

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y
AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO
ONCOLÓGICO. HOSPITAL VIRGEN DE LA
PUERTA. TRUJILLO, 2017**

**Tesis para obtener el título profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS

Bach. Diana Carolina Díaz Quiroz
Bach. Liz Jennifer Villafuerte Vargas

ASESORA

Ms. Flor Emperatriz Cueva Loyola

**TRUJILLO – PERÚ
2017**

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y
AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO
ONCOLÓGICO. HOSPITAL VIRGEN DE LA
PUERTA. TRUJILLO, 2017**

**Tesis para obtener el título profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS

Bach. Diana Carolina Díaz Quiroz
Bach. Liz Jennifer Villafuerte Vargas

ASESORA

Ms. Flor Emperatriz Cueva Loyola

TRUJILLO - PERÚ
2017

DEDICATORIA

*A **DIOS** por hacerme sentir cada día
su presencia e infinita misericordia
y haberme concedido el más ansiado
anhelo **SER PROFESIONAL***

*A mis queridos padres por su
amor, su desvelo, su confianza y
por estar siempre conmigo.*

*A **JUAN CARLOS** a quien agradezco
su apoyo incondicional, paciencia y
motivación al logro de mis metas.*

Carolina

DEDICATORIA

*A mi querida madre **MARTHA**,
por su amor, paciencia, sacrificio,
confianza, apoyo incondicional y
por enseñarme a ser perseverante
para cumplir mis sueños.*

*A mi querido hermano **JHOSEP**
por su apoyo constante y en mi realización
profesional, y por motivar mi superación.*

*A toda mi familia, porque cada uno de
ellos me brindaron su apoyo incondicional
en el trayecto de mi formación profesional.*

Jennifer

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida y por habernos guiado a lo largo de nuestra carrera profesional, por darnos fuerzas en los momentos difíciles y por permitirnos concluir con una de nuestras metas, ser ENFERMERAS.

A nuestra querida asesora Flor Emperatriz Cueva Loyola quien nos orientó durante la elaboración del presente estudio de investigación, especialmente por sus consejos durante todo este tiempo, y sobre todo por su paciencia, apoyo, dedicación y motivación para cada una de nosotras.

A los familiares cuidadores por su tiempo y colaboración para el logro del presente estudio de investigación.

Carolina y Jennifer

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDO.....	iv
LISTA DE TABLAS.....	v
LISTAS DE GRÁFICOS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
III. RESULTADOS.....	29
IV. DISCUSIÓN.....	36
V. CONCLUSIONES.....	41
VI. RECOMENDACIONES.....	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°1:	
RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA PERCIBIDA POR EL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA TRUJILLO, 2017.....	30
TABLA N°2:	
AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA TRUJILLO, 2017.....	32
TABLA N°3:	
PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA TRUJILLO, 2017.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°1:	
RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA PERCIBIDA POR EL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA TRUJILLO, 2017.....	31
GRÁFICO N°2:	
AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA TRUJILLO, 2017.....	33
GRÁFICO N°3:	
PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA TRUJILLO, 2017.....	35

RESUMEN

La investigación es de tipo descriptivo - correlacional de corte transversal, se realizó con la finalidad de determinar la relación entre la percepción de relación de ayuda de la enfermera y afrontamiento del familiar cuidador del adulto oncológico del Hospital Virgen de la Puerta, Trujillo (2017). La muestra estuvo conformada por 72 familiares cuidadores de adultos oncológicos; a quienes se les aplicaron dos instrumentos: el primero sobre la percepción de relación de ayuda de la enfermera, el segundo sobre el afrontamiento del familiar cuidador. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 83% tuvieron una percepción de relación de ayuda de la enfermera positiva, mientras que el 17% manifestaron una percepción de relación de ayuda negativa. Respecto al afrontamiento presentado por los familiares cuidadores de adultos oncológicos fue calificada de manera positiva en un 57%, mientras que el 43% manifestaron un afrontamiento negativo. Según el estadístico tau-b de Kendall se consideró un nivel de relación directa ($Tau-b=.289$) de grado medio y estadísticamente significativo ($p<.05$) entre la percepción de relación de ayuda de la enfermera y el afrontamiento del familiar cuidador.

Palabras claves: Percepción de relación de ayuda de la enfermera, afrontamiento del familiar cuidador, adulto oncológico.

ABSTRACT

The investigation is of descriptive - correlational cross - sectional type, it was carried out in order to determine the relationship between the perception of the nurse 's help relationship and the confrontation of the relative caregiver of the oncological adult of the Virgen de la Puerta Hospital, Trujillo (2017). The sample consisted of 72 family caregivers of oncological adults; to whom two instruments were applied: the first on the perception of the nurse's help relationship, the second on the coping of the relative caregiver. The results obtained showed that 83% had a positive perception of helping relationship of the nurse, while 17% had a perception of negative help relationship. Regarding the coping presented by family caregivers of oncological adults, it was rated positively by 57%, while 43% reported negative coping. According to the Kendall tau-b statistic, a direct relationship level (Tau-b = .289) of medium and statistically significant degree ($p < .05$) was considered between the perception of the nurse's help relationship and the relative's coping carer.

Key words: Perception of the nurse's help relationship, coping with the family caregiver, adult oncology.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial en el 2012 se atribuyó 8,2 millones de muertes, entre los que causan un mayor número anual de muertes afectan al: pulmón, hígado, estómago, colon y mama. Los tipos más frecuentes de cáncer son diferentes en el hombre y en la mujer. Se prevé que los casos anuales aumentarán de 14 millones en el 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas. El 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica (1,2).

En las Américas el cáncer es la segunda causa principal de muerte, donde 2,8 millones de personas son diagnosticadas cada año y 1,3 millones mueren a raíz de esta enfermedad. Según las cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aproximadamente el 52% de los nuevos casos y el 35% de las muertes por cáncer ocurren en personas de 65 años de edad o menores. Además, se prevé que para el año 2025 los nuevos casos de cáncer aumentarían a más de 4 millones y las muertes provocadas por esta enfermedad, alcanzarían los 1,9 millones de personas (2).

En el Perú es la segunda causa de muerte y siete de cada diez pacientes diagnosticados con este mal se encuentran en estado avanzado. El cáncer gástrico constituye la primera causa de muerte por tumores malignos en ambos sexos; el tipo de cáncer más frecuente en hombres sigue siendo el

de próstata; en el caso de las mujeres, el cáncer de mama mantiene la delantera. A nivel regional, los casos de cáncer en La Libertad durante el año 2015 se incrementaron en relación al 2014, según cifras ofrecidas por la Liga Contra el Cáncer de Trujillo, se realizó 27 mil 137 atenciones, dos mil casos más que los atendidos en el 2014 (3,4).

Durante el crecimiento del ser humano se manifiesta de manera ininterrumpida y permanente, que finaliza en un momento dado al lograr el máximo desarrollo definido como la plenitud vital al que arriban los seres vivos en un momento de su existencia, así la vida del adulto se desenvuelve a través de sucesivas etapas: Adulto joven, Adulto maduro y Adulto mayor. Cuando llegan a la edad del adulto joven, que va de los 20 a 40 años la mayoría de las personas han alcanzado la madurez física y sus sistemas corporales funcionan en un nivel óptimo (5).

El adulto maduro, estimado de 40 a 60 años, llamada segunda adultez. Se podría pensar que, luego de transitar por una etapa llena de productividad, vida sexual, y dinero, al transitar a esta etapa se llega al período de arrepentimientos por la juventud perdida; sin embargo, muchas personas esta etapa la consideran la mejor época de su vida (5).

Y la etapa final del crecimiento se denomina adulto mayor, es la época en que no hay que esforzarse por obtener, cuando se puede descansar y disfrutar de los frutos de su trabajo. Diversas partes del cuerpo comienzan a desgastarse y los diferentes sistemas son incapaces de soportar el deterioro que soportaron cuando eran jóvenes; produciéndose problemas

de salud como: enfermedades cardiovasculares, endocrinas, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, pulmonares crónicas y cáncer (5,6).

La edad es el mayor factor de riesgo para el desarrollo del cáncer. De hecho, el 60% de las personas que tienen cáncer tienen 65 años o más. De similar modo hay un 60% de sobrevivientes del cáncer. El cáncer es una enfermedad multifactorial del crecimiento desmedido de células anormales que pueden aquejar cualquier tejido u órgano del cuerpo. Generalmente los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan (7, 8,3).

A partir del momento de la detección del cáncer hasta el diagnóstico final, suceden diversas situaciones que afectan de múltiples formas al individuo que lo padece, surgen factores generadores de estrés específicos que alteran el ciclo vital de su vida y de su familia. La familia constituye el principal soporte durante el transcurso de su enfermedad pues sufrir cáncer genera sentimientos de desesperanza, complicaciones que llevan al paciente a convertirse en dependiente de la persona que lo cuida (9, 10,11).

Palacios y Rodrigo definen familia como el vínculo de individuos que colaboran en un plan vital de subsistencia en habitual que sea perdurable, en el que presentan sentimientos de posesión, así mismo, existe responsabilidad entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de confianza, reciprocidad y dependencia (11).

Para adaptarse a esta realidad la familia pone en funcionamiento mecanismos de autorregulación que le permite permanecer funcionando, de tal modo se producen cambios en las interacciones familiares que tiene un propósito específico, consciente e inconsciente, y que pueden acarrear a la familia a situaciones complejas de inestabilidad, poniendo en peligro el bienestar, la funcionalidad del sistema familiar, pero sobre todo el afrontamiento y recuperación del adulto oncológico hospitalizado (9).

Los sucesos como el diagnóstico de una enfermedad en algún familiar, posee el potencial para considerarse como pérdida, amenaza o desafío; representando una crisis potencialmente peligrosa para el equilibrio familiar tanto en su funcionamiento como en su composición. El cómo se interprete los sucesos, y cómo se realicen los ajustes de conducta, serán fundamentales para establecer el curso primordial de la resolución de la crisis (12,13).

Las familias pasan por distintos tipos de crisis que según las características se clasifican en: crisis normativas que son situaciones planeadas, esperadas o que forma parte de la evolución de la vida familiar y las crisis paranormativas que son eventos del exterior que resultan impredecibles para la familia. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis; la enfermedad y la hospitalización como otro tipo de crisis circunstanciales son acontecimientos que desafían la capacidad del adulto oncológico y de su familiar para enfrentarlos y adaptarse (13).

Generalmente es un miembro de la familia quien asume el rol del cuidado quien debe ocuparse de las necesidades y demandas que éste requiere, dicha persona recibe el nombre de cuidador principal o familiar. La persona ayudada, que para esta investigación es el familiar cuidador, ha de enfrentarse a más dificultades de las habituales, que pueden prolongarse a largo plazo y han de irse resolviendo ligado con otras adversidades o circunstancias propias del ciclo vital, responsabilidades familiares, económicas, laborales, sociales, etc.; pero, sobre todo, deberá tomar decisiones y afrontar situaciones que posiblemente jamás pensaron desafiar (11).

Parodi, define al cuidador como aquel individuo que asiste a otro el cual está impedida de su crecimiento uniforme de sus actividades vitales. Pueden ser formales o informales, refiriéndose a los primeros como aquellos que pertenecen al trabajo público y con una adecuada formación; en cambio el cuidador informal es habitualmente un miembro de la familia, amigos o conocidos que se dedican de manera voluntaria y tiene un elevado nivel de responsabilidad hacia la labor caracterizada por el cariño y un cuidado sin límites de itinerario (14).

Por otro lado, Astudillo refiere que el cuidador primario es el individuo que considera en primera demanda las necesidades físicas y emocionales del adulto oncológico hospitalizado, labor que por lo habitual es asumido por el/la esposo/a, hijo/a, miembro contiguo o alguien que es representativo para el adulto oncológico hospitalizado (15).

Así mismo, es el que tiene la delicada labor de poner en marcha el apoyo con el que sufre, y es el que más rápido comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura situación que afecta a su familiar. Su labor adquiere una gran relevancia para la agrupación que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no únicamente por el cuidado directo al paciente, sino también por su labor en la restauración, sostenimiento y adaptación de la familia (15).

Habitualmente el familiar cuidador no cuenta con capacitación en salud, ni recibe salario y cumple con esta labor sin normas de itinerario ni de procedimientos, realidad que se logra por un sentido de compromiso unido con afectividad, invariablemente por el vínculo tan estrecho de relación. Así, el cuidador presenta sentimientos contradictorios, limitación de la autonomía individual e impacto sobre la propia salud; por estos motivos los cuidadores son personas muy vulnerables (16).

A partir del instante en que una familia comienza el camino y proceso de enfrentarse a todo lo que conlleva la enfermedad, se van definiendo roles y niveles de cuidado del adulto oncológico hospitalizado de acuerdo con los medios de cada persona y la manera en que la familia se va adaptando dentro del sistema y el entorno para asumir y superar esta experiencia única y particular. Sin embargo, no siempre el familiar cuidador podrá contar con dichas cualidades para ejercer su labor de cuidador, ya que estas características se apegan a un ideal restablecido, el cual no

necesariamente se debe cumplir a cabalidad; afrontar o enfrentar la situación difícil (17).

Si el familiar cuidador no es capaz de enfrentar una serie de factores sociales y psicológicos que dificultan considerablemente su labor, perderá motivación llevándolo a ejercer con negatividad y desesperación. En tales condiciones, si el cuidador no recibe ayuda necesaria incrementará el estado de estrés que ya vivencia por la situación de su familiar enfermo (17).

Así mismo el hospital resulta ser un sitio desfavorable tanto para el adulto oncológico hospitalizado como para el familiar cuidador, en donde se encuentran solos, con temores, ansiedad, donde deben adaptarse a un medio extraño y a un lenguaje especializado, enfrentándose a problemas que no comprenden, necesitando comunicarse con los demás, planteado como un desafío que provoca estrés afectando su salud física y mental, percibiendo el cuidado proporcionado por el profesional enfermería de diferentes formas (18,19).

La teoría transaccional de Lazarus y Folkman considera tres aspectos básicos, que son la definición del estrés, la valoración cognitiva y el afrontamiento. El afrontamiento surge de la percepción de una determinada circunstancia de peligro, y de la autoevaluación de las propias capacidades de gestión como respuesta a dichas valoraciones y como ejecución de una reacción concreta ante una realidad potencialmente agobiante (20).

Es por ello que definen el afrontamiento como aquellos desafíos cognitivos y conductuales frecuentes que se incrementan para tratar las demandas visibles o intrínsecas que son evaluadas como que exceden o desbordan los recursos de los individuos (12).

De este modo, el modelo transaccional considera factores psicológicos, tanto cognitivos como conductuales, que influyen entre estímulos y respuestas. Es decir, en las dimensiones básicas de valoración cognitiva y afrontamiento, ambos como los mediadores de las reacciones del estrés a corto, medio y largo plazo. En tal sentido, el modelo transaccional propone que el impacto del cuidar puede elevarse o disminuirse por las variables mediadoras como el afrontamiento y el apoyo social (12).

En el afrontamiento se pueden explicar diferentes elementos: el primero es que el afrontamiento es un desarrollo perenne y como tal cambia de acuerdo a la situación, ya que involucra una evaluación persistente. Por lo tanto, existe una amplia variedad de estrategias de afrontamiento que hacen de él un fenómeno multidimensional. Sin embargo, no se descarta la existencia de estilos de rasgos, al ser algunas estrategias de afrontamiento más estables que otras en determinados eventos (20).

Un segundo elemento es que el afrontamiento al someterse del contexto implica que la persona enfrentará la situación de acuerdo a cómo percibe las demandas y los medios que posee. Además, las experiencias previas del sujeto pueden intervenir en las estrategias futuras dependiendo del provecho que haya obtenido en ellas (20).

Un tercero es el modo en que se afrontan las situaciones, no se cataloga como buena ni mala, sino que corresponde a los esfuerzos que hace el individuo por tratar la situación. A pesar de que no se considera que el proceso de afrontamiento sea adaptativo o desadaptativo, se dice que pueden ser mejores o peores que otros dependiendo de la persona, el momento corto o largo plazo y las circunstancias específicas en que se produce el evento estresante. Es debido a esto, que la consecuencia del proceso de afrontamiento debe ser medido e investigado de modo independiente a los esfuerzos que ejecuta el sujeto para afrontar la realidad (20).

De esta manera Lazarus y Folkman, consideran que el afrontamiento comprende tanto a aspectos cognitivos como conductuales al momento de actuar frente a una realidad de estrés, es decir, cómo la persona se maneja ante las demandas de los sucesos estresores. La situación que tiene el familiar cuidador representa una dificultad que compromete la atención a personas con alguna enfermedad crónica, por lo que se verá en el deber de poner en marcha recursos personales que pueden ser tanto cognitivos, como conductuales, a fin de solucionar las situaciones (20).

Los cuidadores de personas con enfermedades crónicas, como el cáncer, ven afectada su salud y en ocasiones no cuentan con capacidad óptima para desempeñarse frente a sus tareas. Éste rol genera estrés, desgaste físico y emocional; por múltiples factores, entre ellos, la cantidad de información que reciben, la vivencia del desgaste psicofísico del adulto

oncológico hospitalizado, la innegable manifestación de sentimientos y emociones que se generan en esta etapa por lo tanto, es necesario enfrentar esta realidad con el apoyo del profesional de enfermería, a fin de que disminuya el riesgo de desencadenar una sobrecarga (21,22).

Esta realidad latente no debe pasar desapercibida para el profesional de enfermería, dado que es quien se mantiene en mayor contacto con el binomio familiar cuidador - adulto oncológico hospitalizado; sin embargo, si el profesional de enfermería pasara por alto esa realidad, es muy probable que en lugar de tener a un familiar cuidador que ayude a mejorar la calidad de vida del paciente, se tenga dos adultos que desmejoren de forma conjunta su nivel de salud.

Este familiar cuidador manifiesta la necesidad de ayuda como resultado de su dificultad para reconocerla, aceptarla, establecer relaciones armoniosas con ella misma y en consecuencia con su entorno; es allí donde el profesional de enfermería, debe de informar, educar o dirigir a la persona ayudada, en las diferentes etapas de la solución del problema, establecer una relación de respeto y ayuda considerando al familiar cuidador y su paciente desde una perspectiva holística y darle el soporte necesario (17,23).

Ante estas circunstancias, el objetivo de las intervenciones de enfermería es introducir al familiar cuidador, capacitarlo para alcanzar atención de las necesidades emocionales, espirituales, psicosocial, biológicas e intelectuales del adulto oncológico hospitalizado, fomentando

su cuidado, introduciendo a la familia y darle un sostén de ayuda directo (24).

Wiedenbach en 1963 citado por Crespo en su teoría el arte de la ayuda de la enfermería clínica, estima que la ayuda es un acto querido por la persona, y que tiene la condición de reinstituir o aumentar la habilidad de la persona para enfrentar las demandas subyacentes de su circunstancia (25).

Los profesionales de enfermería a divergencia de otros profesionales instalan una relación sólida con el familiar cuidador, teniendo en cuenta que la comunicación, el acercamiento, los sentimientos, son primordiales para ofrecer un cuidado holístico, y constituir una relación de ayuda (26).

Carl Rogers en 1989 citado por Barceló define la relación de ayuda como aquella en la que uno de los integrantes intenta manifestar una mejor opinión y expresión de los medios latentes de la persona, y una práctica más eficaz de estos. Para la relación de ayuda, el profesional de enfermería debe poseer las siguientes actitudes básicas: autenticidad, respeto absoluto y empatía (27).

Cibanal, la define como el vínculo en la que al menos uno de ellos pretende suscitar en el otro el crecimiento, la maduración y la facultad de actuar mejor y afrontar la vida de forma más conveniente, permitiendo relaciones humanas impulsadoras de actitudes que ayuden a la interrelación (28).

Chalifour, considera que la relación de ayuda consiste en una interacción individual entre dos personas, la persona que ayuda y la persona ayudada, apoyando a cada una a la exploración y satisfacción de la necesidad de ayuda; es decir que el individuo que ayuda, que para este caso es el profesional de enfermería, siga un modo de estar y de comunicación según los objetivos pretendidos. Los cuales están unidos al requerimiento del familiar cuidador y del adulto oncológico hospitalizado y a la percepción que el profesional de enfermería posee de su labor (29).

Los componentes de la relación en mención son la persona que necesita ayuda en este caso el familiar cuidador, considerado como un subsistema abierto, que posee dimensiones biológicas, psicosocial, intelectual y espiritual. La calidad de estos elementos está estrechamente ligada a la herencia y a las experiencias que vive durante el desarrollo; en interacción con el medio, vive tensiones, frustraciones, conflictos y amenazas ya sean internas o externas, que se presenta bajo el modo de estrés y angustia (29).

La persona que ayuda que viene a estar representada por el profesional de enfermería; posee conocimientos útiles en sus intervenciones en la relación de ayuda como habilidades de contacto tanto sus sentidos, la marcha y la expresión; para distinguir y comprender los mensajes conceptuales y afectivos; verbales como efectuar preguntas, declarar, informar y no verbales tanto gestos, mímicas y voz para dirigir algunos procesos debe mostrar respeto, comunicar, juzgar o guiar a la persona ayudada, en las diferentes fases de la solución del problema (29).

En enfermería, la relación de ayuda no se planea, es propia de su ser, de sus cuidados. La encontramos en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por la condición interaccionista de los cuidados que ofrece. Para Rogers, la relación de ayuda requiere unas actitudes para que se establezca: empatía, autenticidad y la aprobación absoluta. Sin embargo, faltarían la concreción, la inmediatez, la autorrevelación y la confrontación (30,31, 32,33).

En el proceso de relación de ayuda el profesional de enfermería, debe ofrecer cuidado oportuno y con calidez humana. Para ello, Chalifour considera cuidados de enfermería orientado en 4 dimensiones: dimensión biológica que engloba la integridad estructural y fisiológica de cada subsistema para conservar un buen funcionamiento del organismo. El profesional de enfermería brinda cuidado inmediato vigilando la continuidad de satisfacción de necesidades; mientras que en la dimensión psicosocial el cuidado se fundamenta, en el vínculo que se establece entre el familiar cuidador y el profesional de enfermería, creándose una relación con respeto, cordialidad, entendimiento y afecto (29).

En la dimensión intelectual; el profesional de enfermería colabora con el familiar cuidador a hallar respuestas a sus preguntas, a aprender a usar su juicio, opinión, memoria y a resolver sus problemas mientras que en la dimensión espiritual el profesional de enfermería debe garantizar soporte interior para que encuentre sentido a la vida, a adquirir fe y esperanza,

teniendo en cuenta sus creencias religiosas, valores de amor a la vida y sentirse valioso (29).

Esta relación establecida entre el profesional de enfermería y el familiar cuidador es definitivo en cuanto a la eficacia y satisfacción de los cuidados brindados, y a su vez, en el bienestar de la persona enferma, siendo la relación de ayuda un vínculo que va más allá de lo biológico a través de la empatía y el diálogo. De esta forma, para calmar el sufrimiento podemos poner en destreza tres actitudes: hospitalidad, presencia y compasión. En cuanto a la presencia, podemos indicar que es ese tiempo y espacio, es estar; en esta presencia es donde se da la empatía, la compasión y la hospitalidad, sin ellas, no hay relación de ayuda (34).

Chalifour, considera la relación de ayuda como una interacción entre dos personas, cooperando a la búsqueda y satisfacción de la necesidad de ayuda que requieren. Asimismo, presenta varias miradas, una a partir de quien la brinda, otra de quien la recibe y además de quien la observa, estas dos últimas se le denominan percepción que es la capacidad de distinguir elementos de la realidad mediante los mecanismos sensitivos y cognoscitivos (29).

Los procesos cognitivos son producidos por los estímulos que llegan a los órganos de los sentidos (tacto, vista, oído, gusto y olfato) e integrados con la búsqueda de los estados internos, por consiguiente, los procesos perceptivos tienen un carácter activo. Dependen de la propia actividad del

individuo que percibe y de sus cambiantes estados psíquico-emocionales (35).

Por su parte Day define la percepción como un proceso que surge de la interacción de las condiciones de los estímulos por una parte y otra de los factores internos que corresponden al observador, también de los factores externos que corresponden al ambiente, contexto y/o condiciones (36).

La percepción en salud se puede valorar midiendo elementos principales como el trato digno, definido como el respeto a los derechos humanos y a las características de las personas, la virtud con la cual se reconoce y se tiene presente de modo habitual, la dignidad de las personas, según su posición y circunstancias (37).

La percepción se modifica de acuerdo con la experiencia y qué noción previa tenga el familiar cuidador. Los aspectos que intervienen son: necesidades y deseos, es decir, la motivación que le hace percibir aquello que le produciría satisfacción de las expectativas, serenidad y seguridad; se suele percibir lo que se desea, aquello que resulta más conocido (38).

Por lo tanto, saber sobre la percepción de relación de ayuda del familiar cuidador facilita la toma de decisiones o acciones para optimizar la calidad del cuidado, mediante una comunicación efectiva entre la enfermera y el familiar cuidador; y con las bases teóricas con las que cuenta para dirigir su práctica, por lo que le proporciona elementos para valorar, analizar y plantear planes de trabajo con diferentes teorías y modelos (39).

Una de estas teorías es la de Imogene King citado en Marriner, quien visualiza la percepción del familiar cuidador como la idea que cada persona tiene de la realidad y para que ésta sea favorable deben seguirse objetivos comunes entre la enfermera y familiar cuidador que a su vez si se da una interacción entre ellos se alcanza con más facilidad la satisfacción del familiar cuidador y de la enfermera al notar cubiertas las necesidades, de lo contrario provocara estrés e insatisfacción por parte de ambos, la cual se manifiesta en la percepción de la relación de ayuda recibido (39).

Así en su teoría llamada consecución de objetivos, donde sugiere que cada una de las partes cumpla con su rol para que la interacción entre ambos produzca satisfacción, resultado ideal; pero si uno de ellos no cumple, se crea estrés y por lo tanto no habrá crecimiento ni desarrollo en la relación. Entre las actitudes esenciales de las relaciones, centrado en la persona, se enunció que es aceptable utilizar e incluir actitudes para conseguir una adecuada comunicación, asimismo la empatía necesaria para optimizar esta relación de ayuda (39).

Por otro lado, los factores que pueden contribuir para que los profesionales de enfermería no ofrezcan una relación de ayuda de calidad podría deberse la falta de conciencia, la no identificación con la profesión y el estrés diario, causas que no debieran interferir en el trato con los familiares cuidadores y pacientes ya que tienen derecho a recibir un trato digno y profesional, independientemente de los problemas mencionados anteriormente.

Es por ello que el familiar cuidador percibe la relación de ayuda de forma positiva y negativa en función de la empatía desarrollada. Así, Wispe citado en Hojat define la empatía como el esfuerzo del individuo por entender las experiencias de otras personas sin expresar juicios; que tiene como pieza clave el establecimiento de conexiones entre los seres humanos. Colaborando a la satisfacción de las necesidades para optimizar el bienestar físico, mental, social tanto para el familiar cuidador como del adulto oncológico (40).

Para ello el diálogo o comunicación es esencial para brindar cuidado, Carbelo definió la comunicación como un proceso dinámico imprescindible para la existencia, el crecimiento y el comportamiento de todos los individuos. Comunicar se necesita al menos dos personas y ello conlleva relación, nos comunicamos en la forma que nos relacionamos (41,42).

Hay diferentes modos para instaurar comunicación, en el caso del profesional de enfermería con el paciente y el familiar cuidador, la más emplea es la comunicación verbal, que facilita una retroalimentación de inmediato; no obstante, también es principal aquello que se transmite no solo con las palabras sino también con los gestos y expresiones (comunicación no verbal). La atención en salud no solo consiste en distinguir signos y síntomas de una específica enfermedad, sino también en reconocer la respuesta a las diferentes acciones que realiza el personal (43).

Para los familiares informarse a través del profesional de enfermería, puede ser dificultoso, debido a que los perciben como muy ocupados y temen incomodarlos; a la vez no suele haber un lugar específico para intercambiar impresiones entre familiar cuidador y profesional de enfermería, incrementando de esta manera, la ansiedad y el sentimiento de impotencia del familiar cuidador (44).

La comunicación debe nutrirse de aspectos como sencillez, claridad, circunstancia e importancia, adaptabilidad, fiabilidad, vocabulario, tono de voz y articulación considerando además aspectos tales como el porte, gestos, movimientos, que pudieran comunicar sentimientos que nos ilustren la eficacia o no de la comunicación (21).

El hecho de tener un familiar hospitalizado ocasiona un serio desequilibrio emocional que dependerá de los mecanismos de afrontamiento de cada persona para resolverla. De allí la importancia del profesional de enfermería de brindar una relación de ayuda positiva que contribuya a optimizar la calidad del cuidado ofertado, unificando criterios al respecto, permitiendo a los profesionales mayor sensibilidad al brindar el cuidado, actitud que fortalecerá la imagen personal, profesional e institucional (26).

El profesional de enfermería tiene un papel sobresaliente, enfocándose en el soporte técnico y emocional, consejería e información sobre cómo cuidar al adulto oncológico y cómo conservar el control a través de actividades que le ayuden a mantener el bienestar y la autoestima con el

fin de evadir las molestias que le ocasiona el cuidado; todo esto sobre la base del desarrollo de la empatía, confianza, comprensión y sensibilidad de este profesional (44).

De esta manera, García expresa que el profesional de enfermería brinda información, educa y orienta al familiar cuidador. Desde este enfoque, el cuidado no solo demanda que el profesional de enfermería sea científico, académico y clínico, sino también, un agente humanitario y moral, que considere al familiar cuidador como cómplice en el intercambio de cuidados humanos (44,45).

Además, Martínez K. 2014, en su estudio Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima, encontraron que 43% tiene una percepción medianamente favorable, 30% desfavorable y 27% favorable (46).

Así, Mácalopu A. y Vargas G. 2014, en su estudio Rol de ayuda de la Enfermera y nivel de estrés del cuidador primario del adulto mayor dependiente - Hospital Belén de Trujillo. Encontraron 50% de los cuidadores primarios un nivel regular en el rol de ayuda de la enfermera, el 41% nivel bueno y el 9% nivel malo; así mismo se encontró que en relación al nivel de estrés del cuidador primario el 66% obtuvo alto nivel de estrés, el 34% mediano nivel de estrés, en tanto que ningún cuidador obtuvo bajo nivel de estrés (47).

También, Gutiérrez N. y Sagastegui C. 2015, en su estudio Relación de ayuda de la enfermera en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, encontraron el 98% de los familiares cuidadores calificaron inadecuada relación de ayuda de la enfermera y solo el 2% una adecuada relación de ayuda. Así mismo, el 92% de los familiares cuidadores obtuvieron nivel de estrés alto, el 8% nivel de estrés medio (48).

En nuestras prácticas de pre – grado pudimos observar que el familiar cuidador tiene temor y ansiedad acerca de qué va a pasar, de cómo, cuándo y qué ayuda va a tener disponible para afrontar las diferentes situaciones; también necesita de soporte psicosocial: información, facilitación de la organización, sostén en las etapas de conflicto interno.

Considerando que el profesional de Enfermería es el núcleo esencial en la existencia inmediata del familiar cuidador, y sus acciones deben expresar una conducta inteligente y comprensiva, para lograr aportar oportunidades en el mantenimiento de su seguridad psicológica, autoestima e integridad básica, también de hacer frente a la crisis que conlleva la enfermedad de su ser querido.

En cuanto a lo mencionado, nos lleva a entender que la verdadera necesidad primaria del adulto oncológico hospitalizado como del familiar cuidador, es la ayuda, ya que con ella incrementamos la protección, confianza y esperanza de la persona quien la (lo) cuida. Esta ayuda puede alcanzar un efecto favorable sobre la situación del familiar cuidador. El

sentirse entendido, respetado y asesorado mejorando su autoestima y favoreciendo la limitación de emociones negativas (7,12).

El resultado de la presente investigación permitirá contar con información concreta sobre cómo se percibe el cuidado y apoyo del profesional de enfermería evidenciado en la relación de ayuda que esta brinda, la misma que permitirá la toma de decisiones en acciones que favorezcan el enfoque del cuidado con una mirada amplia en el adulto oncológico y el familiar cuidador, como una garantía del éxito del cuidado holístico y humanizado.

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la percepción de relación de ayuda de la enfermera y el afrontamiento del familiar cuidador del adulto oncológico atendido en el Hospital Virgen de la Puerta? Trujillo, 2017?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre la percepción de relación de ayuda de la enfermera y afrontamiento del familiar cuidador del adulto oncológico atendido en el Hospital Virgen de la Puerta Trujillo, 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar la relación de ayuda de la enfermera percibida por el familiar cuidador del adulto oncológico.

Identificar el afrontamiento del familiar cuidador del adulto oncológico.

HIPÓTESIS:

Hi: HIPÓTESIS AFIRMATIVA

Existe relación significativa entre la percepción de la relación de ayuda que brinda la enfermera y el afrontamiento del familiar cuidador.

H₀: HIPÓTESIS NULA

No existe relación entre la percepción de la relación de ayuda que brinda la enfermera y el afrontamiento del familiar cuidador.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. MATERIAL

1.1. Población:

Población:

El estudio estuvo conformado por familiares cuidadores de adultos oncológicos hospitalizados en el servicio de Oncología del Hospital Virgen de la Puerta, en el mes de noviembre del 2017.

Criterios de selección:

• **Criterios de inclusión**

- Familiar cuidador del adulto oncológico con edades comprendidas entre 20-60 años.
- Familiar cuidador que se encuentre cuidando como mínimo 3 meses.
- Familiar cuidador del adulto oncológico con problemas del sistema digestivo: estómago, colon y recto.

• **Criterios de exclusión**

- Familiar cuidador del adulto oncológico que no desee participar.
- Familiar cuidador del adulto con cáncer terminal.

1.2. Muestra: tamaño y tipo

La muestra estuvo constituida por 72 familiares cuidadores de adultos oncológicos: 35 con cáncer gástrico, 19 con cáncer en recto y 22 con cáncer en colon hospitalizados en el Hospital Virgen de la Puerta, 2017. La selección de la muestra se hizo a través del muestreo estratificado. (ANEXO N°1)

1.3. Unidad de análisis

Familiar cuidador del adulto oncológico hospitalizado.

2. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de estudio

Este estudio es de tipo correlacional porque busca medir y determinar la relación entre las variables en estudio, y es de corte transversal porque la recolección de los datos será en un tiempo único, correspondiéndole el siguiente diseño (49).

$$M= X_1- X_2$$

Donde:

M: Familiar cuidador del adulto oncológico hospitalizado

X₁: Percepción de relación de ayuda

X₂: Afrontamiento del familiar cuidador

2.2. Operacionalización de las variables

- **Variable X₁: Percepción de relación de ayuda**

Definición conceptual

Es la sensación subjetiva del familiar cuidador sobre el proceso dinámico de información, ideas, actitudes, sentimientos y pensamientos que se desarrolla entre el profesional de enfermería, el adulto oncológico y el familiar cuidador, permitiéndole a éste enfrentar y superar las dificultades que ocasiona el cuidado (29).

Definición operacional

Será medido a través de la siguiente escala:

Percepción de Relación de Ayuda Negativa: de 14 - 28 puntos.

Percepción de Relación de Ayuda Positiva: de 29 a 42 puntos.

- **Variable X₂: Afrontamiento del familiar cuidador**

Definición conceptual

Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que desarrolla el familiar cuidador para asumir las demandas específicas externas e internas que genera el cuidado del adulto oncológico y que son evaluadas como que exceden o desbordan sus recursos (12).

Definición operacional

Será medido a través de la siguiente escala:

Afrontamiento Negativo: de 19 a 27 puntos.

Afrontamiento Positivo: de 9 a 18 puntos.

2.3. Instrumentos de recolección de datos

Para medir la percepción de la relación de ayuda de la enfermera por el familiar cuidador del adulto oncológico se utilizó la Escala Percepción de Relación de Ayuda de la Enfermera elaborado por las autoras del presente estudio de investigación, validados a través del juicio de expertos. Consta de catorce ítems, los cuales están enfocados en las 4 dimensiones: biológica ítem 1; psicológica ítems 1,2,5,6,9,10,11,12; espiritual ítem 7 e intelectual ítems 3,4,8,14; en el cual el familiar cuidador debe escoger una opción entre las siguientes alternativas de respuesta: Nunca = 1; A veces = 2; Siempre = 3 (ANEXO N° 2).

El segundo instrumento permitió medir el afrontamiento del familiar cuidador del adulto oncológico hospitalizado se utilizó la Escala Afrontamiento del Familiar Cuidador elaborado por las autoras del presente estudio de investigación, validados a través del juicio de expertos. Consta de nueve ítems, en el cual el familiar cuidador debe escoger una opción entre las siguientes alternativas de respuesta: Nunca = 1; A veces = 2; Siempre = 3 (ANEXO N°3).

La validez teórica se realizó a través del juicio de expertos en la que participaron siete especialistas en el área (ANEXO N° 4). Se determinó la validez estadística mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el ítem y el total corregido del test, encontrándose valores de (0.37 a 0.74) en la escala de percepción de relación de ayuda de la enfermera y de (0.28 a 0.57) en la escala de afrontamiento del familiar cuidador, razón por la cual se decidió eliminar cinco ítems cuyos valores eran menores a 20 quedando el instrumento conformado por nueve ítems. Para la confiabilidad estadística se aplicó la prueba de alfa de Crombach obteniéndose los siguientes valores: escala de percepción de relación de ayuda de la enfermera ($\alpha = 0.89$) y en la escala de afrontamiento del familiar cuidador ($\alpha = 0.70$). (ANEXO N° 5)

Para la recolección de datos se realizaron las coordinaciones y los trámites administrativos establecidos por el Hospital Virgen de la Puerta, con el fin de obtener la autorización respectiva (ANEXO N°6).

La recolección de datos se efectuó en el servicio de Oncología, en el mes de noviembre de lunes a viernes de 3 a 5 pm, debido a que en ese horario los familiares cuidadores están más dispuestos. La aplicación de las escalas fue de 15 minutos como máximo; previo consentimiento informado (ANEXO N°7).

2.4. Procedimiento y análisis estadístico de datos

Se realizó el análisis e interpretación de los datos aplicando estadística descriptiva en tablas de distribución de frecuencia de una y dos entradas, tanto absolutas simples como porcentuales, la contrastación de la hipótesis se realizó mediante el estadístico tau-b de Kendall considerando un nivel de significancia menor a .05 para rechazar la hipótesis nula. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 24.

III. RESULTADOS

TABLA N° 1:

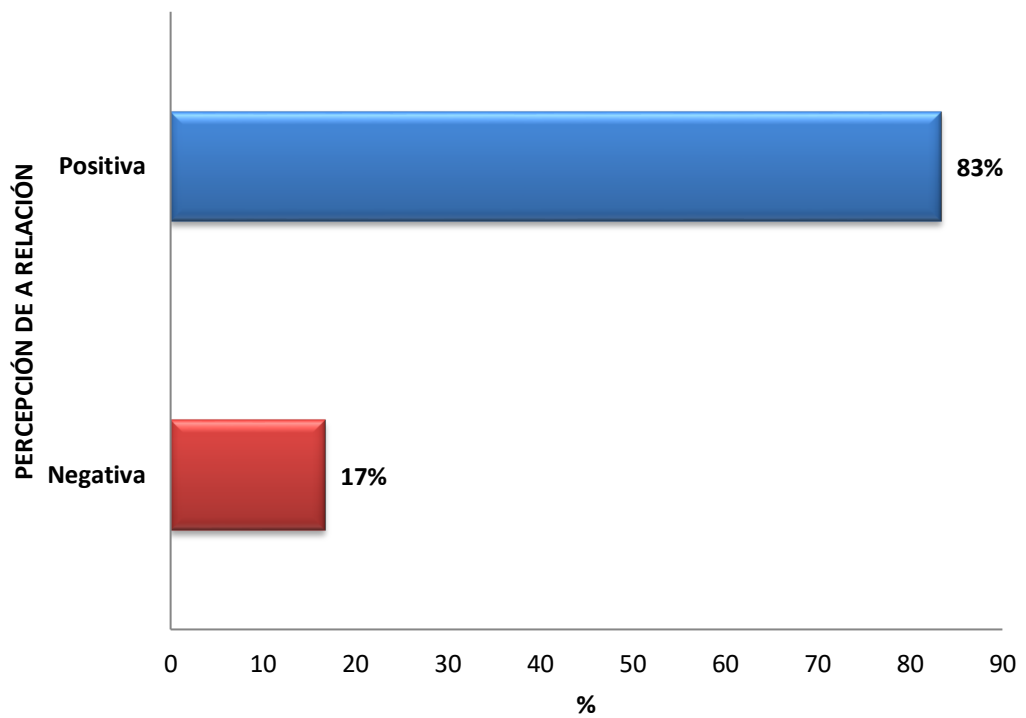
**PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA POR
EL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO HOSPITAL
VIRGEN DE LA PUERTA. 2017**

PERCEPCIÓN DE RELACIÓN AYUDA	N°	%
Positivo	60	83
Negativo	12	17
TOTAL	72	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Percepción de Relación de Ayuda de la Enfermera.

GRÁFICO N°1:

**PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA
POR EL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO
HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA. 2017**



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N°2

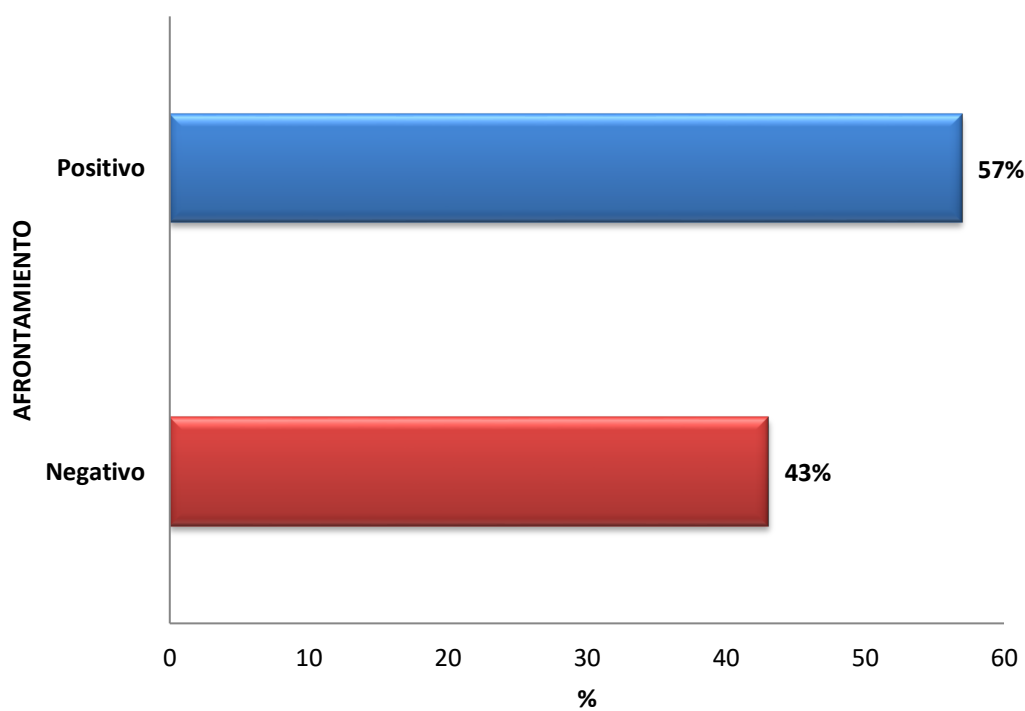
**AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO
ONCOLÓGICO HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA. 2017**

AFRONTAMIENTO	N°	%
Positivo	41	57
Negativo	31	43
TOTAL	72	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Afrontamiento del Familiar Cuidador.

GRÁFICO N° 2:

AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA. 2017



Fuente: Tabla N° 2

TABLA N° 3:

**PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA y
AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO
ONCOLÓGICO HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA. 2017**

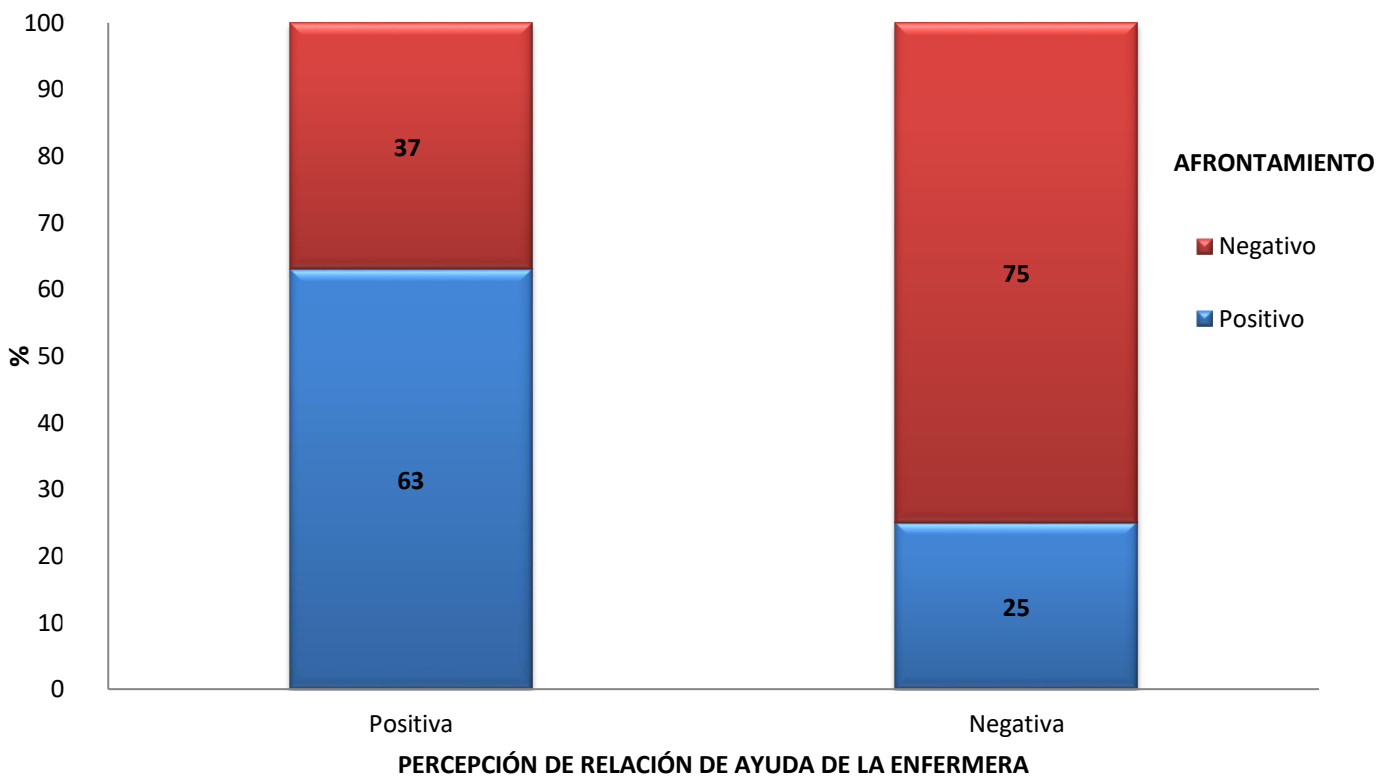
PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA	AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR				Total		Tau-b de Kendall	
	Positivo		Negativo					
	N°	%	N°	%	N°	%	Tau-b	<i>P</i>
Positiva	38	63	22	37	60	100		
Negativa	3	25	9	75	12	100	,289	,017*
TOTAL	41	57	31	43	72	100		

* $p < .05$

Fuente: Aplicación de la Escala de Percepción de Relación de Ayuda de la Enfermera y Escala de Afrontamiento del Familiar Cuidador.

GRÁFICO N° 3:

**PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y
AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO
ONCOLÓGICO HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA. 2017**



Fuente: Tabla N° 3

IV. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación realizado en el Hospital Virgen de la Puerta Essalud de la ciudad de Trujillo, 2017 en los familiares cuidadores de adultos oncológicos, se encontró que:

En la tabla N°1: se observa la relación de ayuda de la enfermera percibida por el familiar cuidador del adulto oncológico, donde el 83% de ellos presentan una relación de ayuda positiva y un 17% una relación de ayuda negativa. Estos resultados lo podemos apreciar en el Gráfico N°1.

Resultados similares encontraron, Mácalopu A. y col. 2014, en su estudio rol de ayuda de la enfermera y nivel de estrés del cuidador primario del adulto mayor dependiente, donde el 50% de los cuidadores primarios presentaron nivel regular en el rol de ayuda de la enfermera, el 41% nivel bueno y el 9% nivel malo (47).

Sin embargo, resultados diferentes encontró Gutiérrez N. y col. 2015, en su estudio relación de ayuda de la enfermera en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos, donde el 98% de familiares cuidadores presentaron una inadecuada relación de ayuda de la enfermera y solo el 2% una adecuada relación de ayuda (48).

Sin duda la relación de ayuda que brinda el profesional de enfermería al paciente oncológico y a los familiares cuidadores podría deberse a que tiene un papel relevante, pues genera una percepción subjetiva en el familiar cuidador sobre el proceso dinámico de información, apoyo técnico

y emocional, consejería e información sobre cómo cuidar al adulto oncológico; además de ideas, actitudes, sentimientos, pensamientos y cómo mantener el control a través de actividades que le ayuden a mejorar el bienestar y el autoestima, le permitan a este enfrentar y superar las dificultades que ocasiona el cuidado con el fin de evitar las molestias que le genere (44).

Chalifour propone que el cuidado de enfermería en las 4 dimensiones: biológica, psicosocial, espiritual e intelectual. En los resultados encontrados se muestra que el 17% de los cuidadores de los adultos oncológicos tiene una percepción de relación de ayuda negativa esto está relacionado con los ítems de la dimensión psicosocial referido a 5, 9,11. (ANEXO N°2 TABLA N°1). Esto podría deberse a que en algunos casos el profesional de enfermería por la cotidianeidad centra su cuidado en realizar inmediatamente los procedimientos y en el bienestar del paciente sin darle importancia a lo que el familiar cuidador expresa entre ellas dudas, preocupaciones, temores, etc.; por otra parte está el impacto de la comunicación no verbal aquella que se desarrolla como punto de partida en el proceso de interacción el contacto visual que debe establecerse al transmitir información al familiar cuidador, ya que para que la comunicación sea efectiva debe implicar verbal y no verbal, todo este fenómeno sustenta el cuidado holístico y humanizado de enfermería.

Por tal razón, el profesional de enfermería debe ser capaz de establecer esta relación de ayuda no solo con el paciente sino con el familiar cuidador

logrando empatía, confianza, comprensión y sensibilidad. García en el 2015 expresa que el profesional de enfermería brinda información, educa y orienta al familiar cuidador. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que el profesional de enfermería sea científico, sino también humanitario y moral, que considere al familiar cuidador como copartícipes de los cuidados humanos brindados (44,45).

En la tabla N° 2: se observa el afrontamiento del familiar cuidador del adulto oncológico, donde presentaron un afrontamiento positivo el 57% y un 43% un afrontamiento negativo. Estos resultados lo podemos apreciar en el Gráfico N° 2.

No se encontraron estudios con los cuales comparar los resultados, sin embargo, Lazarus y col. consideran que el afrontamiento corresponde a los aspectos tanto cognitivos y conductuales a la hora de hacer frente a una situación de estrés, es decir, cómo el individuo se maneja ante las demandas de los sucesos estresores (12).

Generalmente el familiar cuidador no tiene conocimiento en salud, ni recibe salario y cumple con este rol sin someterse a normas de horario ni de procedimientos, situación que se logra por un sentido de deber unido con afecto, invariablemente por el vínculo tan estrecho de relación. Así, el cuidador presenta sentimientos contradictorios, restricción de la libertad e impacto sobre la propia salud; por estos motivos los cuidadores son personas muy vulnerables (16).

Los resultados obtenidos indican que 6 de cada 10 familiares cuidadores afrontan de forma positiva, esto podría deberse a que los familiares cuidadores tienen la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre, y es el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar, sin embargo algunos no cuentan con el apoyo de otros familiares o de personas cercanas a ellos que hacen posible que estos familiares cuidadores puedan continuar enfrentando esta situación y tomar decisiones correctas a través del intercambio de orientación, información, consejos y así puedan manejar sus pensamientos, ideas y conductas negativas.

En la tabla N°3: se muestra la relación entre la percepción de relación de ayuda de la enfermera y afrontamiento del familiar cuidador del adulto oncológicos, donde del total de los familiares cuidadores con percepción de la relación de la enfermera positiva el 63% de ellos califica con afrontamiento positivo y del total de los familiares cuidadores con percepción de la relación de ayuda de la enfermera negativa el 75% de ellos califica con afrontamiento negativo. Lo podemos apreciar en el Gráfico N°3.

Los resultados obtenidos podrían deberse a que la enfermera en su labor diaria, al interactuar con el familiar cuidador brinda consejería, confianza y apoyo emocional con el fin de ofrecer un cuidado holístico y humanizado; por lo tanto, el familiar cuidador se siente apoyado y afrontará de mejor

manera la situación que está atravesando lo cual influye en el cuidado que le brinde a su familiar hospitalizado.

Al analizar la relación entre las variables en estudio se puede apreciar que el estadístico Tau-b tiene un valor de 0.289 con un p-valor de significancia de 0.017 ($p < 0.05$), por consiguiente, existe una relación directa estadísticamente significativa entre la percepción de relación de ayuda de la enfermera y afrontamiento del familiar cuidador del adulto oncológico, con lo cual se demuestra la hipótesis de investigación.

V. CONCLUSIONES

1. En relación a la percepción de ayuda de la enfermera, el 83% de los familiares cuidadores perciben una relación de ayuda positiva y un 17% una relación de ayuda negativa.
2. En relación al afrontamiento del familiar cuidador del adulto oncológico, el 57% presenta un afrontamiento positivo y el 43% un afrontamiento negativo.
3. De los familiares cuidadores del adulto oncológico que tiene una percepción de relación de ayuda positiva de la enfermera el 63% de ellos presenta afrontamiento positivo, mientras que los familiares cuidadores del adulto oncológico que tienen una percepción de relación de ayuda negativa de la enfermera el 75% de ellos presenta afrontamiento negativo. Según el estadístico tau-b de Kendall se consideró un nivel de relación directa ($Tau-b=.289$) de grado medio y estadísticamente significativo ($p<.05$) entre la percepción de relación de ayuda de la enfermera y el afrontamiento del familiar cuidador.

VI. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de la investigación se propone las siguientes recomendaciones:

1. Que, en el servicio de oncología se planifique y ejecute programas que fortalezcan una cultura de relación de ayuda enfermera que cuide la salud emocional y espiritual del profesional de enfermería, lo que permitirá seguir garantizando el éxito de su buen desempeño.
2. Que, en el servicio de medicina de oncología se planifique y ejecute programas de apoyo al familiar cuidador donde se les capacite de forma progresiva, sobre la enfermedad, sus complicaciones, y ofrecerle los recursos sociales disponibles.
3. Seguir realizando estudios de investigación sobre las necesidades del familiar cuidador del adulto oncológico pues merece ser atendido a fin de garantizar mecanismos y estrategias de afrontamiento individual que facilite el cuidado de la salud del adulto oncológico y de su propia salud.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martel C, Ferlay J, Franceschi S. The lancet oncology. OMS Cáncer, [Internet] 2012. (Consultado: 03/04/17) Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
2. Alvares, H. Día mundial contra el cáncer. Instituto de políticas públicas en salud. [Internet] 2016. (Consultado: 02/02/16) Disponible en: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/actualidad/prevencion/el-cancer-responsable-del-21-de-las-muertes-en-chile/2016-02-02/163701.html>
3. Ramos W, Venegas D. Análisis de la situación del Cáncer en el Perú, 2013. 1^{ra} ed. Lima, 2013. Pp106.
4. Liga Contra el Cáncer. Cáncer [Internet]. 2015. (Consultado: 18/11/16) Disponible en: <http://www.ligacancer.org.pe/queeselcancer.html>
5. Du Gas B. Tratado de enfermería Práctica. 4^{ta} ed; México D. F: McGraw-Hill Interamericana. 2011. Pp.704
6. Rubiales M. y Palmar A. Enfermería del adulto. Madrid, 2011. Vol. 1. Pp.528
7. American Society of Clinical Oncology. El envejecimiento y el cáncer. [Internet] E.E.U.U, 2016.(Consultado: 03/04/17) Disponible en: <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por->

atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/para-los-adultos-mayores-
con-c%C3%A1ncer/el-envejecimiento-y-el-c%C3%A1ncer

8. Flórez, J. Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: Atención ética integral. Barcelona: AstraZeneca. 2001. Pp.521
9. González O. La experiencia del sufrimiento en cuidadores principales de pacientes con dolor oncológico y no oncológico. Av. Enferm 2010. 28(1):13-20
10. Vásquez B, Bonilla P. Perfil del cuidador principal de los pacientes oncológicos que acuden a la consulta de cuidados paliativos en el Instituto Oncológico Luis Razetti. Caracas - Venezuela, 2005; 16(5): 265-271
11. Palacios J, Rodrigo J. (coords.) Familia y desarrollo humano. Madrid: Alianza;1998.Pp.575
12. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Psychology Medicine. New York: Springer Publishing Company 1984. Pp.460
13. Slaikeu K. Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. 2ª ed. México D.F: El manual moderno. 2000. Pp.575
14. Parodi J. EL cuidador del adulto mayor dependiente. 1ª ed. Lima: Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003 Pp.34-38
15. Astudillo W, Mendinueta C. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la

fase final de la vida en Gipuzkoa. 7ª sección. Madrid, 2006.
Pp.235-255.

16. Cardona D, et al. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. Investigaciones ANDINA [Internet] Colombia, 2011 (Consultado 16/06/17) 13(22):178-93. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019304007>
17. Cortés F, Abián L, Cortés H. Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. Madrid, 200; 0(1): 83-92
18. Hernández D, Flores S. Relación de ayuda: intervención de Enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. Rev. Enferm IMSS. México 2002; (Consultado 17/12/16) 10 (3): 125-129. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=46082>
19. Schulz R, et al. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence correlates and causes. [Internet] Gerontologist New York. 1995. (Consultado 07/08/17) 35(6):771-791. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geront/35.6.771>
20. Lazarus R. Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. Psychosomatic Medicine. 55^{va} ed. New York: Plenum Pres. 1993.Pp. 234-247.

21. Gómez M. Reacciones y fases de adaptación del enfermo y sus familiares. Avance en cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS Tomo I. 1^{ra} ed. España; 2003. Cap. 6 Pp.113-36.
22. Camacho L, Hinostrosa G, Jiménez A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. Enfermería Universitaria. [Internet] México; 2010; (Consultado 22/09/17) 7 (4): 35-41. Disponible en : <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25024>
23. Cano F, Rodríguez L, García J. Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento. [Internet]. España 2007; (Consultado 20/05/17) 35(1): 29-39. Disponible en: <http://personal.us.es/fjcano/drupal/?q=node/8>
24. Peón M. Atención de Enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el síndrome del cuidador. Enfermería Científica. [Internet] España; 2004 (Consultado 20/09/17) N° 264-265:16-22. Disponible en: <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/15280/8-2-6/atencion-de-enfermeria-hacia-el-cuidador-principal-del-paciente-con-enfermedad-de-alzheimer-prevencion-y-cuidados-en-el-sindrome-del-cuidador.aspx>
25. Crespo M, Lopez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa

- “Cómo mantener su bienestar”.1era ed. España: IMSERSO; 2007.Pp.217
26. Marriner T, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 4ta. ed. España.; 1999. Pp. 267.
 27. Barceló T. Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. Miscelánea Comillas. [Internet] Madrid. 2012. (Consultado 20/09/17) 7: 123. Disponible en: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/articulo/view/722/598>
 28. Cibanal J. La relación de Ayuda Enfermera – Paciente en la Práctica Clínica. 1^{era} ed. España. 2010.
 29. Chalifour J. La Relación de ayuda en enfermería. Una perspectiva holística - humanística. SG Editores Barcelona. 1994.
 30. Bermejo J, Carabias R. Relación de ayuda y Enfermería. 3^{era} ed, Madrid. 1998. Pp. 229-233
 31. Cardona L, García M. La empatía, un sentimiento necesario en la relación Enfermera-Paciente. Desarrollo Científ Enferm. [Internet] México. 2010; (Consultado 20/09/17), 18(3):120-124. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-120.pdf>
 32. Roger C. El proceso de convertirse en persona. 1^{era} ed. Editorial Paidós Iberica. Barcelona. 2000, Pp 400
 33. Marroquin M. La relación de ayuda en Robert - Carkhuff. 2^{da} ed. España. 1991. Pp. 22 – 26.

34. Benito E. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Barcelona. 2011, 18(7):392-400
35. Enciclopedia salud [Internet]. España, 2011. (Consultado 01/11/17) Disponible en: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/percepcion>
36. Day R. Psicología de la Percepción Humana. México D.F. 1^oed. Limusa-Wiley S.A.; 1973 Pp 227
37. Puebla D, Ramírez A, Ramos P, Moreno M. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Rev Enferm. México. 2009; 17(2):97-102
38. Ochoa R, Lee G, Jiménez Sánchez J, Terrazas Sotelo L, et al. Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería. Rev. Enferm. México. 2004; 12(1): 49-56.
39. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5^a. ed. Madrid: Elsevier, 2003. Pp 672
40. Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultado. México, 2012. 1^{ra}ed. Pp. 272
41. Carbelo B, Romero M, Casas F, Ruiz T, Rodríguez S. Teoría enfermera: el cuidado desde una perspectiva psicosocial. Cultura de los Cuidados. España; 1(2):54-9
42. Moreno J, Ruiz M, Flor M. Comunicación y calidad de vida. Comunicación en oncología. 1^a ed. México. 2005. Pp 206

43. Landete L. La comunicación pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica* 2012 España; 16(1):16-9
44. Garcia D, Estrada C, et al. Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Cuid.* [Internet]. 2015; (Consultado 12/11/17) 6(1): 923-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>
45. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2007; (Consultado 12/09/17); 20 (4): 499-503. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
46. Martinez K. Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Pp. 95 Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4258/1/Martinez_ak.pdf
47. Mácalopu A, Vargas G. Rol de ayuda de la Enfermera y nivel de estrés del cuidador primario del adulto mayor dependiente - Hospital Belén de Trujillo [Tesis de licenciatura]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Pp.62.

48. Gutiérrez B, Sagastegui C. Relación de ayuda de la Enfermera en el nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray [Tesis Pregrado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. Pp.78.
49. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 3^{era} ed. México: DF: McGrawHill. Interamericana; 2003. Pp. 270 – 273

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de muestreo probabilístico:

$$n = \frac{Nz^2pq}{e(N - 1) + z^2pq}$$

Donde:

p y q: Proporción de éxito y fracaso respectivamente (p=q=.50)

z: Valor normal estándar al 95% de confianza (z=1.96)

e: Error de muestreo (e=0.05)

N: Tamaño de población objetivo (N=89)

Reemplazando:

$$n = \frac{89 * 1.96^2 * .50 * .50}{.05 * (89 - 1) + 1.96^2 * .05 * .05} = \frac{82.05}{1.14} = 71.85 \cong 72$$

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA

Autoras: Díaz Quiroz, Diana

Villafuerte Vargas, Liz

Instrucciones: Estimado señor(a) a continuación presentamos una serie de ítems que usted debe contestar con sinceridad, indicando con un aspa (x) la respuesta que considere conveniente.

EDAD:

SEXO:

	SIEMPRE (3)	A VECES (2)	NUNCA (1)
1. La enfermera al ingresar al servicio: lo saluda cordialmente, le demuestra respeto, le demuestra afecto: un abrazo, palmada en la espalda u otro gesto similar.			
2. La enfermera facilita la permanencia con su familiar.			
3. La enfermera le explica los procedimientos realizados con su familiar.			
4. La enfermera le informa y orienta sobre los cuidados que debe recibir su familiar.			
5. La enfermera brinda confianza y tiempo para que usted exprese sus dudas, preocupaciones y temores.			
6. Percibe que la enfermera muestra interés con su familiar.			
7. La enfermera escucha y respeta sus preocupaciones, creencias y sentimientos con respecto al estado de salud de su familiar.			
8. La enfermera promueve su participación en la asistencia del cuidado de su familiar.			
9. La enfermera conversa con atención, sin prisas y con tranquilidad.			
10. Los gestos que utiliza la enfermera tienen relación con lo que expresa.			
11. Durante la conversación, la enfermera le mira hacia los ojos.			

12. La enfermera le anima y da aliento ante la situación que atraviesa.			
13. Siente que la enfermera se interesa por su persona para la mejoría y comodidad de su familiar hospitalizado.			
14. La enfermera conoce cada procedimiento que realiza con su familiar.			

P.R.A NEGATIVA: 14 - 28 puntos

P.R.A POSITIVA: 29 - 42 puntos

4 DIMENSIONES:

BIOLÓGICA: 13

PSICOLÓGICA: 1,2,5,6,9,10,11,12

ESPIRITUAL: 7

INTELECTUAL: 3,4,8,14

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ESCALA DE AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR

Autoras: Díaz Quiroz, Diana

Villafuerte Vargas, Liz

Instrucciones: Estimado señor(a) a continuación presentamos una serie de ítems que usted debe contestar con sinceridad, indicando con un aspa (x) la respuesta que considere conveniente.



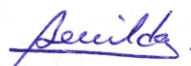
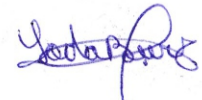


	SIEMPRE (3)	A VECES (2)	NUNCA (1)
1. Se le cruza por la mente pensamientos negativos sobre la enfermedad de su familiar.			
2. Siente que se enoja fácilmente por las dificultades que se presentan en la recuperación de su familiar.			
3. Siente tensión en el cuello, hombros, nuca o ardor en el estómago.			
4. Siente que su hábito de sueño ha cambiado desde que su familiar se encuentra hospitalizado.			
5. Siente que debido a que su familiar está hospitalizado ya no dispone de tiempo suficiente para realizar otras actividades.			
6. Está inquieto(a) ante la posibilidad de que su familiar permanezca mucho tiempo hospitalizado			
7. Siente que el ambiente hospitalario es tenso.			
8. Siente que no puede soportar esta situación			
9. Se siente sobrecargado (a) de problemas.			

A. NEGATIVO: 19-27 puntos
A .POSITIVO : 9-18 puntos

ANEXO N°4


JUICIO DE EXPERTOS

Instrumento: ESCALA PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA

APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	N° COLEGIATURA	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	FIRMA
CARRUITERO QUIÑONES, Lily	Enfermera	26594	HACUP	
ORTECHO FERNÁNDEZ, Alina	Enfermera	24414	HACUP	
GARCÍA GOZZER, Benilda	Enfermera	19149	HACUP	
BURGOS GOICOECHEA, Yodalia	Enfermera	16245	HACUP	
CARRERA ABANTO, Mercedes	Enfermera	51954	HACUP	
ULLOA BARBARÁN, Yesenia	Enfermera	31835	HACUP	







JUICIO DE EXPERTOS

Instrumento: **ESCALA PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA**

APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	N° COLEGIATURA	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	FIRMA
BRINGAS GÓMEZ, VIVIANA	Enfermera	27249	HAC Virgen de la Puerta	


JUICIO DE EXPERTOS

Instrumento: ESCALA DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR

APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	N° COLEGIATURA	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	FIRMA
CARRUTERO QUIÑONES, Lily	Enfermera	26594	HACUP	
ORTECHO FERNÁNDEZ, Alina	Enfermera	24414	HACUP	
GARCÍA GOZZER, Benilda	Enfermera	19149	HACUP	
BURGOS GOICOCHEA, Yodelia	Enfermera	16245	HACUP	
CARRERA ABANTO, Maribel	Enfermera	51954	HACUP	
ULLOA BARBARÁN, Jesenia	Enfermera	31835	HACUP	

JUICIO DE EXPERTOS

Instrumento: **ESCALA DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR**

APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	N° COLEGIATURA	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	FIRMA
BRINGAS GÓMEZ, VIVIANA	Enfermera	27249	HAC "Virgen de la Puerta"	

ANEXO N° 5



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD MEDIANTE MUESTRA PILOTO

Base de datos prueba piloto

Suj.	PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA															AFRONTAMIENTO									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
1	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	39	1	1	1	2	2	1	1	1	1	11
2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	37	1	1	1	2	2	1	1	1	2	12
3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	27	2	1	3	3	3	3	2	2	3	22
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	41	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
5	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	3	22	2	3	3	2	2	3	2	2	2	21
6	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	32	2	3	3	2	2	2	2	2	2	20
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42	2	1	2	3	1	1	1	1	1	13
8	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	34	2	1	2	3	1	1	1	2	2	15
9	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	36	3	2	3	3	3	2	2	1	2	21
10	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	36	3	2	3	2	2	2	2	1	2	19
11	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	36	2	1	3	3	2	2	2	2	2	19
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	40	2	1	3	3	2	2	2	2	3	20
13	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	37	1	1	1	2	2	3	3	1	1	15
14	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	36	1	1	1	2	2	3	3	1	2	16
15	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	34	2	2	3	3	2	2	2	2	2	20
16	2	1	2	2	1	2	2	2	3	2	3	2	2	2	28	3	2	2	3	2	1	2	2	2	19
17	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	22	2	1	2	1	2	3	1	1	2	15
18	2	3	1	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	33	2	1	2	3	2	1	2	1	2	16
19	3	3	2	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2	2	31	2	1	2	2	2	1	2	2	2	16
20	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	37	2	2	2	2	1	2	1	2	2	16
21	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	34	2	2	2	3	2	2	2	2	1	18
22	2	3	3	1	1	2	2	1	3	3	2	1	2	3	29	2	1	2	3	3	3	1	1	3	19
23	2	3	1	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	32	2	1	2	3	2	2	2	1	3	18
24	2	3	1	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	32	2	1	2	3	2	2	2	1	2	17
25	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	22	2	1	2	1	2	2	1	1	1	13
26	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	32	3	2	2	3	2	3	3	2	2	22
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	41	2	1	2	2	2	1	2	1	2	15
28	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	38	2	2	2	2	1	2	1	2	2	16
29	2	3	3	1	1	2	2	1	3	3	2	1	2	3	29	2	1	2	3	3	3	1	1	3	19
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42	2	2	2	3	2	2	2	3	3	21
Var.	,43	,28	,53	,38	,49	,32	,38	,51	,36	,38	,29	,46	,40	,23	31,21	,27	,38	,38	,38	,27	,53	,38	,32	,37	8,57
S	5,43															3,27									

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE ENFERMERÍA

Tabla 1

Estadísticos de validez de constructo

Ítem	r
1	,73
2	,38
3	,52
4	,60
5	,71
6	,61
7	,62
8	,59
9	,39
10	,39
11	,56
12	,74
13	,72
14	,37

Nota: r: correlación ítem total corregido

En la tabla 1 se muestran los índices de validez de constructo calculados con el coeficiente de correlación de Pearson entre el ítem y el total corregido del test, encontrándose valores de .37 a .74, mayor al mínimo aceptable de .20 indicando una adecuada homogeneidad entre los ítems para medir la relación de ayuda de la enfermera con exactitud (Kline, 1999).

Tabla 2

Índice de confiabilidad

Alfa de Cronbach	N de ítems
.89	14

En la tabla 2, se muestra el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach con un valor de .89 indicando una buena confiabilidad para medir la relación de ayuda de la enfermera con precisión (Cronbach, 1951).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR

Tabla 3

Estadísticos de validez de constructo

Ítem	R
1	,46
2	,34
3	,57
4	,32
5	,31
6	,28
7	,29
8	,36
9	,44

Nota: r: correlación ítem total corregido

En la tabla 3 se muestran los índices de validez de constructo calculados con el coeficiente de correlación de Pearson entre el ítem y el total corregido del test, encontrándose valores de .28 a .57, indicando una adecuada homogeneidad entre los ítems para medir afrontamiento del familiar cuidador con exactitud (Kline, 1999).

Tabla 4

Índice de confiabilidad

Alfa de Cronbach	N de ítems
.70	9

En la tabla 4, se muestra el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach con un valor de .70 indicando una confiabilidad aceptable para medir la relación de ayuda de la enfermera con precisión (Cronbach, 1951).

FÓRMULAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Índice de confiabilidad Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

k: Número de variables

$\sum S_i^2$: Suma de Varianzas de los ítems

S_T^2 : Varianza del total.

Coefficiente de correlación de Pearson entre el ítem y el total corregido


$$r_{itc} = \frac{S_{itc}}{S_i * S_{tc}}$$

Donde:

S_{itc} : Covarianza entre el ítem y el total corregido

S_i : Desviación estándar del ítem

S_{tc} : Desviación estándar del total corregido


Julio Antonio Rodríguez Azabache
INGENIERO EN ESTADÍSTICA
N.º 547

ANEXO N° 6

SOLICITO: EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN

Dr. Juan Díaz Plasencia
Gerente de la Red Asistencial La Libertad
Presente.-

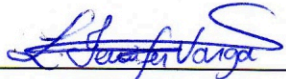


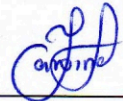
Nosotras, **VILLAFUERTE VARGAS LIZ JENNIFER** con DNI N° 47622602, **DIAZ QUIROZ DIANA CAROLINA** con DNI N° 73209402, bachilleres de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada Antenor Orrego, a usted nos presentamos y exponemos:

Que, por motivo de realizar nuestro proyecto de investigación titulado: "PERCEPCIÓN DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA", es por ello que acudimos a su despacho para Solicitarle **LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** en mención con el fin de poder concluir el trabajo de investigación.

Por las razones expuestas, solicitamos se sirva disponer atender a mi solicitud.

Trujillo 08 de noviembre de 2017


VILLAFUERTE VARGAS LIZ J.
DNI N° 47622602


DIAZ QUIROZ DIANA C.
DNI N° 73209402

ANEXO N° 7



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO..... después de haber recibido orientación acerca de la investigación a realizar, acepto ser encuestado(a) con el propósito de contribuir a la realización del proyecto de investigación titulado: ***“Percepción de Relación de Ayuda de la enfermera y Afrontamiento del Familiar Cuidador del Adulto Oncológico. Hospital Virgen de la Puerta. Trujillo, 2017”***

Entiendo que mi identidad se mantendrá en el anonimato y los datos que yo proporcionaré serán confidencialmente guardados y que no tendrán ninguna repercusión de mi persona, familia y que me será posible saber los resultados del proyecto de investigación, doy el consentimiento de colaboración para que así conste por mi propia voluntad.

Familiar Cuidador

ANEXO N° 8



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

EDAD Y SEXO

Características de la muestra

CARACTERÍSTICA	Nº	%
SEXO		
Varones	16	22
Mujeres	56	78
TOTAL	72	100
EDAD		
20-29	13	18
30-39	13	18
40-49	21	29
50-59	25	35
TOTAL	72	100