



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA BASADA EN
TELESALUD POR VIDEOLLAMADA SOBRE LA
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS TERMINALES. HOSPITAL
NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 2020**

Nombre del Autor: Pamela del Rosario Palacios Costa

Nombre del asesor: Pavel Contreras Carmona

**LIMA – PERÚ
2020**

RESUMEN

Introducción. El cáncer terminal modifica la naturaleza de la vida familiar, donde un miembro de esta por lo general asume el papel de cuidador primario, cuya inexperiencia ante esta situación afecta su calidad de vida, cuya mejoría ante la actual pandemia, es mediante telesalud, la cual se convierte en una alternativa de solución. **Objetivo.** Determinar el efecto de una intervención educativa por video llamada sobre la calidad de vida del cuidador de un paciente oncológico terminal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2020-2021. **Tipo y diseño de estudio.** Estudio preexperimental la muestra estará conformada por 182 cuidadores de pacientes oncológicos terminales atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, durante el periodo de noviembre del 2020 a enero de 2021. Se realizará una intervención basada en telesalud en cuidadores primarios de pacientes oncológicos terminales, la cual constará de 12 sesiones, 1 por semana, a través videollamadas. Se realizará una evaluación de la calidad de vida pre y post prueba. **Plan de análisis.** Para determinar el efecto del efecto de la videollamada sobre la calidad de vida del cuidador primario se aplicará la prueba Wilcoxon. **Aspectos éticos.** Se solicitará consentimiento informado a los cuidados primarios, cuya identidad será mantenida en el anonimato.

Palabras clave: telesalud, videollamada, calidad de vida cuidador, paciente oncológico terminal

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer terminal modifica el orden y la naturaleza de la vida familiar (1), ya que genera escenarios de dependencia ligados a los requerimientos del paciente (2) y a las expectativas de confortabilidad al final de la vida (3). Esta situación, usualmente es asumida por algún miembro del núcleo familiar a quien se le denomina cuidador primario (4). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al cuidador primario como aquel individuo que admite voluntariamente la responsabilidad y compromiso de la toma de decisiones y la satisfacción de los requerimientos básicos del paciente (5), pero a ello se debe de añadir que por lo general, dicho cuidador tiene poca o nula capacitación sobre los cuidados paliativos y muchas veces limitación de recursos (4).

Si bien, asistir a un miembro de la familia enfermo, genera muchas veces satisfacción personal y en algunas circunstancias acrecienta el “sentido de la vida y la espiritualidad” (2), la inexperiencia del cuidador primario puede provocar serio daño en su salud integral, incluyendo su calidad de vida. La OMS define a la calidad de vida como “La percepción que tiene una persona sobre su lugar en la existencia, en el entorno cultural y del arquetipo ético en los que mora, en razón de sus metas, expectativas, normas e interrogantes” (2,6), pero de manera específica en los cuidadores primarios, se define como “La valoración subjetiva de los niveles de generalización social, que se cohesionan de forma directa o indirecta al proceso de atención del doliente” (2), ello a consecuencia de cada una de las modificaciones ejecutadas sobre su estilo de vida y arquetipo social, que en conjunto con las exigencias y la carga de atención, desencadenan extenuación, que se refleja en la somatización del estrés y el subsecuente deterioro de cada uno de los niveles sociofamiliares (7).

A raíz de lo mencionado, el acompañamiento horizontal del profesional de salud, se convierte en soporte para el cuidador, reduciendo la inseguridad y falta de organización de este, por medio de la asesoría y absolución de interrogantes, que permitan que el cuidado en el hogar deje de ser un proceso traumático y muchas veces funesto para el

paciente y el cuidador (8). Por ende, la función educadora dirigido al cuidador primario es relevante, ya que al obtener conocimientos concretos sobre la patología y cuidados que el paciente requiere, el proceso de atención brindado al paciente será objetiva, lo cual podrá evidenciarse posteriormente en una mejor calidad de vida (2).

Lamentablemente, aún existen una serie de barreras que limitan el contacto continuo entre el cuidador y el profesional, a consecuencia de la carente igualdad en el acceso a los servicios de salud y a cada uno de los determinantes que impiden el retorno y la educación permanente del cuidador (9,10). Esta situación, se ha agudizado durante la pandemia por COVID-19, por una disminución del acceso a consultas presenciales (11), sin embargo, paralelamente ha permitido cambiar prácticas tradicionales de atención médica, para emplear redes externas e internas de las tecnologías de información y comunicación (12).

Bajo ese contexto, la telesalud se convierte en una alternativa de solución; puesto que es un servicio que utiliza tecnologías de información y comunicaciones (TIC) para entregar servicios de salud oportunos, logrando mayor accesibilidad a los usuarios en áreas rurales o con limitación de capacidad resolutive (13), ya que admite la conexión en tiempo real entre el profesional de salud y el cuidador, permitiendo iniciar intervenciones asistenciales y educativas que mejoren la calidad de vida del cuidador y previene la aparición de enfermedades (12).

Se conoce que el uso de las TIC's pueden ser de gran utilidad para mejorar la calidad de vida de cuidadores de pacientes crónicos, como se evidencia en el estudio elaborado por Scott y Beatty (14) donde utilizaron un programa de terapia cognitivo conductual por internet, y demostraron mejoras en el afecto negativo y el funcionamiento emocional de los cuidadores primarios de cáncer en etapa temprana, o en el estudio realizado por Powell et al. (15), donde hacían llamadas telefónicas personalizadas a cuidadores primarios de pacientes con lesión cerebral traumática, evidenciando que al culminar el total de las llamadas telefónicas los cuidadores primarios tenían mejor

afrontamiento y menor desahogo emocional, pero en ambos casos concluyeron que es relevante la realización de otros estudios, donde la cantidad de participantes sea significativa, puesto que la cantidad de abandono del estudio por parte de los participantes era alta y la cantidad de participantes que culminaban todas las sesiones era baja.

Adicionalmente, Dionne et al. (16), realizaron sesiones semanales de asesoramiento telefónico a cuidadores familiares de pacientes con cáncer avanzado que habían sido recién diagnosticados y en quienes habían sido diagnosticados 3 meses antes, donde identificaron que el asesoramiento telefónico brindado fue más beneficioso para los cuidadores de pacientes con cáncer avanzado que habían sido recién diagnosticados, concluyendo que las intervenciones sobre cuidados paliativos dirigidos a los cuidadores debería iniciarse lo antes posible, para ser útiles y beneficioso tanto para el cuidador como para el paciente.

A nivel nacional, a pesar que el Ministerio de Salud ha implementado la Ley N°30421-Ley Marco de Telesalud (17), el cual incorpora los recursos asistenciales competentes con las TIC's, para envío y recepción de información a instituciones prestadoras de servicios de salud, a nivel de gestión, información, educación y comunicación con la población, la ausencia de evidencia científica, en este caso nacional, no permite conocer la utilidad que las TIC's puedan tener sobre los pacientes con patologías crónicas o sobre sus cuidadores, al respecto no se puede considerar las evidencias a nivel internacional, ya que la realidad de otros países como de Europa o Asia, no son semejantes a la realidad nacional.

De manera general, se puede precisar que actualmente no existe evidencia científica, que haya analizado el uso de las videollamadas, y menos aún el efecto que este tiene sobre la calidad de vida de cuidadores de pacientes oncológicos terminales. Por ello, se torna imprescindible, ejecutar una investigación, que nos permita establecer el verdadero efecto de la telesalud por videollamada sobre la calidad de vida en esta

población en específico, con el objeto de instituir nuevas formas de educación sanitaria que eludan la degeneración de cada uno de los niveles de generalización sociofamiliar del proveedor de cuidados.

1. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el efecto de una intervención educativa por video llamada sobre la calidad de vida del cuidador de un paciente oncológico terminal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2020-2021.

Objetivos específicos:

- Determinar el efecto de la intervención educativa por video llamada sobre la dimensión física de la calidad de vida del cuidador de un paciente oncológico terminal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2020-2021.
- Determinar el efecto de la intervención educativa por video llamada sobre la dimensión psicológica de la calidad de vida del cuidador de un paciente oncológico terminal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2020-2021.
- Determinar el efecto de la intervención educativa por video llamada sobre la dimensión social de la calidad de vida del cuidador de un paciente oncológico terminal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2020-2021.
- Determinar el efecto de la intervención educativa por video llamada sobre la dimensión espiritual de la calidad de vida del cuidador de un paciente oncológico terminal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2020-2021.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

a) **Diseño del estudio:**

Estudio cuantitativo, longitudinal, experimental, cuasi-experimental.

b) **Población:**

Población está conformada por 576 cuidadores de pacientes oncológicos terminales atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, durante el periodo de noviembre del 2020 a enero de 2021.

Criterio de selección:

Criterios de inclusión

Cuidadores primarios de ambos sexos encargados de pacientes oncológicos terminales.

Cuidadores primarios adultos (≥ 18 años).

Criterios de exclusión

Cuidador primario que no cuente con celular, laptop, computadora o acceso a internet.

Cuidadores primarios con edad ≥ 75 años.

c) **Muestra**

El cálculo de tamaño de muestra se realizó considerando una prevalencia de 40% (19) de percepción de calidad de vida del cuidador oncológico terminal y una mejora de 20% con la educación por videollamada, con una confianza de 5%, significancia de 5% y potencia de 80%, obteniéndose una muestra de 194.

d) Definición operacional de variables

Variable Dependiente

Calidad de vida

Variable Independiente

Intervención educativa basada en Telesalud

Cuadro 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable		Definición operacional	Indicadores	Valores	Tipo de variable/ Escala de Medición
Edad		Cantidad de años vividos cuantificados des del nacimiento del cuidador primario hasta la realización de la intervención educativa.		Años	Numérica Continua/ Razón
Sexo		Características biológicas que diferencian a los cuidadores primarios varones de las mujeres.		Hombre Mujer	Categórica/ Nominal
Estado civil		Estado en el que se encuentra el cuidador primario en relación a si tiene o no pareja.		Soltero Casado/Conviviente Viudo/Divorciado	Categórica/ Nominal
Grado de instrucción		Nivel más alto al cual el cuidador primario llegó en relación a sus estudios básicos y profesionales.		Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Categórica/ Nominal
Procedencia		Lugar de origen del cuidador primario que participa en el estudio.		Rural Urbano	Categórica/ Nominal
Variable dependiente	Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene física, psicológica, social y espiritualmente luego de tener a su cuidado a un paciente oncológico terminal. Se evaluará antes de la intervención educativa y al culminar las sesiones previstas.	Físico Psicológico Social Espiritual	Óptimo (114 a 120 puntos) Regular (87a 113 puntos) Pésimo (35 a 86 puntos)	Categórica/ Ordinal

Variable		Definición operacional	Indicadores	Valores	Tipo de variable/ Escala de Medición
Variable independiente	Intervención educativa basada en Telesalud	Actividades educativas y de orientación realizadas de manera virtual, específicamente mediante videollamadas.	Contenido conceptual / Cronograma	Educación y orientación virtual completa (8 a 12 sesiones) Educación y orientación virtual incompleta (1 a 7 sesiones)	Categorica/ Nominal

Fuente: Elaboración propia

e) Procedimientos y técnicas:

Se realizará una intervención educativa basada en telesalud por videollamada en cuidadores primarios de pacientes oncológicos terminales.

Para tener contacto con los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos terminales, se extraerá el número telefónico de los pacientes oncológicos de sus historias clínicas, para ello se solicitarán con anterioridad las autorizaciones necesarias para tener acceso a las historias clínicas de dichos pacientes.

Posteriormente se tendrá contacto vía telefónica con el paciente, para posteriormente tener contacto con su cuidador primario, a quien se le explicará los objetivos, procedimientos, alcances y resultados esperados de este estudio, y de aceptar participar libremente en esta investigación, se le solicitará su número telefónico móvil personal, donde utilizando la aplicación WhatsApp, le será enviado un enlace web de la herramienta online Google Forms (Formularios Google) detallando de manera escrita todo lo informado anteriormente, a través de ello se podrá tener evidencia de la participación voluntaria del cuidador.

La intervención educativa estará conformada por 12 sesiones, con duración aproximada de 15 minutos cada una, serán realizadas mediante la plataforma virtual Zoom, para lo cual la investigadora generará los enlaces de invitación virtual para cada sesión.

Dichos enlaces serán enviados por vía WhatsApp a cada uno de los participantes, entre 30 a 15 minutos antes de iniciar cada sesión, ello servirá como recordatorio de la intervención educativa a realizar, permitiendo que el cuidador primario tenga la opción de confirmar o no su participación en dicha sesión.

Si el cuidador primario no pudiese participar en la sesión a realizar, la investigadora se comunicará con el cuidador primario de manera directa para identificar el motivo de su ausencia y poder registrarlo en el cronograma de actividades encontrada en la ficha de recolección (ver anexos), el cual servirá como instrumento para este estudio, cabe precisar que a cada cuidador se le

asignará una ficha de recolección codificada para colocar toda la información a obtener en la intervención educativa.

El contenido de cada una de las sesiones, se detalla a continuación:

Sesiones	Tema	Desarrollo	Duración
Sesión 1 ^a	Presentación de la profesional. Explicación de la intervención a realizar.	Primera aplicación de la escala Calidad de Vida Versión Familiar	15 minutos

^a Escala Calidad de Vida Versión Familiar (Quality of Life Family – Versión): conformado por 35 ítems que evalúa al cuidador en distintas áreas como la física, social, psicológica y espiritual, será medida mediante escala Likert del 1 al 4 y dependiendo de la intensidad de la respuesta (7), se clasificará el nivel de calidad de vida (ver anexos). Este instrumento ha sido validado por Barrera (18) arrojando un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.861 en general, 0.767 en la dimensión Física, 0.777 en la dimensión Psicológico , 0.773 en la dimensión Social y 0.439 en la dimensión Espiritual, de esta manera el cuestionario es confiable para su uso.

Cabe precisar que la investigadora mediante la aplicación WhatsApp enviará de manera simultánea a todos los participantes dicho cuestionario, utilizando un enlace web de la herramienta online Google Forms.

Si existiera demora (2 días posteriores al envío) en el llenado del cuestionario en mención, la investigadora, se contactará de manera telefónica con el cuidador, para identificar el motivo de dicha demora y brindarle solución del llenado del cuestionario.

Sesión 2 ^b	Rol del cuidador	Cuidados paliativos	15 minutos
Sesión 3 ^b		Resolución de problemas	15 minutos
Sesión 4 ^b	Autocuidado del cuidador	Alimentación saludable	15 minutos
Sesión 5 ^b		Ejercicios	15 minutos
Sesión 6 ^b		Relajación	15 minutos
Sesión 7 ^b	Colaboración en la evaluación	Empeoramiento/mejoría del paciente.	15 minutos
Sesión 8 ^b	Tratamiento de los síntomas	Manejo cotidiano del paciente	15 minutos
Sesión 9 ^b	Creación de equipo de apoyo	Toma de decisiones Apoyo en las decisiones	15 minutos
Sesión 10 ^b		Planificación anticipada	15 minutos

^b Cada una de estas sesiones será registrada en el cronograma de actividades que se encuentra en la ficha de recolección (ver anexos).

Sesión 11 ^γ	Agradecimiento por la participación	Segunda aplicación de la escala Calidad de Vida Versión Familiar	15 minutos
------------------------	-------------------------------------	--	------------

^γ El proceso en esta sesión será igual al realizado en la sesión 1.

Sesión 12 ^δ	Contacto con cada participante	Información respecto a lo encontrado en la primera y segunda aplicación de la escala.	10 minutos por participante
------------------------	--------------------------------	---	-----------------------------

^δ En este momento la investigadora realizará videollamadas privadas con cada uno de los cuidadores primarios, puesto que se le informará sobre lo hallado antes y después de la intervención educativa, asimismo, el participante podrá expresar su experiencia referente a la intervención educativa y como lo plasmó en su día a día con el paciente oncológico terminal.

De lo anterior es importante resaltar que la primera aplicación de la encuesta de calidad de vida se realizará antes de iniciar las sesiones de conocimientos, es decir en la primera sesión; mientras que la segunda evaluación de la calidad de vida se realizará al culminar todas las sesiones de conocimientos, es decir en la sesión 11. Cabe precisar que se considerará que el cuidador primario recibió la intervención educativa basada en telesalud de manera completa si este acude entre 8 a 12 sesiones, y que recibió la intervención educativa basada en telesalud de manera incompleta si este acude entre 1 a 7 sesiones. Se consideró dicho punto de corte, debido a que de acuerdo al cronograma realizado para la intervención educativa en total son 9 sesiones donde la investigadora brindará conocimientos referentes a las actividades generales del cuidador primario, por ello para asegurar que el cuidador reciba la mayor cantidad de información sobre dichos conocimientos, se optó por utilizar un punto de corte mayor o igual a 8 sesiones.

f) Aspectos éticos del estudio

Se solicitará el consentimiento informado, en el cual, los participantes tendrán la potestad de decidir si desean o no participar del estudio, considerándose información previa sobre los objetivos de la investigación y del procedimiento a realizarse. Asimismo, se protegerá los derechos de los cuidadores durante todo el

procedimiento del estudio, manteniéndolos en el anonimato y en el caso de que la investigación llegará a publicarse la información solo será manipulada por el personal encargado del estudio.

g) Plan de análisis

Se elaborará una base de datos con el software estadístico STATA v.16.1, la cual pasará por un control de calidad de registros para su posterior análisis estadístico.

Análisis descriptivo:

Para variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas.

Para variables cuantitativas: medidas de tendencia central y medidas de dispersión (promedio y desviación estándar).

Análisis bivariado:

Para determinar el efecto del efecto de la telesalud por videollamada sobre la calidad de vida del cuidador primario de pacientes oncológicos terminales, pre y post intervención se aplicará la prueba Wilcoxon, en la que se considerará un nivel de significancia del 5%, es decir un valor $p < 0.05$ será considerado significativo. De ser factible se realizarán análisis adicionales de regresión múltiple.

Presentación de resultados:

Los resultados serán presentados en tablas de frecuencia y contingencia, además de gráficos de barras y circulares, elaborados en Microsoft Excel 2013.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ayala L, Sepulveda G. Necesidades de cuidado de pacientes con cancer en tratamiento ambulatorio. *Enfermeria Global*. 2017;(45): 353-368. DOI:10.6018/eglobal.16.1.231681.
2. Expósito Y, Diaz D. Calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama avanzado. *Rev Salus UC*. 2018; 22(2): 9-12.
3. Rizo A, Molina M, Milán N, Pagán P, Machado J. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2016; 32(3): 1-13.
4. Rha S, Park Y, Song S, Lee C, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: The relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015; 19(4): 376-382. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.01.004.
5. Flores M, Fuentes H, Gonzales G, Meza I, Cervantes G, Valle M. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure Inv*. 2017; 14(88): 1-16.
6. Carreño S, Chaparro L. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *AQUICHAN*. 2016; 16(4): p. 447-461. DOI:10.5294/aqui.2016.16.4.4.
7. Puerto H. Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revi Cuid*. 2015; 6(2): 1029-1040. DOI:10.15649/cuidarte.v6i2.154.
8. Reyes R, Cárdenas L. Programa de intervención educativa en Enfermería, a familiares (cuidador primario) y pacientes con tratamiento de quimioterapia, en un Centro Oncológico de Seguridad Social, México. *RUE*. 2016; 10(2): 1-7.
9. Organización Mundial de la Salud. WHO. [Online].; 2020. [Revisado el 4 de Agosto del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/90/5/11-099408-ab/es/>.

10. Cardier M, Manrique R, Huarte A, Valencia M, Borro D, Calavia D, et al. Telemedicina. Estado actual y perspectivas futuras en audiología y otología. *Revista Medica Clínica Las Condes*. 2016; 27(6): 840-847. DOI:10.1016/j.rmclc.2016.11.016.
11. Organización Panamericana de la Salud. Teleconsulta durante una pandemia. Hoja informativa. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2020.
12. Duron R, Salvarria N, Hesse H, Summer A, Holden K. Perspectivas de la telemedicina como una alternativa para la atención en salud en Honduras. *Innovare*. 2016; 5(1): 49-55.
13. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud en Telesalud. NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01. 2009.
14. Scott K, Beatty L. Feasibility study of a self-guided cognitive behaviour therapy Internet intervention for cancer carers. *Australian Journal of Primary Health*. 2013; 19(4): 270–274. DOI: 10.1071 / py13025 .
15. Powell J, Fraser R, Brockway J, Temkin N, Campana K. A telehealth approach to caregiver self-management following traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2016; 31(3): 180-190. DOI: 10.1097 / HTR.000000000000167.
16. Dionne N, Azuero A, Lyons K, Hull J, Tosteson T, Li Z, et al. Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2015; 33(13): 1446-1452. DOI: 10.1200 / JCO.2014.58.7824.
17. Ministerio de Salud del Perú. Reglamento de la Ley N°30421, ley marco de Telesalud. Resolución Ministerial N°144-2018/MINSA. 2018.
18. Barrera L, Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B, Vargas E, Patricia S. Construct validity and reliability of quality of life instrument family version in Spanish. *Enferm. glob*. 2015; 14(37): 239 - 249.

4. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

Recursos	Materiales	Cantidad	Costo/unidad	Costo total
Humanos	Estadístico	1	S/. 850.00	S/. 850.00
	Recolector de datos	1	S/. 450.00	S/. 450.00
	Digitador	1	S/. 300.00	S/. 300.00
Bienes	Papel bond A4	01 millar	S/. 20.00	S/. 20.00
	Fólderes	10	S/. 4.00	S/. 20.00
	Lápiz	5	S/. 1.00	S/. 5.00
	Archivador	2	S/. 10.00	S/. 20.00
Servicios	Movilidad	meses	-	S/. 190.00
	Internet	meses	-	S/. 80.00
	Fotocopias	meses	-	S/. 30.00
	Recargas de teléfono (Coordinaciones)	meses	S/. 10.00	S/. 30.00
			TOTAL	S/. 1,995.00

El estudio será financiado por el investigador evitando así algún costo económico a la institución hospitalaria.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	2020						2021	
	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
1. Búsqueda bibliográfica	X							
2. Elaboración de proyecto	X							
3. Presentación para su aprobación	X	X						
4. Correcciones de proyecto		X	X	X				
5. Recolección de datos					X	X	X	
6. Análisis y discusión							X	
7. Elaboración de conclusiones								X
8. Elaboración de informe								X
9. Publicación-sustentación								X

5. ANEXOS
FICHA DE RECOLECCIÓN

“Efecto de la telesalud por videollamada sobre la calidad de vida del cuidador primario de pacientes oncológicos terminales. Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2020-2021”

Fecha: ___/___/___

ID: _____

A. Características generales

Cuidador primario

Edad: _____ años

Sexo: Masculino () Femenino ()

Nivel educativo: Primaria ()
 Secundaria ()
 Superior ()

Estado civil: Soltero /a ()
 Casado/Conviviente ()
 Viudo/Divorciado ()

Procedencia: Rural () Urbano ()

Paciente oncológico

Edad: _____ años

Sexo: Masculino () Femenino ()

Tiempo de enfermedad: _____ años, _____ meses

Enfermedad oncológica: _____

A. Intervención educativa basada en Telesalud

Sesión	Cronograma		
	Contenido Conceptual	Fecha	Duración
1		___/___/2020	_____ min
2		___/___/2020	_____ min
3		___/___/2020	_____ min
4		___/___/2020	_____ min
5		___/___/2020	_____ min
6		___/___/2020	_____ min
7		___/___/2020	_____ min
8		___/___/2020	_____ min
9		___/___/2020	_____ min
10		___/___/2020	_____ min
11		___/___/2020	_____ min
12		___/___/2020	_____ min

B. Calidad de vida del cuidador primario

Escala Calidad de Vida Versión Familiar (Quality of Life Family Versión)

Marque con una X la respuesta que más se adecue a su situación actual

DIMENSIÓN FÍSICA				
Ítem	Ausencia de problema 1	Algo de problema 2	Problema 3	Muchísimo problema 4
Agotamiento				
Cambios en los hábitos alimentarios				
Dolor				
Cambios en el sueño				
Ítem	Sumamente mala 1	Regular 2	Buena 3	Excelente 4
Clasifique su salud física en general				
DIMENSIÓN PSICOLÓGICA				
Ítem	Muy fácil 1	Fácil 2	Difícil 3	Muy difícil 4
Qué tan difícil es para usted enfrentar (lidiar) con su vida como resultado de tener un pariente con enfermedad crónica				
Ítem	Nada 1	Algo 2	Moderado 3	Muchísimo 4
Cuánta felicidad siente usted				
Usted siente que tiene el control de las cosas en su vida				
Qué tan satisfecho está usted con su vida				
Ítem	Sumamente mala 1	Regular 2	Buena 3	Excelente 4
Cómo clasificaría su capacidad actual para concentrarse o recordar				
Ítem	Nada 1	Algo 2	Moderado 3	Muchísimo 4
Qué tan útil se siente				
Cuánta angustia le causo el diagnóstico inicial de la pariente				
Cuánta angustia le causo el tratamiento de su pariente				
Cuánta desesperación siente usted				
Cuánto decaimiento siente usted				
Tiene miedo de que le dé a su familiar otra enfermedad crónica				
Tiene miedo de una recaída en su pariente				
Tiene miedo de que se propague y avance la enfermedad en su pariente				

Ítem	Sumamente mala	Regular	Buena	Excelente
	1	2	3	4
Clasifique su estado psicológico en general				
DIMENSIÓN SOCIAL				
Ítem	Nada	Algo	Moderado	Muchísimo
	1	2	3	4
Cuánta angustia le ha ocasionado la enfermedad de su familiar				
El nivel de ayuda que recibe de otras personas es suficiente para satisfacer sus necesidades				
Hasta qué punto de la enfermedad y tratamiento de su pariente han obstaculizado sus relaciones personales				
Hasta qué punto de la enfermedad y tratamiento de su pariente ha afectado su vida sexual				
Hasta qué punto de la enfermedad y tratamiento de su pariente ha alterado su trabajo				
Hasta qué punto de la enfermedad y tratamiento de su pariente ha alterado sus actividades hogar				
Qué tan aislado se siente usted a causa de la enfermedad y el tratamiento de su pariente				
Cuánta carga económica le ha ocasionado la enfermedad y tratamiento de su pariente				
Ítem	Sumamente mala	Regular	Buena	Excelente
	1	2	3	4
Clasifique su estado social general				
DIMENSIÓN ESPIRITUAL				
Ítem	Sumamente mala	Regular	Buena	Excelente
	1	2	3	4
El nivel de ayuda que recibe de sus actividades religiosas, tales como ir a la iglesia y el templo, satisfacen sus necesidades				
El nivel de ayuda que recibe de sus actividades espirituales personales, tales como meditar u orar, es suficiente para satisfacer sus necesidades				

Cuánta incertidumbre siente usted respecto al futuro de su pariente				
Hasta qué punto la enfermedad de su pariente ha causado cambios positivos en su vida				
Usted tiene un propósito para su vida u una razón para vivir				
Cuánta esperanza siente usted				
Ítem	Sumamente mala 1	Regular 2	Buena 3	Excelente 4
Clasifique su estado espiritual de manera general				

Puntaje en la primera aplicación: _____ puntos

Puntaje en la segunda aplicación: _____ puntos

	Pésimo (35 a 86 puntos)	Regular (87 a 113 puntos)	Optimo (114-120 puntos)
Primera aplicación			
Segunda aplicación			

Clasificación de la Calidad de vida según puntuación

	Pésimo	Regular	Óptimo
Dimensión Física	5 -11 puntos	12 – 16 puntos	17 – 20 puntos
Dimensión psicológica	14 - 34 puntos	35 – 45 puntos	46 – 56 puntos
Dimensión Social	9 - 21 puntos	22 – 29 puntos	30 – 36 puntos
Dimensión Espiritual	7- 21 puntos	17 – 22 puntos	23 – 28 puntos
Calidad de vida	35 - 86 puntos	87 – 113 puntos	114 – 120 puntos

Validación: El instrumento de Calidad de Vida Versión Familiar (Quality of Life Family-Version) fue validado por Barrera et al (18), arrojando un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.861 en general, 0.767 en la dimensión Física, 0.777 en la dimensión Psicológico, 0.773 en la dimensión Social y 0.439 en la dimensión Espiritual, de esta manera el cuestionario es confiable para su uso.

CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

```
. power twoproportions 0.40 0.60, test(chi2)
```

```
Performing iteration ...
```

```
Estimated sample sizes for a two-sample proportions test  
Pearson's chi-squared test
```

```
Ho: p2 = p1 versus Ha: p2 != p1
```

```
Study parameters:
```

```
alpha = 0.0500  
power = 0.8000  
delta = 0.2000 (difference)  
p1 = 0.4000  
p2 = 0.6000
```

```
Estimated sample sizes:
```

```
      N = 194  
N per group = 97
```