factores como el sexo, la edad, la identidad de género, la orientación sexual, la religión, la raza, la etnia y la situación económica. Las personas con discapacidad mueren antes, tienen peor salud y experimentan más limitaciones en su actividad cotidiana que las demás.³²

En el Perú según El Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor – IV trimestre del 2020, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, describe algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 a más años de edad; donde señala que del total de la población que padece alguna discapacidad, el 47,6% son adultos mayores, 50,7% de estos son mujeres y 44,6% son hombres. La incidencia de discapacidad es mayor en el Área rural (55,6%) comparada con en el Área urbana (44,7%). Por grupos de edad, de los adultos mayores que presentan alguna discapacidad, el 15,1% tienen de 60 a 70 años y el 32,5% de 71 a más años de edad.³³

Es por ello que la investigación se centró en los familiares que se hacen responsable de dichos pacientes, y para poder entender mejor la problemática se tomó la decisión de investigar las vivencias del familiar con paciente discapacitado de la tercera edad, ya que no ha sido tomado en cuenta por el sistema de salud, además cabe mencionar que dichos cuidadores sufren de carencias de toda índole.

En tal sentido al analizar los testimonios de las vivencias reales de dichos familiares conllevan a entender ciertos comportamientos que se dan con distintas diferencias dependiendo de la calidad y nivel de cuidado que el paciente de dicho familiar tenga que realizar, es la carga física, emocional y social con la que debe aunque al final del día pueden sentirse agotados pero satisfechos de poder lograr el cuidado que su familiar necesita; aunque muchos de los testimonios aseveraban que es gratitud pero enfocaba una gran carga emocional y física para una sola persona que en varios casos compartían diversidad de roles como madres, hijas, nietas, esposa y cuidadora y nos referimos a las mujeres ya que de las 10 entrevistadas todas fueron mujeres con cierto lazo consanguíneo.

1.2. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. Planteamiento del problema.

El envejecimiento, es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano.¹

Una definición biológica del envejecimiento es "el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula u órgano o el organismo total en el lapso de vida de un adulto o cualquier ser vivo. Hay una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico. Cambios en órganos incluyen el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso. Efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua lo define como "la acción y efecto de envejecer"; es decir, hacer viejo a alguien o algo; hacerse viejo o antiguo; durar o permanecer por mucho tiempo. El envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad.¹

Y aunque el envejecimiento es un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo que conducen a alteraciones funcionales, psicológicas hasta la muerte, la tercera edad es una etapa vital, basada en el reconocimiento que al transcurrir del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra

en una etapa distinta a las vividas anteriormente, semejantes a otras etapas vitales como pueden ser la niñez o la adolescencia. También constituye una etapa más de experiencia humana por ello puede y debe ser positiva, de desarrollo individual y social.²

El mundo está experimentando una transformación demográfica: para el 2050, el número de personas de más 60 años aumentará de 600 millones a casi 2000 millones, y se prevé que el porcentaje de personas de 60 años o más se duplique, pasando de un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población anciana se multiplique por cuatro en los próximos 50 años.⁴

Una de cada diez personas en la actualidad tiene 60 años o más. Se calcula que para el año 2030 los individuos de la generación del "baby boom" serán ancianos y se cree que este grupo representará el 25% de la población. McCarthy y Helme sugieren que esto dará lugar a un aumento de mortalidad y morbilidad en aquellas personas con enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento, como son las patologías crónicas, osteomusculares, lumbares y tumorales, entre otras. Cada cultura intenta encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer.⁴

En recientes estudios de la familia realizados en Cuba se han documentado las transformaciones demográficas ocurridas desde la década de los 90, que afectan la composición y la dinámica familiar. Entre los principales cambios producidos hoy en día tenemos como consecuencia de la modernidad: la disminución de los índices de fecundidad y del número de hijos, la reducción del tamaño promedio de la familia, el envejecimiento, el aumento de las uniones consensuales y de las separaciones; el incremento de la tasa de divorcio y la maternidad precoz. El total de las familias nucleares

son monoparentales y estas están compuestas por madres solas con hijos solteros, la mayoría de ellas divorciadas o separadas. También aumentaron los hogares unipersonales de los cuales un tercio son personas mayores de 60 años.³

Según la Revista Médica de la Habana en un estudio realizado acerca de la Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos se obtuvo los siguientes resultados: el 47.83 % de las familias estudiadas fueron pequeñas, el 43.48 % trigeneracionales y el 69.57 % correspondió a familias extensas. El 43.48 % de los adultos mayores percibieron relaciones familiares muy armónicas y el 30.44% armónicas.⁸

En este escenario, la familia se constituye en el soporte esencial de este grupo tan vulnerable, ya que se convierte en un grupo “no productivo”, y considerados una “carga”. Y se puede observar que en estos últimos tiempos las personas de la tercera y cuarta edad que viven solas y no tienen familiares con parentesco cercano (como hijos o hermanos) no cuentan con ningún tipo de ayuda material, económica y mucho menos psicosocial, por ende, solo sobreviven y esta situación va empeorando día con día, ya que no solo están desprotegidos si no también aparecen dolencias y enfermedades crónico degenerativas lo cual empeora su calidad de vida.

Se puede apreciar que estos aspectos son poco entendidos y poco estudiados en el mundo de la ciencia local y nacional pues también representa una carga social por el gasto económico que genera. En esta lógica, es que se considera el rol vital que va a tener la familia en el cuidado de estas personas, sobre todo si esta tiene alguna discapacidad, situación en la que la ayuda de los integrantes de la familia es imprescindible, vivencias que no son visibles a la sociedad.

Además, la atención que brinda el Estado apenas se basa en prestar servicios para dolencias físicas sin considerar la complejidad biopsicosocial de los problemas de salud de este grupo poblacional.

Según el INEI en coordinación con el CONADIS, refieren que, de acuerdo a la edad, el 40.1% (1 millón 286 mil 843) de la población con discapacidad son adultos mayores de 60 y más años de edad.³⁶; sin embargo, no existe mención alguna acerca de algún registro de personas de la tercera edad con discapacidad en el hogar, o con alguna condición de abandono por lo que se ve el aumento de la mendicidad en la calle que tampoco está registrada.

Esta misma institución reporta que en Cajamarca hay una comparación del envejecimiento entre el año 2007 indicando que hay un 25.7%, frente al 2017; donde se indica que aumento a un 40.6% en el rango de Índice de Envejecimiento. También se puede apreciar que en el año 2007 hay un 18.1%, frente al 2017 donde se indica un aumento a un 20.0%, en el rango de Relación de Dependencia Demográfica de Vejez.⁵

Como ya se explicaba, poco se conoce sobre las redes de soporte familiar existente en favor de este grupo poblacional, pero lo que es más grave es el desconocimiento de los efectos en el núcleo familiar el tener un integrante y de la tercera edad y alteración de la dinámica familiar, alteración del desarrollo del grupo familiar, proyectos postergados, costo económico que implica atender a estos integrantes, además de los efectos en el equilibrio emocional de todos los miembros de la familia.

La literatura reportada sobre el particular en el Perú es muy escasa, lo que traduce el poco o nulo interés sobre estos problemas que son reales y que pasan a formar parte de los problemas huérfanos, o desatendidos u olvidados como se los denomina epidemiológicamente.

1.3. Formulación Del Problema:

¿Qué vivencias tiene el familiar del paciente discapacitado de la tercera edad en el Hospital Regional de Cajamarca 2022?

1.4 Objeto De Investigación:

Las vivencias de los familiares con paciente discapacitado de la tercera edad.

1.5. Objetivos:

- Describir vivencias del familiar que tiene a su cargo un familiar discapacitado de la tercera edad.
- Conocer que situaciones afecta la salud psicoemocional y social en el familiar que se hace cargo de un paciente discapacitado de la tercera edad.

1.6. Preguntas Norteadoras:

- ¿Qué significa tener o vivir o cuidar a un familiar de la tercera edad con discapacidad?
- ¿Qué responsabilidades tiene usted con este familiar?
- ¿Qué limitaciones le ha generado a usted esta responsabilidad?

1.7. Justificación

La presente investigación resalta la importancia que tiene un adulto mayor en la sociedad; aunque la mayoría de familiares de estos no lo asumen de esta manera, observándose que mayormente hay una mirada utilitaria como trabajadoras del hogar o cuidador de nietos pequeños, aunque en algunos casos las familias asumen la protección de un anciano y sobre todo si tiene alguna enfermedad o discapacidad, con los costos que esto significa o en ocasiones se genera gastos familiares adicionales y por lo tanto carencias de toda índole, especialmente si los problemas de salud del adulto mayor significan un desembolso de dinero de forma permanente por tratarse de casos crónicos.

Esta situación además cambia el escenario o la dinámica de los integrantes de la familia pues el cuidador se aleja de su círculo social, se omiten la asistencia a reuniones o fiestas, debido a que hay que priorizar el cuidado del familiar, especialmente si estos son los padres o en última instancia pagar a un tercero para que supla este cuidado.

Mirando con detenimiento esta situación tienen una tendencia a complicarse, pues como sabemos los especialistas estiman que para el 2050 se duplicarán el número de personas de la tercera edad, hecho que irá agravando la situación a nivel de relación familiar.

En nuestro país se ha establecido programas para ayudar al adulto mayor y a los discapacitados, pero estos programas no son vigilados debidamente ya que en muchas ocasiones esta ayuda no llega al que verdaderamente lo necesita.

Estas razones justifican la propuesta de investigación que pretende develar las vivencias de familias con paciente discapacitado, ya que a partir de la información obtenida se contribuirá con conocimiento sobre las particularidades y generalidades de esta situación, que a su vez es necesario para aportar con los programas de intervención desde los servicios de salud.

Además, es necesario crear una línea de investigación para ir generando mayor evidencia científica, así como el conocimiento generado vaya alimentando a los perfiles de formación profesional de Enfermería, vistas las tendencias poblacionales.

CAPÍTULO II

2. Referencial Empírico Y Teórico

2.1. Referencial Empírico

2.1.1. Internacionales:

Muñoz L.et al. (2010); San Paulo- Brasil, en su trabajo de investigación: “Vivencias de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión”; realiza una investigación en 9 cuidadores familiares, con edades entre los 28 y 65 años, y son de diversa condición socioeconómica y educacional. Se usó la observación participante, realizada en tres etapas: observaciones descriptivas, observación selectiva, las características físicas de la situación social en la que vine día a día y la satisfacción de participar en la escena cultural.⁷

Para realizar el análisis de los discursos se realizó en dos etapas: la primera etapa del análisis de Dominios, en la segunda etapa se realizó el análisis taxonómico de los datos, Donde se encontró que en el primer nivel hay 21 dominios culturales; en el segundo nivel se constituyó 7 taxonomías. Resultados: Se describe la depresión, percibiendo el impacto de la misma en la familia, del cuidador de un familiar con depresión, también es percibido la atención y tratamiento del familiar, el inicio y recidiva de la depresión, buscando soluciones, la relación entre el paciente y su familiar.⁷

Camacho. E. et al. (2010); México. En su trabajo de investigación: “Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado”. El cual fue un estudio descriptivo, resultado de una prueba piloto; en "la Fundación Alzheimer México" y "la Fundación Alzheimer Querétaro", la muestra fue de 40 cuidadores primarios de personas con deterioro cognitivo o demencia, a quienes se les aplicó la "Escala de Sobrecarga de Zarit". Resultados: El 58% de la muestra presenta sobrecarga y sobrecarga intensa; en relación con las horas de cuidado el 74% dedica más

de 5 horas al día y en años, el 65% más de 5 años. Los resultados socio demográficos encontrados en el presente estudio son similares a los encontrados por otros autores españoles.⁸

Sánchez. M. A y Velásquez. F.V. (2017). Colombia. En su trabajo de investigación: “Percepción de cuidadoras familiares de personas mayores afrocolombianas en guapi, cauca/efecto programa de apoyo social”. Con el objetivo de describir el efecto de un programa de apoyo social para cuidadoras familiares de personas mayores afrocolombianas con discapacidad en Guapi-Cauca. Metodología: Cuantitativa de tipo cuasiexperimental, sin grupo control, con preprueba y posprueba. Muestra intencional de 50 cuidadoras familiares afrocolombianas. Resultados: En su mayoría las mujeres cumplen el rol de cuidadoras familiares (95%) especialmente las hijas (49%), que dedican más de 8 horas al cuidado del familiar (35%), las personas mayores presentan dependencia severa (60%), moderada (36%) y leve (4%). Predominan familias nucleares con personas mayores (66%) y extensa modificada (34%). El programa indico efectos estadísticamente significativos de apoyo social global y por dimensiones a las cuidadoras familiares.⁹

2.1.2. Nacionales

García. P. J. (2016). Los Olivos-Lima. En su tesis titulada “calidad de vida del adulto mayor de la casa polifuncional palmas reales” en su estudio de investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo la población estuvo conformada por 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Se utilizó como instrumento, El WHOQOL-BREF que tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida, con indicadores de buena, regular y mala calidad

de vida. Los resultados muestran que, del total de los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena.¹⁰

Vílchez. J. (2017). Lima-Perú. En el trabajo de investigación: “Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú”; se realizó un muestreo no aleatorizado. Se consideró a aquellos adultos mayores de 60 años, provenientes de las ciudades de Ucayali, Ica y Lima. Donde se evaluó la presencia de trastorno depresivo y deterioro cognitivo mediante el uso de las escalas de Yesevage (GDS) y de Pfeiffer, respectivamente. Resultados: Se encuestaron a 267 adultos mayores, el 58,4% fueron varones; la edad media fue de $75,4 \pm 76$ años. El 36,3% presentó deterioro cognitivo y el 64% tenía depresión moderada o severa.¹¹

Coaquira. M. B. y Márquez. M. Y. (2017). Arequipa. En su trabajo de investigación: “Afrontamiento y estrés en familiares cuidadores de pacientes con enfermedades neurológicas en el H.B.C.A.S.E Arequipa – 2017”. Con el objetivo de establecer relación entre afrontamiento y estrés en familiares cuidadores de pacientes con enfermedades neurológicas en el Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo. Es de tipo descriptivo, corte trasversal y de diseño correlacional, conformada por 88 familiares cuidadores de pacientes en el Servicio de Neurología que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados que demostraron que el tipo de afrontamiento que perciben los familiares cuidadores es pasivo con 55.7%, respecto al nivel estrés predomina con 44.3% el estrés mediano. Los resultados obtenidos muestran una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre ambas variables comprobándose la hipótesis planteada, por tanto, se afirma que existe relación entre el afrontamiento y estrés en familiares cuidadores en el Servicio de Neurología.¹²

Imán. M. C. (2017). Chepén-Trujillo. En su trabajo de investigación: “Influencia del deficiente soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor del programa “Amigos de la Salud” del Hospital de Apoyo Chepén – Provincia de Chepén”. Se ha considerado el tipo de investigación aplicada, teniendo como base un diseño explicativo, se ha utilizado los métodos y técnicas de la investigación cualitativa y cuantitativa y, la muestra constó de 44 adultos mayores pertenecientes al Programa designado como unidad de análisis. Resultados obtenidos nos demuestran que los adultos mayores del programa sufren de abandono emocional (66 %) y abandono material (55 %) de parte de su núcleo familiar, porque no recibe apoyo económico y afectivo de su familia. Además, se encuentran en situación de abandono moral, porque no reciben afecto de su núcleo familiar, no dialogan sobre sus necesidades básicas, así mismo, expresan que sus hijos no les visitan y no les apoyan en la atención de su salud.¹³

Hoyos. S. M. (2018). Chachapoyas-Perú. En su trabajo de investigación: “Sentimientos del cuidador familiar directo durante el cuidado al adulto mayor dependiente, Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo, Chachapoyas- 2018”. Su objetivo fue de develar y comprender el fenómeno de los sentimientos del cuidador familiar directo durante el cuidado al adulto mayor dependiente, asentamiento humano Santo Toribio de Mogrovejo, Chachapoyas, para la recolección de datos se utilizó la guía de entrevista semiestructurada, el análisis se realizó en tres momentos los cuales son: descripción reducción fenomenológica y comprensión, la pregunta orientadora fue: ¿Qué se siente cuidar a un adulto mayor dependiente? Resultados obtenidos se identificó las siguientes categorías: sentimientos de preocupación, sentimientos de tristeza, preocupación; pena, cansancio, vergüenza, frustración, cólera y sentimientos encontrados (tristeza vs alegría) y siente mucha fe en Dios.¹⁴

2.1.3. Locales

Gavidia. W. (2019). Chota-Perú. En su tesis titulada: “Vivencias de soledad del adulto mayor. Centro Poblado de Chetilla. Conchán, 2019”. El objetivo fue describir y analizar las vivencias de soledad de los adultos mayores. Tuvo abordaje cualitativo y método descriptivo, la muestra estuvo conformada por nueve participantes que cumplieron con los criterios de inclusión. La información fue recolectada con la técnica entrevista a profundidad. Luego del análisis han emergido las siguientes categorías: La soledad es estar solo... no hay compañía, que se ha desglosado en las siguientes subcategorías: vivir en soledad es tristeza infinita; motivos de vivir en soledad...muerte o distancia; cuando los hijos se van...la vida es soledad. De la segunda Categoría: Vivir solo en la vejez, que se ha extraído las siguientes subcategorías: Viviendo el día a día solo/a; es difícil acostumbrarse a vivir en soledad; para afrontar la soledad salgo...³⁴

Barboza. K.N. (2021). Chota-Perú. En su tesis titulada: “Agotamiento de los familiares cuidadores del adulto mayor. Centro Poblado de Yuracyacu, Chota 2021”. De estudio cuantitativo, de nivel descriptivo, diseño transversal, prospectivo y no experimental. La muestra estuvo conformada por 92 familiares cuidadores quienes respondieron el Test de Zarit (21 ítems) para medir el nivel de agotamiento. La confiabilidad se determinó con el Alfa de Cronbach (0,872). Los resultados según dimensión física, es leve en el 45,65%, severo en el 32,61% y no presentan agotamiento el 21,74%; en lo psicológico, es severo en el 54,35%, leve en el 35,87% y no presentan agotamiento el 9,78%; en lo social, es leve en el 78,26% y es severo en el 21,74%. Se concluye que el nivel de agotamiento de los familiares cuidadores del adulto mayor en el Centro Poblado de Yuracyacu con mayor predominio es el leve (66,30%), seguido por el severo (23,91%) y en último término, no presentan agotamiento (9,78%).³⁵

2.2 Referencial Teórico:

2.2.1. Teoría De Salud¹⁵

Teoría de Madeleine Leininger: (Cuidados Culturales: teoría de la diversidad y la universalidad)

Está basada en la transculturalidad y la interculturalidad; lo cual trasciende los conocimientos, y utiliza el saber de la enfermería cultural para practicar el cuidado responsable y el cumplimiento de la cultura. Leininger afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios de percepción y comprensión humana, y el conocimiento necesario para la educación y la práctica de enfermería.

Leininger ideó la teoría de la diversidad y la universalidad de la enfermería cultural, enfocada en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y, de esta manera poder obtener el tipo de atención médica que se merecen. Por lo cual en esta teoría Leininger pide a las enfermeras (os) que busquen y descubran el conocimiento sobre el mundo del paciente, y que usen sus propios puntos de vista, su conocimiento interno y prácticas; todo esto haciendo uso siempre de la ética profesional.

2.2.2 Principios De Intervención¹⁶

A continuación, vamos a intentar reflejar brevemente algunos principios de intervención que estarán en el trasfondo de nuestra acción en el campo de las discapacidades y de la intervención familiar.

2.2.3. Principio de participación social

A veces, la reivindicación (justa y necesaria) de la responsabilidad pública ha contribuido a una desactivación de recursos y capacidades de las personas, las familias, las

comunidades, en definitiva, de la sociedad. Con este principio, se propugna el máximo de participación de la sociedad en la gestión de las respuestas a las necesidades sociales. Esto se concreta, por ejemplo, en: participación de los usuarios en la gestión de los programas, promoción de iniciativas de la comunidad, gestión por parte de organizaciones no gubernamentales, etc. Todo ello potenciando el necesario compromiso de las administraciones públicas.

Desde este principio, se valora cada vez más la importancia de la familia como espacio de respuesta a muchas necesidades sociales y para la prevención de muchas situaciones problemáticas. Por eso toda intervención habrá de partir del análisis de lo familiar y considerar su impacto en la familia. La participación es tanto medio como fin de la acción social. La acción social formalizada u organizada (sea pública o privada) se reconoce complementaria y reforzadora de los recursos, mecanismos, redes y procesos informales de las personas, las familias, las comunidades.

2.2.4. Principio de normalización

El principio de normalización surgió en el entorno de la atención a personas con deficiencia mental hace ya varias décadas. Es de aplicación, sin embargo, a muchas poblaciones marginadas o desvalorizadas por la sociedad. Plantea que se debe ofrecer a los usuarios de servicios o beneficiarios de programas de intervención social, aquellos medios, condiciones de vida, denominaciones, etc. tan culturalmente normativos o valorados como sea posible.

No se trata de normalizar a la persona, es decir, de conseguir que las personas se desarrollen o comporten siguiendo las normas aceptadas por la sociedad, sino de garantizar que tienen a su disposición los medios que en su entorno son valorados o deseados en general. El principio de normalización nos ayuda a hacernos conscientes de

la importancia de las imágenes y valoraciones sociales en los procesos de desarrollo personal y colectivo.

2.2.5. Principio de integración

El principio de integración propugna que no se impida a las personas desarrollar su vida en la comunidad y que los mismos servicios sean efectivamente ofrecidos a todo el mundo sin discriminación (por ejemplo, por tener una discapacidad, por el género, el color de la piel, etc.). Según el principio de integración se ha de ofrecer siempre el entorno menos restrictivo o segregado que sea posible.

La integración no es la incorporación de un elemento en un conjunto sin cambios en éste. La integración es un proceso en el que hay adaptación mutua entre quienes estaban marginados y el sistema o entorno que los margina. Cada vez se habla más de inclusión. Los que proponen este término afirman que se habla de integración cuando se parte de la existencia de servicios o entornos segregados. El planteamiento de la inclusión es el de quien, por decirlo así, parte de la base de que no hay razones para la exclusión y lo natural es una sociedad y unos servicios para todos.

2.2.6. Principio de respeto y promoción de la diversidad o diferencia

Desde el principio de normalización e integración se propugna un mundo y una sociedad donde todos tengamos cabida con los mismos derechos. Sin embargo, esa sociedad no podrá estar compuesta de seres uniformes cortados por un mismo patrón. Desde este principio se reivindica el derecho a la diferencia y se cree que todos esos colectivos sin cabida en esta sociedad son portadores de valores, pautas de comportamiento y propuestas de inestimable valor. Todas y todos tenemos los elementos necesarios para

seguir construyendo esa sociedad participativa e inclusiva que queremos (y son de muchas formas y colores).

2.2.6. Principio de competencia

Este principio afirma que toda persona, grupo, comunidad es competente para dar respuesta a sus necesidades. Todos podemos aprender, cambiar, desarrollarnos. Y todos necesitamos de los otros para dar respuesta a nuestras necesidades.

Antiguamente, por ejemplo, se dividía a las personas con deficiencia mental en educables, adiestrables y custodiadles. Desde el principio de competencia no podemos aceptar ese tipo de clasificaciones. Y toda persona tiene derecho a, en la medida de sus posibilidades, optar, arriesgarse, autodeterminarse.

2.2.7. Teorías Psicosociales Del Envejecimiento¹⁷

En el presente compendio de teorías acerca de aspectos psicológicos y sociales, los cuales tienen por objetivo dar a conocer dichas teorías desarrolladas para explicar fenómenos entorno al envejecimiento normal de las personas en las civilizaciones avanzadas , Por otro lado también señalan cómo el sistema de apegos que un individuo construye a lo largo de su vida, aporta un elemento modulador para acercarse con éxito al propio proceso de envejecimiento y muerte, además de Poner la mirada en otro medio sociocultural diferente como es el mundo rural negro-africano para observar el comportamiento de los ancianos y la valoración social que reciben.

2.2.8. Teoría de la desvinculación

Esta teoría fue propuesta por Cumming y Henry en cual es nombrado como “teoría del desapego” ya que investigó sobre la afección a la relación entre el individuo y la sociedad, así como los procesos internos que tiene como consecuencia la actitud de desenganche

que el adulto va originando comportamientos y reacciones que le impulsan a la búsqueda del retiro social, como lugar óptimo deseado para conseguir la satisfacción personal en su vejez a lo cual tenemos como resultado el alejamiento de interacciones sociales, desinterés por la vida de los demás, reducción de compromisos sociales y el interés principal centrado en sí mismo, en su mundo interior y circunstancias personales. Además, que intervienen la pérdida del rol social o familiar y el cese de actividades laborales.

Las premisas que sirven de soporte a esta teoría son las siguientes:

1°.- La desvinculación es un proceso universal, es decir, todas las personas mayores de cualquier cultura y momento histórico tienen tendencia a este desapego de la vida social.

2°.- La desconexión o ruptura de vínculos entre el individuo y la sociedad es un proceso inevitable en el envejecimiento.

3°.- El desarraigo es intrínseco a todos los individuos y no está condicionado por variables sociales.

Se concluye diciendo que la desvinculación del individuo y la sociedad y su tendencia al aislamiento es un proceso normal del envejecimiento, además, la teoría de la desvinculación, se encuentra justificada por quienes conceptúan la vejez como un proceso de declinación o transformación fisiológica o biológica, repleto de pérdida de las funciones sensoriomotoras como consecuencia del deterioro progresivo de los distintos sistemas del cuerpo humano.

Por ende, se aconseja la adaptación satisfactoria a la vejez en donde se puede considerar Anhelar descansar y relajarse porque se ha cumplido su tiempo de trabajo, desear y conseguir mantenerse activos, aceptar las limitaciones para continuar trabajando y verse

forzados a resignarse por la evidencia de falta de capacidades, sentimientos de frustración con el tipo de vida.

2.2.9. Teoría de roles

Los autores directos Charles Cooley y George Herbert Mead donde establecen que el rol es la función que una persona representa en un grupo social o en la vida misma. Y la socialización implica la interiorización de normas y valores sociales que contribuye a conformar la personalidad del individuo y su imagen social, Dicho lo anterior esta teoría nos dice que los roles por los que atraviesa una persona van cambiando según las distintas etapas de su desarrollo cronológico. Es decir, los papeles que la sociedad va asignando a un mismo individuo y también la responsabilidad exigida para su cumplimiento se modifican a lo largo del proceso de evolución de la vida. Pues bien, con la entrada en la jubilación se produce una pérdida progresiva de los roles sociales que las personas adquirieron a lo largo de su vida. Se va produciendo así una reducción del papel de las personas mayores en la sociedad hasta quedar desposeído de roles, sin lugar y sin status.

Según este modelo, se produciría mayor satisfacción en la vejez, cuanto más adaptado esté el individuo a este cambio de roles, a este lugar social que la sociedad va asignando a la persona en el proceso de envejecimiento: “sin roles”.

2.2.10. Teoría de la subcultura

Esta teoría Rose estriba en que las personas mayores de 65 años, comparten determinadas circunstancias biográficas como la pérdida de seres queridos, viven solos, u otras circunstancias comunes respecto a la necesidad o cuidados para la salud, situación económica, intereses culturales y sociales, etc. que les impulsa a reunirse e interrelacionarse entre sí con mayor frecuencia que con otras edades, generando así una

“subcultura de la edad”. Por ende, se han creado políticas sociales respecto a los mayores han tomado esta teoría como premisa justificativa de la creación de club sociales u hogares para jubilados u otros lugares de convivencia similares donde se prioriza la relación inter - pares a la relación intergeneracional que es tanto como decir excluyendo de otras relaciones con otros grupos sociales.

2.2.11. Teoría de la continuidad

En esta teoría Robert Atchley concibe al individuo en permanente desarrollo. Considera que la vejez es una prolongación de las etapas evolutivas anteriores y el comportamiento de una persona en este por lo que la llegada de la jubilación para una persona no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos: la salud, lo social y lo psicológico.

El mantenimiento de las actividades desarrolladas en la edad madura o la adquisición de otras nuevas se convierte en una garantía para tener una vejez exitosa. A la vez, la satisfacción durante la vejez se relaciona con el mantenimiento de la actividad y costumbres anteriores, con el vínculo entre aquellos elementos que le dieron consistencia personal y la situación presente. La seguridad y autoestima entonces encontrados, sirven de apoyo cuando se actualizan en la vejez. Por ende, la respuesta para comprender la actitud de los mayores ante los cambios que se producen en la vejez debe indagarse en la personalidad previa a este momento de cada uno de los sujetos.

2.2.12. Teoría de la modernidad

Cowgill (1974) señala cuatro variables de las sociedades industrializadas que influyen en el estatus social de las personas mayores: perfeccionamiento de la tecnología sanitaria,

desarrollo de la tecnología económica, la urbanización o abandono de las zonas rurales, los progresos en la formación.

La teoría de la modernidad afirma que la posición social de los ancianos es inversamente proporcional al grado de industrialización de esa sociedad. Es decir, la condición social que adquieren las personas mayores está en función del grado de modernización o cambios sociales que existen en la sociedad. Por otro lado, Cowgill afirma, en una sociedad moderna, la tradición es menos importante que el progreso; las nuevas tecnologías son asimiladas por los jóvenes que desplazan a los ancianos del mercado laboral, donde el valor de la experiencia y el buen hacer interesan menos que la producción. Esta teoría está relacionada con la condición social-modernidad es excesivamente lineal y no considera otros aspectos relacionados con el estatus de los mayores como las diferencias ideológicas, sociales, religiosas, culturales, actividad profesional, etc.

2.3 Bases Conceptuales:

2.3.1. Vivencia:¹⁸

Bejarano k. Fernández M. y Mora X. (2017) dice que; es un conocimiento directo de un acontecimiento vivido, realizado, sufrido, sentido en un individuo a lo largo de la vida. Las vivencias también se entienden como los relatos sobre los sentimientos vividos antes (saberes, pensares, haceres) durante y después con relación del entorno social de la familia.

2.3.2. Familia: ¹⁹

La familia es una estructura social básica donde padres e hijos se relacionan; esta relación se basa en fuertes lazos afectivos, pudiendo de esta manera sus miembros formar una comunidad de vida y amor. Además, es también una institución que influye con valores

y pautas de conductas que son presentados por los padres, los cuales van formando un modelo de vida para sus hijos enseñando normas, costumbres, valores que contribuyen en la madurez y autonomía de sus hijos.

2.3.3. Adulto Mayor: ²⁰

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; se 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

2.3.4. Discapacidad: ²¹

Según la OMS dice que: Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

2.3.5. Tipos De Discapacidad: ²²

Se clasifican en 3 grupos:

- Discapacidades Físicas: está relacionado con el cuerpo, miembros y órganos en general; originadas en los sistemas musculoesquelético, nervioso, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematopoyético, aparato digestivo, aparato urogenital, sistema endocrino, piel y neoplasias.

- Discapacidades Sensoriales: originadas en el aparato visual, oído, garganta y estructuras relacionadas con el lenguaje.
- Discapacidades psíquicas: originadas por retraso y/o enfermedad mental.

2.3.6. Paciente:²³

El paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y por ende solicita asistencia médica y está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.

2.4 Bases Legales

2.4.1. Internacional:

Los Derechos Humanos De Las Personas De Edad Avanzada En El Marco Jurídico Internacional ²⁴

En 1982 la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Este importante documento, aprobado por la Asamblea General, ofrece a los Estados partes una orientación esencial sobre las medidas que se deben tomar para garantizar los derechos de las personas de edad avanzada.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento es el resultado de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en España en el 2002, y que, a diferencia del Plan de Viena, prestó especial atención a la situación de los países en desarrollo. Como temas centrales, el Plan de Acción de Madrid señala los siguientes: a) realización de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad y b) garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación en contra de las personas de edad.

2.4.2. Nacional:

Ley N° 28803; Ley De Las Personas Adultas Mayores ²⁵

Se aprueba el 19 de junio del 2006. Dónde: Artículo 3° se menciona los Derechos de la Persona Adulta Mayor. Toda persona adulta mayor tiene, entre otros, derecho a:

1. La igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses.
2. Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil elevando su autoestima.
3. Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.
4. Participar en la vida social, económica, cultural y política del País
5. El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transporte y actividades de educación, cultura y recreación.
6. El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
7. La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.
8. Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.
9. Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
10. Vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias.

11. Realizar labores o tareas de acorde a su capacidad física o intelectual. No será explotada física, mental ni económicamente.

12. La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación. 13. No ser discriminada en ningún lugar público o privado.

Además, en el Artículo 5° dice: El Deber de la Familia. La familia tiene el deber de cuidar la integridad física, mental y emocional de los adultos mayores, en general, brindarles el apoyo necesario para satisfacer sus necesidades básicas.

2.4.3. Decreto Supremo N.º 007-2018 ²⁶

Donde se aprueba el Reglamento de la Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor, establece el marco normativo que garantiza los mecanismos legales para el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, a fin de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la Nación.

CAPITULO III

3. TRAYECTORIA METODOLOGICA

3.1. Tipo De Estudio.

La presente investigación es de abordaje descriptivo cualitativo.

Según Canales; Alvarado y pineda refieren que; La investigación cualitativa es un tipo de investigación que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten. Este tipo de investigación es de índole interpretativa y se realiza con grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante todo el proceso investigativo y tienen como meta la transformación de la realidad. ²⁷

3.1.1. Tipo De Estudio De La Investigación

El presente estudio será de tipo:

- **Descriptivo:** Porque está dirigido a determinar cuáles son las vivencias del familiar con paciente discapacitado de la tercera edad en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, que significa, que responsabilidades y que limitaciones tiene la persona a cargo de un familiar discapacitado.
- **Cualitativo:** Porque a través de las preguntas norteadoras conoceremos más a fondo las vivencias del familiar que está a cargo de un paciente discapacitado de la tercera edad. En este tipo de investigación se trabaja con grupos pequeños por lo tanto en este estudio se tendrá nueve familiares de nueve distintos pacientes.

3.2. Área De Estudio

La investigación se realizará, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el área de rehabilitación de dicho Hospital; el cual se encuentra ubicado al sur de la ciudad de Cajamarca en la Av. Larry Johnson cuadra 7, Barrio Mollepampa, aproximadamente a 7

km de la plaza de armas y a un tiempo de 20 minutos vía terrestre; capital del departamento de Cajamarca; se encuentra a una altitud de 2 750 msnm.

El Hospital regional docente de Cajamarca atiende a las 13 provincias del departamento de Cajamarca con referencias y contrarreferencias; la provincia de Cajamarca cuenta con 12 distritos.

3.3. Población, Criterios De Inclusión Y Exclusión

3.3.1. Población: Sujetos de investigación

Constituida por 9 familiares de los pacientes discapacitados de la tercera edad que se atienden en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el área de rehabilitación, en los 4 meses del año 2020.

Los sujetos de estudio es el integrante de la familia que brinda cuidado al paciente discapacitado de la tercera edad acepten participar voluntariamente de esta investigación, para la toma de muestra se empleará muestreo no aleatorias, lo cual no significa que el investigador aplicará criterios distintos para seleccionar a los participantes. Realizará un muestreo de avalancha. Consiste en pedir a los informantes que recomienden a posibles participantes. También se denomina muestreo nominado, en bola de nieve o muestreo en cadena. Es más práctico y eficiente, en cuanto al coste, además, gracias a la presentación que hace el sujeto ya incluido en el proyecto, resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos participantes, también permite acceder a personas difíciles de identificar. Por último, el investigador tiene menos problemas para especificar las características que desea de los nuevos participantes.²⁸

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Criterios de inclusión:

- Familiares con pacientes discapacitados de la tercera edad, atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el área de rehabilitación, que se atiendan en los últimos 9 meses del año 2022.
- Familiares con paciente discapacitado de la tercera edad, que vivan en el ámbito del distrito de Cajamarca.
- Familiares que vivan con un familiar discapacitado de la tercera edad, en el distrito de Cajamarca.

3.3.2.2. Criterios de exclusión:

- Familiares con paciente discapacitado que no sean atendidos en el Hospital Regional de Cajamarca en el área de Rehabilitación.
- Familiares con paciente discapacitado de la tercera edad, que no vivan en el distrito de Cajamarca.

3.4 Técnicas E Instrumentos De Recopilación De Información

El escenario de estudio en la presente investigación se realizará en el lugar más propicio y que brinde comodidad para cada participante; donde se cuente con un ambiente tranquilo, libre de ruidos y sin distractores, para lograr una confianza con el entrevistado y así poder llegar a la profundidad de sus vivencias

La técnica que se utilizará es la entrevista en profundidad con la ayuda de un instrumento semiestructurado.

3.4.1. Entrevista a profundidad²⁹

Para Cicourel, consiste en adentrarse al mundo privado y personal de extraños con la finalidad de obtener información de su vida cotidiana. Aquí, no hay intercambio formal de preguntas y respuestas, se plantea un guion sobre temas generales y poco a poco se va abordando. En este sentido, la creatividad debe estar a flote constantemente, pues se debe evitar hacer preguntas directas y cerradas, amenazantes y ambiguas.

En esta técnica, el entrevistador es un instrumento más de análisis, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas, cuál es la información más relevante para los intereses de la investigación, por medio de ellas se conoce a la gente lo suficiente para comprender qué quieren decir, y con ello, crear una atmósfera en la cual es probable que se expresen libremente. Asimismo, se tiene un carácter cercano y personal con el otro, logrando construir vínculos estrechos, inmediatos y fieles; en este sentido, no es casual que en ocasiones estos contactos deriven en conexiones sólidas e intensas con los entrevistados; por lo que ser sensato, prudente e incondicional, forma parte fundamental para el desarrollo de esta técnica, no sólo en el desarrollo de la entrevista, también durante la construcción de los datos.

En la entrevista en profundidad la construcción de datos se va edificando poco a poco, es un proceso largo y continuo; por lo que la paciencia es un factor significativo que debemos rescatar durante cada encuentro. Las reuniones no deben rebasar las dos horas de duración para evitar el cansancio o la fatiga por parte del entrevistado; se aconseja ser frecuente, tener encuentros programados con un máximo de dos semanas de diferencia entre cada uno; las sesiones concluirán cuando se llegue al punto de saturación, momento en el cual las pláticas ya no

aportan nada nuevo a la información que ya tenemos. Asimismo, debemos evitar sancionar, restringir o limitar a los entrevistados, pues atmósferas impregnadas de inseguridad, dudosas o vacilantes, disminuirán la posibilidad de obtener respuestas concretas, sinceras y honestas.

3.5 Proceso De Recolección De La Información³⁰.

Se tuvo en cuenta la fidelidad de la metodología escogida, se inició con el dialogo de manera informal para “romper el hielo” antes del interrogatorio, haciéndole presente que su discurso será grabado en todo momento, con previa autorización, lo que garantiza apreciar fidedignamente el discurso evitando las interpretaciones subjetivas de la investigadora y que facilitará el análisis posterior.

El proceso será de la siguiente manera:

1. **Llegada:** la primera reunión entre el entrevistado y el entrevistador; brindar un ambiente cómodo para el participante.
2. **Presentación de la investigación:** esto implica asegurarse de que el participante es consciente del propósito de la investigación, se le explica los objetivos de la investigación y se hace firmar su consentimiento informado, de la misma forma se explica que se grabará el contenido de la entrevista y entiende su derecho a retirarse.
3. **Inicio de la entrevista:** las primeras etapas suelen consistir en dar confianza al participante y reunir los antecedentes para contextualizar el resto de la entrevista.
4. **Durante la entrevista:** el cuerpo de la entrevista estará conformado por los temas de las vivencias
5. **Al final de la entrevista:** se señalará el final para que el participante pueda prepararse y asegurarse de que no haya cabos sueltos.
6. **Después de la entrevista:** se debe dar las gracias.

3.6. Validez Del Cuestionario Estructurado

Para la validación de cuestionario semiestructurado se realizará mediante juicio de expertos, conformado por tres especialistas en el área; en el que evaluarán cada pregunta con las siguientes escalas de valoración.

- ✓ Inaceptable
- ✓ Deficiente
- ✓ Regular
- ✓ Bueno
- ✓ Excelente

3.7. Interpretación Y Análisis De La Información.³¹

Con la información obtenida se realizará el análisis de los discursos a través de la propuesta operativa de Souza Minayo, en 3 etapas: en la primera, correspondiente al ordenamiento de los datos, se realizará la transcripción de las entrevistas audiograbadas en forma fiel y completa. Posteriormente, la organización de los datos encontrados. Después se realizará una relectura de los discursos en búsqueda de homogeneidades y diferenciaciones, y también se harán comparaciones y contrastes con lo cual emergieron las unidades temáticas.

En la segunda etapa, clasificación de los datos, se realizará una lectura horizontal, exhaustiva y fluctuante de cada una de las entrevistas, para la búsqueda de la coherencia interna de la información, mediante la cual se construirán categorías empíricas, las que se contrastarán con las categorías teóricas, en busca de interrelaciones e interconexiones entre ellas. En seguida se realizará una lectura transversal y recorte en unidades, para su clasificación, separación, reagrupación y reducción, por semejanzas y conexiones, entre

ellas. Se tratará de comprender e interpretar lo que fue expuesto como más relevante, representativo y significativo por los profesionales de enfermería.

En la terca etapa, se realizará el análisis final, a través de una profunda inflexión sobre el material empírico, que irá de lo empírico a lo teórico y viceversa, de lo particular a lo general y de lo concreto a lo abstracto.

3.8. Consideraciones Del Estudio.

3.8.1. Consideraciones éticas

Los principios éticos básicos en esta investigación son el respeto, autonomía, beneficencia y justicia; principios que permitieron obtener el consentimiento informado de los participantes; sus tres elementos importantes son: voluntariedad, información y comprensión.

La **Autonomía**: La presente investigación tiene como un punto importante el cual es aclarado en el consentimiento informado, en donde explicamos que la información obtenida se usará con propósitos para esta investigación y sobre todo será tratada de manera confidencial. Además, cabe resaltar que en todo momento se tratara con respeto y prudencia a cada familiar involucrado en esta investigación durante todo este proceso.

La **Beneficencia**: La presente investigación tiene como objetivo dar a conocer las vivencias del familiar el cual es muy poco observado e investigado sobre las consecuencias que este obtiene como resultado de un cuidado integral a su familiar. A lo cual buscamos dejar como antecedente sobre este tema para que en lo posterior se tome en cuenta al cuidador y no solo al paciente.

El **Respeto**: En el presente proyecto se tiene a este valor como un pilar ya que serán tratados de la manera más respetuosa y asertiva; se tendrá la consideración, aprecio y sobre todo el reconocimiento de ser partícipe de este gran proyecto.

Esperando así mismo que el respeto sea de manera mutua y en todo momento por parte de los investigadores como de los investigados.

La **Confidencialidad**: las entrevistas que se ejecutarán en este proyecto serán exclusivamente para lograr los objetivos del proyecto, mas no de difundir en algún otro medio.

La **Voluntariedad** implica que no existe presión externa ni influencia indebida en cualquiera de sus grados, desde el menor representado por la persuasión, pasando por la manipulación hasta la coacción, asimismo la información suficiente, veraz y adecuada en su contenido y forma. También implica que no solo respetamos sus decisiones, sino protegerlos de daños y asegurar su bienestar.

CAPITULO IV

4. Resultados

4. 1. Resultados Y Discusión

En la recolección de datos, se ha realizado la presentación de cada entrevista respetando cada criterio ya mencionado en el capítulo anterior además de ello honramos los principios éticos. Sin embargo, previo a ello, a cada familiar del paciente discapacitado de la tercera edad se le informó y explico el objetivo de esta investigación el cual ha sido acompañado del consentimiento informado (Anexo N°3).

Se realizó la entrevista a un total de 9 familiares que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados inicialmente.

Por otro lado, el proceso de grabación y transcripción de los testimonios recolectados, se procedió a realizar el análisis de contenido de cada pregunta norteadora, luego se sacaron categorías agrupando ciertos datos encontrados en cada respuesta dada.

4.2. Categorías De Análisis:

- 1.Amor filial y a su vez carga adicional
- 2.Dolencia y discapacidad.
- 3.Responsabilidad del cuidado de personas mayores
- 4.Afectación de la vida familiar
- 5.Responsabilidad total sobre un solo hijo
- 6.Lastima y temores en relación al familiar con discapacidad
- 7.Diversidad de rol (cuidadora, madre, esposa e hija)
- 8.Problema social, laboral y educativo.

4.3. Unidad De Análisis:

4.3.1. Amor Filial Y A Su Vez Carga Adicional.

Los cuidadores probablemente sienten gratitud por la atención que sus padres les dieron en su momento y quieren ser recíprocos, sin embargo, a su vez hacen notar que asumir esta responsabilidad, como el cuidado de su familiar, le genera algunas restricciones.

Los entrevistados al tener un lazo familiar con el paciente, refieren que la atención y el cuidado es consecuencia de la gratitud que tienen hacia dicho paciente, demostrando a través del cuidado que brindan de manera permanente, que no es más que el principio de solidaridad y fraternidad que aún permanece latente en nuestra sociedad; sin embargo, este escenario no se reduce a estos dos aspectos, algunos de los testimonios agregan el tema de FE en un Ser Supremo que a va a cuidar de ambos, o sea el cuidador y el familiar con discapacidad. Expresiones que el amor filial que se traduce en la dedicación para garantizar la seguridad física de su familiar basado en su religión.

Estas afirmaciones se traducen en algunas de las manifestaciones de los entrevistados:

E1: *“Yo atiendo a mi papá con todo el amor, sin ningún interés, y yo lo apoyo atendiéndolo de manera incondicional”.*

“Yo confié en que Dios que es misericordioso, él va hacer todo por cuidar de mí y de mi padre”.

E4: *“Para mí es lo mejor cuidar a mi padre, dar lo mejor por ellos, porque ellos nos dieron la vida y nos cuidaron de pequeños”.*

“Para mí es lo mejor cuidar a mi padre, dar lo mejor por ellos (muestra gestos de felicidad)”.

“...Estos cuidados lo hago con todo el amor del mundo porque es mi padre y lo quiero mucho”.

E7: *“Para mí es una alegría verla y devolver lo que ella hizo por mí”.*

“Es una alegría verla y devolver lo que hizo por mi cuando era pequeña (muestra admiración a su madre y le toca el hombro)”.

E8: *“El necesita de mí y hasta que Dios me de vida estaré para él, hasta que las fuerzas me acompañen, estaré para él, pero a veces también me canso”.*

“...así como el cuidado de mi cuando era pequeña, él ha sido un gran padre por ello lo mínimo que puedo hacer por él es estar pendiente de lo que necesite”.

Según las manifestaciones se puede apreciar que los cuidados brindados son con voluntad propia, también un acto de amor y deber cultural que siempre algún familiar debe hacerse responsable del paciente que en su mayoría son los padres de estos. Además, siempre están abocados a la misericordia y apoyo de Dios como ser supremo capaz de ayudar en su vida y en su paciente a lo cual el personal de salud no podemos contradecir ya que como lo plantea Madeleine Leininger en su teoría de la transculturalidad donde afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios de percepción y comprensión humana, y el conocimiento necesario para la educación y la práctica de enfermería.

4.3.2. Dolencia Y Discapacidad.

Entre los entrevistados se observó que, dependiendo de la edad del cuidador, también tienen sus propias limitaciones y preocupaciones debido a que estos pertenecen a grupos de la tercera edad, que son considerados vulnerables (generalmente más de 55 años de edad) porque además adolecen de problemas muy comunes como hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares o músculo esqueléticos. En este caso se da una figura

contradictoria pues se trata de personas con dolencias que debe cuidar a otra persona con un nivel de dependencia física, psicológica bastante severa algunos tienen una edad donde el ejercer cuidado ya no es lo más coherente ya que se puede apreciar que presentan enfermedad y que probablemente disminuye su vitalidad para prestar atención a su familiar, considerando que debe movilizarlo, asearlo, darle sus alimentos, su tratamiento, trasladarlo a un nosocomio para sus consultas médicas y al mismo tiempo desarrollar actividades domésticas hacia otros familiares que son integrantes del grupo familiar.

También se aprecia que ciertos familiares quieren dar un mejor cuidado, pero su dificultad física por la avanzada edad ya no puede hacer muchas cosas como quisieran. Por otra parte, se observa es que en ninguno de los testimonios el cuidador expresa que su familiar es un discapacitado ya que su atención está centrada en la ENFERMEDAD, más no en las secuelas siendo estas invisibles como tal. Condición que de por sí obliga al cuidador a busca medidas para paliar en parte las manifestaciones de las discapacidades de su paciente. Pero si centran su atención en el cuidado, el amor y la responsabilidad.

En algunos casos los entrevistados refieren que sus pacientes tienen mucho dolor, lo cual los conduce a cierta discapacidad.

Estas afirmaciones se traducen en algunas de las manifestaciones de los entrevistados:

E1: *“...Ya que a esta edad ya no pueden estar solos ni siquiera caminar solo ya que el sufre de fibrosis muscular”.*

“Bueno a mí me gustaría atenderlo mejor, pero en el 2017 tuve un gran accidente en mi columna y ya no puedo hacer muchas cosas entre ellas el aseo se me dificulta mucho, sobre todo para lavar su ropa, su cama todo eso es muy complicado”.

E2: *“Es complicado porque tengo que estar pendiente por su avanzada edad, ya que la mitad de su cuerpo está paralizado debido al derrame que tuvo”.*

E3: *“Cuidar a una persona de la tercera edad con diferentes enfermedades es muy complicado”.*

E6: *“Tener que cuidar a una persona mayor con muchas enfermedades y aparte discapacitado como mi padre es de mucha responsabilidad”.*

El paciente discapacitado antes de llegar a esta necesidad de cuidado pasa por una etapa en la cual tienen un desapego de la vida de sus hijos y entornos más cercanos debido a que dichos familiares empiezan a formar su propio hogar por lo cual cuando ya está la desconexión o ruptura del vínculo y llega el envejecimiento son muy pocos los familiares que tratan de retomar el vínculo que se rompió; sin embargo en los testimonios se aprecia que solo uno de los hijos es el que logra y decide estar con su familiar con dependencia.

Es por todo esto que la teoría de la Desvinculación o teoría del desapego nos refiere sobre la afectación a la relación entre el individuo y el entorno; donde las consecuencias son entre ellas el desinterés y la poca empatía.

4.3.3. Responsabilidad Del Cuidado De Personas Mayores

Por lo general cada cuidador tiene un vínculo familiar con la persona necesitada de cuidado, lo cual determina a que dicho familiar sea el cuidador principal que dedica gran parte de su tiempo sintiéndose obligado a asumir este rol con el paciente, ya que en lo observado se aprecia que son familiares directos como hijas o nietas; además se puede decir que en su totalidad son del género femenino las responsables de brindar cuidado, los cuales atribuyen el cuidado como una obligación indispensable por parte del entrevistado.

Donde algunos cuidadores a pesar de sus limitaciones físicas que le impiden brindar un cuidado ideal por parte del cuidador.

Estas afirmaciones se traducen en algunas de las manifestaciones de los entrevistados:

E2: *“Es bien complicado porque tengo que estar pendiente ya que a veces no se puede mover sola, ya que la mitad de su cuerpo está paralizado, debido al derrame que tubo”*.

E5: *“La responsabilidad que tengo es de atenderla como debe de ser, no tratarle mal, siempre tratarla de lo mejor para que así tenga el bienestar de su salud”*.

“Somos cinco hermanos y entre todos me ayudan a cuidar a mi madre”.

E7: *“Tengo todas las responsabilidades con mi mama como hija para que ella se sienta cómoda y bien”*.

“Nosotros somos siete hermanos, y los siete hermanos nos turnamos un día cada uno para así cuidarlo las 24 horas del día porque no puede estar sola”.

E10: *“Para mí la más grande responsabilidad es estar con ella y cuidarla”*.

“Como somos varios hermanos entonces nos turnamos 15 días cada uno para cuidarla”.

Los cuidadores lamentablemente al asumir ciertas responsabilidades con el familiar y sus propios hogares tienen como consecuencia ciertas desvinculaciones con su entorno social así como lo menciona Cumming y Henry en la teoría del desapego que menciona la afición que tiene entre la relación del individuo y la sociedad, así como los procesos internos que tiene como consecuencia la actitud de desenganche que el adulto va originando comportamientos y reacciones que le impulsan a la búsqueda del retiro social.

4.3.4. Afectación De La Vida Familiar

Se ve reflejado la afectación a nivel de pareja e hijos por parte del cuidador ya que no tienen la misma percepción todos los integrantes de la familia de dicho cuidador, por lo que como consecuencia aparecen conflictos y desacuerdos sobre la calidad de tiempo y dedicación necesaria para una unión afectiva entre familia. Sin embargo, se puede apreciar que el cuidador no cambia la modalidad de cuidado ya que tiene sentimientos que predominan sobre el paciente.

Estas afirmaciones se traducen en algunas de las manifestaciones de los entrevistados:

E1: *“Deje de reunirme con mi familia y renuncié a mi felicidad ya que estuve con un varón, con un futuro prometedor, sin embargo, yo por darle más tiempo a mi padre que a mi pareja este decidió irse de mi vida sin entender el daño que yo he sufrido y el sacrificio que es cuidar de mi padre”*.

“No tengo el apoyo de nadie y a veces me siento muy estresada”

E3: *“Me descuido de mi familia y a veces me trae problemas con mi esposo, pero la prioridad es mi madre”*

“A veces también me enfermo y me siento mal”.

E6: *“A veces tengo que salir con mi pareja, pero no puedo porque primero es mi padre, aunque me traiga ciertos inconvenientes con mi pareja”*.

E8. *“Mi Esposo no quiere que pase mucho tiempo con mi padre, pero no puedo dejarlo solo”, “Cuando estoy mucho tiempo con mi papa, mi esposo se resiente y tiene colera, y él dice que lo descuido y a mí me duele (muestra facies de tristeza)”*.

“Yo también ya estoy mayor y las fuerzas no son las mismas, tengo miedo que me pase algo y quien vera de mi padre”.

En estas afirmaciones de los familiares podemos observar que cada cuidador tiene ciertas dificultades y cargas a las cuales no tienen como opción de renunciar ya que incluso se someten a lo que culturalmente conocen como: “cosecho lo que siembro” y en función a este dicho hay miedo e incertidumbre de que sino cuidan y velan por el bienestar de su familiar (que en gran parte son los padres), pues ellos no recibirán el cuidado que necesiten a la edad y en las circunstancias que su familiar necesita. Es por todo esto que el cuidador a pesar de que las carencias y afectaciones con su propio hogar siente que no puede renunciar a este cargo de cuidador y mucho menos poder mejorar la situación y peor aún, no tiene a quien pedir ayuda, por lo que esta persona se encuentra entre la espada y la pared constantemente. También podemos decir que la teoría de la desvinculación se ve reflejada en el cuidador llegando a afectar el vínculo entre la pareja e hijos ya que estos se sienten menos valorados y menos queridos, por lo que con el tiempo puede haber una ruptura del hogar de dicho cuidador; ya que para los integrantes del hogar del cuidador siente que los demás familiares (otros hijos) deberían tomar responsabilidades y que debería darse tiempo para cuidar de su propio hogar y de las necesidades de sus propios hijos y pareja.

4.3.5. Responsabilidad Total Sobre Un Solo Hijo

En ocasiones los hijos se deben hacer cargo de las responsabilidades que el paciente necesita, sin embargo, la responsabilidad recae sobre un solo hijo el cual se convierte en el cuidador y este se ve afectado debido a que también tienen otras responsabilidades en su hogar teniendo, así como consecuencia que los hijos del cuidador sufran de incompreensión y la vulnerabilidad por parte del entorno.

Estas afirmaciones se traducen en algunas de las manifestaciones de los entrevistados:

E1: *“Aunque yo tengo nueve hermanos, pero fuimos 10 pero ya mi hermanita murió el año pasado ella si me apoyaba a cuidar a mi padre, pero mis demás hermanos ni se acuerdan de mi padre”.*

E3: *“La responsabilidad es muy grande (suspira profundo), pero bueno es mi madre, tengo varios hermanos, pero en realidad la única que lo cuida soy yo (expresa tristeza en su rostro y emite una voz temblorosa y llorosa)”.*

E8: *“Por que como soy la única hija que lo cuido y él depende totalmente de mi”, “sería ideal que mis hermanos también me ayudaran, pero lamentablemente nadie quiere hacerse cargo de mi pobre padre”.*

E9: *“Ella a veces llora porque me ve triste y agobiada con todo y sin nadie que me ayude en nada”.*

En estos testimonios se puede apreciar que la mayoría de pacientes tienen varios hijos, pero lamentablemente solo uno ha tomado la decisión de asumir toda la responsabilidad de cuidar a su familiar en vista de que nadie más quiere velar por dicho paciente.

Es por ello que en la teoría de la subcultura de Rose nos dice que las personas adultas mayores constantemente se ven en circunstancias emocionales comunes ya que no solo tienen la necesidad de cuidado, sino que también suelen vivir solos con una situación económica desfavorable y una vida social casi nula. Pero en países Latinos como el nuestro, dichos familiares tienen un vínculo muy grande con los padres, pero también visualizan que un hermano se hace cargo de los cuidados y responsabilidades, los demás hacen caso omiso por lo que al final el que se hizo responsable se siente solo y con mucha desesperanza por la continuidad de la vida de la manera en cómo la vivía antes de asumir dicha responsabilidad.

4.3.6. Lástima Y Temores En Relación Al Familiar Con Discapacidad.

Se aprecia sentimientos predominantes como tristeza, compasión, empatía, frustración, enfado por la situación que están pasando y el temor a que ocurra un mayor deterioro de la salud del paciente o en el peor de los casos la muerte.

Estas afirmaciones se traducen en algunas de las manifestaciones de los entrevistados:

E2: “Y me da miedo que le vuelva a dar derrame por alguna preocupación que tenga (muestra facies de tristeza y se pone a llorar)”.

E7: *“Yo me siento triste por ver a mi madre en una silla de ruedas ya que ha sido una mujer muy trabajadora y luchadora y ahora verla en silla de ruedas me pone muy triste (mira a su madre y llora)”.*

E8: *“Me siento muy triste viéndolo así a mi padre ya que ha sido un hombre luchador, ha estado en el ejército, cuando ha estado más mejor le he llevado por donde yo he querido y hemos salido siempre los dos de paseo, pero ahora ya no puede pararse, ni caminar, solo está en la silla de ruedas”.*

E10: *“El estado en el que se encuentra me da pena y me preocupa”.* *“Me da pena que se queja y no puedo ayudarla con su dolor”.*

En estos relatos de los familiares no solo expresan el deseo de que la situación en la que ven a su familiar en una mejor condición, sino que también idealizan como hubiera sido si no estarían con discapacidad y enfermedades crónico degenerativas y recuerdan como fue la vida que llevaron. Sin embargo, como dice Roberth Atchley en su teoría de la Continuidad el individuo está en constante desarrollo pero que la vejez es una prolongación de las etapas evolutivas anteriores y es la que más perdura en la vida. Aunque a veces se cree que el jubilarse implica la paralización o el final del desarrollo de

la persona, pero es todo lo contrario a ello ya que esta última etapa de vida conlleva a la dependencia física, social, emocional y hasta económica que será brindada por el cuidador.

4.3.7. Diversidad De Rol (Cuidadora, Madre, Esposa E Hija)

En la mayoría de los casos obtenidos, los cuidadores asumen diferentes roles por el hecho de que tienen un hogar donde también asumen responsabilidades como madre y esposa; y a su vez también tienen el cargo de cuidador de su familiar; es por ello que muchas de las veces no solo son cuidadoras sino también madre, esposa e hija del paciente, Teniendo como consecuencia la sobre carga física y emocional, colocando a dicho familiar en la capacidad de poder escoger con qué situación y/o rol quedarse ya que todos los roles los tiene que cumplir.

Estas afirmaciones se traducen en algunas de las manifestaciones de los entrevistados:

E1: *“Velar en todo momento por el, darle una mejor calidad de vida y estar sobre todo la pendiente de él; ...de su aseo, en todos sus ámbitos pero sobre todo estar al pendiente de la máquina de oxígeno que utiliza, que este siempre limpia y a un nivel adecuado para que funcione y sobre todo en las mejores condiciones y hay que estar revisando los relojitos”.*

E3: *“Estar pendiente de ella, de su medicina, de su tratamiento, traerla al hospital para sus citas, sus alimentos y todo el cuidado que ella se merece”.*

“Tengo que ver a mi pareja, a mi mamá y a mis hijos”

E5: *“La única dificultad que tengo que hacer el almuerzo, ya que primero hago el mío en mi casa y después voy a ala casa de mi madre y hago el almuerzo para ella también”.*

E8: *“Tengo que verlo cuando este enfermo, traerlo a su cita con el médico, darle su medicamento, traerlo a sus terapias y llevarlo al médico particular o cuando nos dan citas en el hospital”.*

E9: *“Tengo que cambiarle la ropa, darle de comer, llevarla al baño, bañarla, darle sus medicamentos a la hora correcta, traerle a sus terapias, estar al pendiente de sus citas”.*

En muchos hogares los roles de cada integrante de la familia están sobre dichos o por consecuencia sin embargo cuando uno de ellos no supe el rol otro tiene que sumir dichos rol, es por ello que en la teoría de Roles nos dice que las personas van cambiando diferentes roles dependiendo el desarrollo cronológico, ósea, asumen papeles que la sociedad va asignando a un mismo individuo pero también asumen responsabilidad exigida por un externo a la familia y para lograr su cumplimiento se modificarán dichos roles a lo largo de la evolución de la vida, siempre y cuando haya quien más asuma los roles externos. Es por ello que en los testimonios se puede apreciar que la gran mayoría de familiares cuidadores tienen su propio hogar, pero han tenido que asumir roles de externos como el de cuidador, enfermero, hijo y encargarse de dos casas entre labores domésticas y de lazos familiares con involucramiento psicosocial, pero al no tener el suficiente tiempo y capacidad de asumir dichos roles se ven saturados y con la obligación de hacer todo lo necesario para suplir cada rol de cada casa y cada familia.

4.3.8. Problema Social, Laboral Y Educativo

Los entrevistados demuestran la afectación que tienen al hacerse cargo de un paciente con limitaciones y dependencia física, lo cual se ve reflejado en el deterioro de la socialización ya que se producen cambios del disfrute del ocio, del tiempo libre ya sea con la familia o los amigos; ya que esto tendrá mayor repercusión en cuidadores jóvenes.

En el ámbito laboral en ocasiones la consecuencia de tener a su cargo un paciente de este tipo se puede correr el riesgo de reducir el tiempo de trabajo o perder dicho trabajo y en ocasiones buscar otro tipo de trabajo que se pueda desarrollar en casa. Todo ello tiene repercusión a nivel económico ya que muchas veces el cuidador también es el que sustenta al paciente.

En el nivel educativo el cuidador puede llegar a tener la pérdida o el retraso del aprendizaje, así limitando en el desarrollo educativo del cuidador.

Y se puede apreciar ciertos niveles de estrés y afectación psicoemocional.

Se puede observar que los cuidadores se encuentran en una manifestación de resiliencia porque ya sea con apoyo o sin apoyo se adaptan a la situación que les tocó vivir.

Estas afirmaciones se traducen en algunas de las manifestaciones de los entrevistados:

E1: *“Me siento estresada porque ni salgo de mi casa, solo estoy al cuidado de el que ni a mis familiares veo”; “Deje mi trabajo que para mí fue lo más importante”.*

E2: *“Estudio en la universidad, me dejan trabajos, también tengo que hacer trabajos grupales, quedamos para reunirnos, pero no puedo acudir debido a la responsabilidad con mi abuelita”.*

E6: *“La limitación que tengo es que en mi trabajo tengo que estar pidiendo permiso a cada rato para poder traerlo a sus citas al hospital”, “Mis amistades ya ni me consideran en algunas reuniones porque siempre me invitaban, pero nunca puedo ir”.*

E9: *“Estoy en la universidad se me hace difícil, se me complica entre los trabajos, los exámenes y a veces no duermo por cuidar a mi madre, lamentablemente descuido mis estudios”.*

Lamentablemente al asumir roles y responsabilidades que estos conllevan , el cuidador se ve afectado en distintos ámbito ya que no puede estar todo el tiempo con el paciente porque tiene que trabajar para poder generar dinero que el paciente también depende lo que nos lleva a la teoría de la modernidad de Cowgill donde nos dice la sociedades poco a poco se están industrializando y al desplazar a las personas por tecnología muchos pierden su trabajo y entre los factores esta la edad y la capacidad física ya que en esta modernidad lo que importa es la producción y ganancia ,dejando de lado las circunstancias sociales, culturales y demás, pues es importante recalcar que esta modernidad e industrialización no acepta justificantes ni permisos por tener a un adulto mayor discapacitado dependiente del trabajador y que por ende están con el temor de perder su trabajo.

Por otro lado, en el ámbito educativo también limita al cuidador asumir esta responsabilidad ya que no cuenta con tiempo para desarrollar las actividades que se les pide, y no hay admisión de reprogramar exposiciones y/o incluso exámenes pues no tienen un documento que justifique la falta cometida por cuidar a su familiar.

El familiar que asume la responsabilidad de ser cuidador refiere no tener tiempo para eventos sociales o interacción con amigos ya que el tiempo no le alcanza y que además ha colocado como prioridad la salud de su familiar y no la suya, es por eso que los niveles de estrés y ansiedad son altos e incluso se sienten encerrados con mucha responsabilidad donde nadie los puede ayudar y que si ellos no están nadie podrá asumir dicha responsabilidad.

CAPITULO V

5. Consideraciones Finales Y Recomendaciones.

5.1. Consideraciones Finales.

En las vivencias narradas por los cuidadores se puede apreciar la carga física y emocional, los problemas familiares y laborales, el estrés emocional, restricción social, el sentido de obligación en el cuidado de su familiar justificado con gratitud, tristeza y decepción debido a la desatención por parte de los demás involucrados de manera familiar con el paciente. Por ello es necesario el desarrollo de programas dirigidos a dichos familiares en los cuales se enfoque a orientar a nivel emocional y físico y social.

5.2. Recomendaciones.

-Los profesionales de la salud del área de investigación deben promover el desarrollo de investigación de tipo cualitativo ya que nos permite conocer aspectos específicos importantes en una realidad abstracta, por lo que al describir los hechos podemos entender el problema real.

-La Dirección de los Servicios de Salud debe tomar en cuenta los resultados de la presente tesis para el desarrollo de políticas sanitarias enfocada en los familiares de pacientes discapacitados de la tercera edad para así mejorar su calidad de vida en todos los aspectos (psicosocial y físico).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarado. A, Salazar. A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 junio [citado 2022 mayo 09]; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es
2. Payhua S. Y. abandono del adulto mayor por el núcleo familiar del programa «ciam», - Huancayo 2013 [internet]. [Huancayo]: Universidad Nacional del Centro del Perú, 2014. Disponible en: https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/956/TTS_51.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Morales E., et al. Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos. Medimay, Vol 21, No 2 [Internet]. 2015 [citado el 27 de enero de 2022]; Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/rt/prINTERfriendly/779/122>
4. Alvarado A., Salazar ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. SCIELO/Revisiones/GEROKOMOS [Internet]. 2014 [citado 27 de enero de 2022];1. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf

6. Morales VE, Hernández UE, Del Río OY, et al. Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*. 2015;21(2):346-356 [Internet]. 2015 [citado el 9 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61791>
7. Muñoz L. et al., Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [citado 29 de enero de 2022];44(1):32. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/gS4DjDTBH8kYNrSJkZvnSmn/?lang=es>
8. Camacho Estrada L, Hinostrosa Arvizu GY, Jiménez Mendoza A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enferm univ* [Internet]. 2010 [citado 29 de enero de 2022];7(4):35-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000400006&lng=e
9. Sánchez A, Velásquez. V. Efecto de un programa de apoyo social: percepción de familiares cuidadores de ancianos afrocolombianos, guapi-cauca/ efecto programa de apoyo social: percepción de cuidadoras familiares de personas mayores afrocolombianas en guapi, cauca/efeito programa de apoyo social: percepción de cuidadoras familiares de personas mayores afrocolombianas en Guapi, Cauca. *Hacia la promoción de la salud*. 2017; 22:99+. Disponible en: <https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA532250159&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01217577&p=IFME&sw=w>
10. Pablo J. ,Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos Lima 2016 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2016 [citado 29

de enero de 2022]. Disponible en:

<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2276>

11. Peruana AM, Steffany J, Cornejo V, Vilchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, Saldaña-Cabanillas D, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. Acta Médica Peruana [Internet]. 2017 [citado 29 de enero de 2022];3-4. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>

12. Coaquira Mendoza BB, Marquez Mamani YL. Afrontamiento y estrés en familiares cuidadores de pacientes con enfermedades neurológicas en el H.B.C.A.S.E Arequipa – 2017 [Internet]. [Arequipa]; 2018 [citado 29 de enero de 2022]. Disponible en:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6690>

13. Imán Max SC. Influencia del deficiente soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor del programa “amigos de la salud” del hospital de apoyo Chepén – provincia de Chepén: 2017 [Internet]. [TRUJILLO]: Universidad Nacional de Trujillo; 2018 [citado 29 de enero de 2022]. Disponible en:

<http://www.dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/12340>

14. Hoyos S. Sentimientos del cuidador familiar directo durante el cuidado al adulto mayor dependiente, Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo, Chachapoyas-2018 [Internet]. 2018 [citado el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNTR_6d535dd45a28148bbbda4a627588c4ef/Details

15. Marriner Tomey A. Modelos Y Teorías En Enfermería. 5ª ed. Elsevier España; 2002. Disponible en: <http://teoriasalud.blogspot.com/p/madeleine-leininger.html>

<file:///C:/Users/L%C3%8DA/Downloads/358741822005.pdf>

16. Fantova Azkoaga F. Trabajando con las familias de las personas con discapacidad. organismo especializado de la OEA [Internet]. [citado 29 de enero de 2022];4-5. Disponible en: http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura13_disc..UT3.pdf

17. Maroto E. y Cifuentes R. Teorías psicosociales del envejecimiento [Internet]. <http://asociacionciceron.org>. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: [http://file:///C:/Users/L%C3%8DA/Downloads/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento%20\(2\).pdf](http://file:///C:/Users/L%C3%8DA/Downloads/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento%20(2).pdf)
18. Bejarano K., Fernández M., Mora X. Vivencias del cuidado de la salud en estudiantes universitarios de pregrado de una entidad de educación superior privada de Bogotá [internet]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2017 [citado el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/39987/Tesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
19. Uson.mx. [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21882/Capitulo1.pdf>
20. Cerón-Bastidas XA. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. revista nacional de odontología [Internet]. 6 de Julio de 2014 [citado 2 de febrero de 2022];84. Disponible en: [http://file:///C:/Users/L%C3%8DA/Downloads/853-Art%C3%ADculo%20completo-1889-1-10-20150415%20\(2\).pdf](http://file:///C:/Users/L%C3%8DA/Downloads/853-Art%C3%ADculo%20completo-1889-1-10-20150415%20(2).pdf)
21. MultiMedia Team. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Discapacidad. Fuentes Documentales. Bienestar y protección Infantil. 2011 [citado 2 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=17&subs=202&cod=1873&page=>
22. Discapacidad física - PREDIF [Internet]. Predif.org. [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.predif.org/discapacidad-fisica/>
23. Significados. Significado de Paciente [Internet]. Significados. 2015 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.significados.com/paciente/>

24. Villarreal Martínez M. La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe [Internet]. Cepal.org. [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7206/S0501092_es.pdf?sequence=1
25. De la república C. ley de las personas adultas mayores [Internet]. Gob.pe. [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf
26. Reglamento de la Ley nº 30490, Ley de la Persona adulta mayor [Internet]. Elperuano.pe. 2018 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30490-decreto-supremo-n-007-2018-mimp-1685050-4>
27. Canales; Alvarado; Pineda. Metodología de la investigación [Internet]. 1994. Disponible en: <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>
28. Belén A, Castro S, Martín C, Blanco C. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación [Internet]. 2007 [citado el 2 de febrero de 2022];27(Marzo-Abril 07):2. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/plwlumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo>
29. Robles B. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. Cuicuilco [Internet]. 2011 [citado el 2 de febrero de 2022];18(52):39–49. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004

30. Caffo S., Vivencias de las enfermeras que brindaron cuidado humanizado a pacientes oncológicos en un hospital público de la ciudad de Trujillo [Internet]. [Trujillo]: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14503/Caffo%20Calderon%20Sandy%20Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; 2019.Pag.43. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14503/Caffo%20Calderon%20Sandy%20Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. De Souza Minayo MC. Vista de “La artesanía de la investigación cualitativa” [Internet]. Edu.ar. 2013 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/6842/7920>
32. Discapacidad [Internet]. Quién.int. 2022 [citado el 17 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
33. Observatorio Nacional de la Discapacidad [Internet]. Gob.pe. [citado el 17 de enero de 2023]. Disponible en: <https://conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/situacion-de-la-persona-adulta-mayor/>
34. Herrera WG. Vivencias de Soledad del Adulto Mayor. Centro Poblado de Chetilla. Conchán, 2019 [Internet]. [Cajamarca]: Universidad Nacional De Cajamarca; 2022 [citado el 26 de enero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4628/TESIS%20WILDER%20SUSTENTADA%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Benavides KNB. Agotamiento de los Familiares Cuidadores del Adulto Mayor. Centro Poblado de Yuracyacu, Chota 2021 [Internet]. [Cajamarca]: Universidad Nacional Autónoma De Chota; 2022 [citado el 26 de enero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14142/266/Agotamiento%20de%20los%20familiares%20cuidadores%20del%20adulto%20mayor.%20Centro%20Pobl>

[ado%20de%20Yuracyacu%2C%20Chota%202021..pdf?sequence=1&isAllowed=y](#) 36.

INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Gob.pe. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-pais-existen-3-millones-209-mil-261-personas-con-discapacidad-11687/>

ANEXOS

Anexo 1

ENTREVISTA

-Número de caso (Familiar):

.....

-Número de caso (paciente discapacitado):.....

-Domicilio:

-SIS:.....

-Días de visita:

Presentación:

Señor (a) familiar, el presente formulario es estrictamente confidencial y tiene por finalidad recoger información sobre las vivencias que tiene usted al estar a cargo de un paciente o familiar de la tercera edad con discapacidad.

I. DATOS GENERALES:

Caracterización sociodemográfica

I.1. Edad:

I.2. Sexo: M () F ()

I.3. Procedencia:

I.4. Religión:

I.5. Grado de instrucción:

Analfabeta () primaria completa () primaria incompleta ()

Secundaria. incompleta () secundaria. incompleta ()

superior incompleta () Superior Completa () Superior Incompleta ()

II. PREGUNTAS NORTEADORAS

- ❖ ¿Qué significa tener o vivir o cuidar a un familiar de la tercera edad con discapacidad?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ❖ ¿Qué responsabilidades tiene usted con este familiar?

.....

.....

.....

.....

.....

- ❖ ¿Qué limitaciones le ha generado a usted esta responsabilidad?

.....

.....

.....

.....

.....

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Junio 2022	Julio 2022	Agosto 2022	Septiem bre 2022	Octubr e 2022	Novie mbre 2022	Enero 2023	Marzo de 2023
Elaboración Del Proyecto	X	X						
Aprobación Del Proyecto			X	X	X			
Recolección De La Información					X	X		
Procesamiento De La Información						X	X	
Análisis Y Discusión De Información							X	
Preparación Del Informe							X	X
Presentación Del Informe								X

Anexo 3

Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por Alumnas de la Facultad Ciencias de la Salud de la Carrera Profesional de Enfermería, de la Universidad Antonio Guillermo Urrelo (UPAGU). La meta de este estudio es conocer y analizar las distintas vivencias de familias con pacientes discapacitados de la tercera edad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente **45** minutos de su tiempo. Dicha entrevista será grabada y se utilizará el testimonio para fines de investigación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Alumnas de la Facultad Ciencias de la Salud de la Carrera Profesional de Enfermería, de la Universidad Antonio Guillermo Urrelo (UPAGU). He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer y analizar las distintas vivencias de familias con pacientes discapacitados de la tercera edad.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente **45** minutos. Así misma podre comentar y cotar mis experiencia y vivencias con mi familiar.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Vianey Aracely Andrade Sotomayor al teléfono 953196801 o a Jharid Soliz Diaz al teléfono 953193364.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Jharid Soliz Diaz o Vianey Aracely Andrade Sotomayor, anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



Anexo 4**Presupuesto**

*Precio referencial

DESCRIPCIÓN	Unidad de medida	Cantidad	Costo por unidad	Costo total en soles
Papel	Millar	01	25.00	25.00*
Lapiceros	Unidad	04	2.00	8.00*
Grabadora	Unidad	01	800.00	800.00
Laptop	Unidad	01	1500.00	1500.00
Movilidad	-	-	-	300.00
Impresiones	Nro. hojas	500	0.40	200.00*
Fotocopias De Entrevista; Consentimiento Informado; Informe	Hojas	1800	0.10	180.00*
Anillados	Unidad	06	3.00	18.00*
Internet	-	-	-	200.00
Refrigerios	Unidad	15	6.00	90.00
TOTAL				S/4.321

Aprobación para la aplicación de entrevistas

Anexo 5

 **Hospital Regional Docente Cajamarca** 

COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Cajamarca, 04 de octubre de 2022

OFICIO N° 22 – 2022- CEI-HRDC

Sra.
Dra. MARISOL ROJAS TORRES
Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación
Presente.-

De nuestra consideración

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted para saludarle y acusar recibo de su documento de Protocolos de investigación:

- Vivencias del familiar con paciente discapacitado de la tercera edad en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2022. Cuyo investigadores son: Andrade Sotomayor Vianey Aracely, Solis Díaz Jharyd Katherine. Siendo el proyecto **aprobado por el comité.**
- Frecuencia de complicaciones post – extracción quirúrgica de terceros molares en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018-2022. Cuyo investigador es: Castejón Tacilla Glenis Evelyn. Siendo el proyecto **aprobado por el comité.**
- Eficacia del tratamiento farmacológico administrativo a pacientes del área COVID-19 del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2020. cuyo investigador es Joel Anthony Mejía Álvarez. El proyecto ha sido **observado** por no presentar procedencia de la universidad, tampoco instrumento de recolección de datos, así mismo, se observa que la metodología descrita en la página 17 del proyecto no coincide con el



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
OFICINA DE CAPACITACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay
TELÉFONO N° 076 - 599029
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



Cajamarca, 12 de octubre del 2022

CARTA N° 32 -2022-GRC/DRS/HRDC/CDEI

Dr. Wuilber Huamaní Medina
Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el proyecto de investigación titulado: "**VIVENCIAS DEL FAMILIAR CON PACIENTE DISCAPACITADO DE LA TERCERA EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2022**", que está siendo realizado por las tesis Vianey Andrade Sotomayor y Jharyd Soliz Díaz, ha sido **aprobado** para su ejecución por el comité de Investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Por lo que se le solicita a usted brindar las facilidades para el recojo de información bajo las normativas y ordenanzas que su servicio y la institución consideren necesarias

Sea propicia la ocasión para expresarle a Usted la muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente:




Dra. Marisol Jacqueline Rojas Torres
GASTROENTERÓLOGA
CAP 51770 - RNE 38068
JEFA DE LA OFICINA DE CAPACITACIÓN
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

MJRT/CKBM
C.C. Archivo

NOTA: Los datos serán manejados bajo estrictas conductas de "**Ética en Investigación Científica**", los problemas legales generados por el mal uso de estos datos será de única responsabilidad del Investigador.

"Nuestra Atención, Con Calidad y Buen Trato"