

“Nivel de habilidad de cuidado y autocuidado en cuidadores comunitarios informales de adultos mayores”

Tesis para optar al grado de licenciado en enfermería

Proyecto de Investigación en Enfermería - ENF 423

Autores:

Constanza Cofré Muñoz

Michelle Contreras Lara

Valentina Covarrubias Cáceres

Brian Espinoza Rodríguez

Alexandra Núñez Correa

Natalia Orozco Baeza

Catalina Vera Araya

Gabriela Viveros Bruna

Profesora tutora:

Macarena Espinosa Kohnenkamp

SAN FELIPE, 2019

I. AGRADECIMIENTOS

A las docentes Macarena Espinosa y Esterbina Olivares de la Universidad de Valparaíso por el apoyo y la guía entregada para nuestra investigación y a profesora Leticia Lepe por ayudarnos con el contacto de la institución.

A los profesores de estadística Jorge García y Miguel Caro por apoyo en el análisis de los datos obtenidos y guía en la formulación de gráficos.

A las coordinadoras del obispado por su disposición de acceder a recibirnos en su institución y por su participación en el proceso.

A los cuidadores y cuidadoras participantes del curso *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* del obispado de San Felipe quienes participaron voluntariamente en nuestro estudio.

En especial, a nuestra familia por su constante apoyo en todos estos años y a Dios quien nos guía siempre a tomar los caminos correctos, y estar hoy desarrollando este proyecto para crecer como personas y estudiantes.

II. INDICE DE CONTENIDOS

I.AGRADECIMIENTOS	I
II.INDICE DE CONTENIDOS.....	II
III.INDICE DE ANEXOS	V
IV.RESUMEN	VI
V.ABSTRACT.....	VII
CAPITULO 1	1
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 2	5
MARCO REFERENCIAL	5
2.1Marco teórico	5
2.1.1 Conceptualización del problema en estudio.....	5
2.1.1.1 Definición conceptual del fenómeno de estudio	5
2.1.1.2 Definición de conceptos relevantes para el estudio.....	6
2.1.2 Teorías que explican el fenómeno de estudio.....	7
2.1.2.1 Milton Mayeroff	7
2.1.2.2 Ngozi Nkongho.....	10
2.1.2.3 Dorothea Orem.....	11
2.1.3 Mapa conceptual del fenómeno de estudio	17
2.1.4 Identificación de variables de estudio	18
2.1.4.1 Variable dependiente	18
2.1.4.1.1 Habilidad de cuidado	18
2.1.4.2 Variables independientes.....	19
2.1.4.2.1 Autocuidado	19
2.1.4.2.2 Sociodemográficas.....	21
2.2 Marco empírico.....	24
2.2.1 Evidencia nacional epidemiológica	24
2.2.2 Evidencia regional epidemiológica	25
2.2.3 Evidencia internacional Habilidad de Cuidado	26
2.2.4 Evidencia nacional Habilidad de Cuidado	28

2.2.5 Evidencia internacional Autocuidado	29
2.2.6 Evidencia nacional Autocuidado	31
CAPITULO 3	33
MATERIAL Y METODOS	33
3.1 Tipo de estudio y diseño experimental	33
3.2 Estimación del tamaño muestral	33
3.3 Criterios de inclusión	33
3.4 Criterios de exclusión	34
3.5 Caracterización de la muestra	34
3.6 Descripción de instrumento de recolección de datos	34
3.6.1 Parte 1	34
3.6.2 Parte 2	34
3.6.2.1 Formado por Escala “The Caring Ability Inventory” (CAI)	34
3.6.2.2 Validez del instrumento	38
3.6.3 Parte 3	39
3.6.3.1 Formada por “Escala Apreciación de Agencia de autocuidado” (ASA)	39
3.6.3.2 Validez del instrumento	42
3.7 Recolección de datos	45
3.8 Análisis Estadístico de los resultados	46
3.9 Consideraciones éticas	46
CAPITULO 4	47
RESULTADOS	47
4.1 Variable Sociodemográfica	47
4.2 Variable Habilidad de Cuidado	49
4.3 Variable Autocuidado	51
CAPITULO 5	57
DISCUSION, CONCLUSIONES, LIMITACIONES, SUGERENCIAS	57
5.1 Discusión	57
5.1.1 Perfil de los cuidadores basado en la habilidad de cuidado	57
5.1.2 Perfil de los cuidadores basado en la habilidad de cuidado y las características sociodemográficas	58

5.1.3 Perfil de los cuidadores basado en el nivel de autocuidado	60
5.1.4 Perfil de los cuidadores basado en el nivel de autocuidado y habilidad de cuidado	60
5.2 Conclusiones	61
5.3 Limitaciones	63
5.4 Sugerencias	64
REFERENCIAS	66
ANEXOS	71
ANEXO N°1: Instrumento de recolección de datos	71
ANEXO N°2: Autorización uso escala CAI	78
ANEXO N°3: Tríptico informativo	79
ANEXO N°4: Aprobación comité de ética	81
ANEXO N°5: Consentimiento informado	83
ANEXO N°6: Carta de factibilidad	87

III. INDICE DE ANEXOS

Tabla N°1: Preguntas por dimensiones escala CAI	36
Tabla N°2: Categorías para la clasificación de los resultados del instrumento Inventario Habilidad de Cuidado (CAI) para CAI total y por categorías.	38
Tabla N°3: Preguntas por categorías escala ASA	41
Tabla N°4: Interpretación de los resultados de la escala de valoración de las capacidades de Agencia de Autocuidado	42
Tabla N°5 Perfil sociodemográficos de los cuidadores	47
Gráfico N°1: Distribución de los cuidadores según nivel de habilidad de cuidado	49
Gráfico N°2: Nivel de habilidad de cuidado: Dimensión Conocimiento.....	49
Gráfico N°3: Nivel de habilidad de cuidado: Dimensión Paciencia	50
Gráfico N°4: Nivel de habilidad de cuidado: Dimensión Valor.....	50
Gráfico N°5: Distribución de los cuidadores según nivel de autocuidado	51
Gráfico N°6: Nivel de autocuidado: Categoría Interacción Social	52
Gráfico N°7: Nivel de autocuidado: Categoría Interacción Personal	53
Gráfico N°8: Nivel de autocuidado: Categoría Actividad y Reposo.....	54
Gráfico N°9: Nivel de autocuidado: Consumo Suficiente de Alimentos	55
Gráfico N°10: Nivel de autocuidado: Categoría Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Personal.....	56

IV. RESUMEN

Objetivo: Determinar nivel de habilidad de cuidado y autocuidado que tienen los cuidadores comunitarios informales de adultos mayores capacitados en el proyecto *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* en San Felipe.

Materiales y métodos: El estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo y transversal para una población de 26 cuidadoras/es informales siendo la unidad de análisis cada uno de los cuidadores informales que se encontraban inscritos en el curso *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”*. La muestra fue de tipo no probabilística y por conveniencia. Los datos se recolectaron a través de visitas a la institución formadora donde se aplicaron los instrumentos pertinentes. La variable dependiente, se midió con el Inventario de habilidad de cuidado (CAI) y las variables independientes se midieron a través de la agencia de apreciación del autocuidado (ASA) y a través del cuestionario de factores sociodemográficos. Los datos obtenidos fueron codificados e ingresados a una base de datos utilizando el programa computacional SPSS 21. Esta investigación fue aprobada por el comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Chile.

Resultados: Los resultados obtenidos mostraron que un 100% del universo de estudio presentó un nivel alto de habilidad de cuidado y en su autocuidado los cuidadores alcanzaron un nivel adecuado, donde un 27% presentó nivel bueno y 73% muy bueno.

Conclusiones: Se evidenció que todos los cuidadores informales presentaron un nivel alto de habilidad de cuidado, y además la mayoría tiene un nivel muy bueno de autocuidado.

Palabras Claves: Nivel de Autocuidado - Habilidades de Cuidado - Cuidadores Informales - Cuidado

V. ABSTRACT

Objective: To determine the level of care abilities and self-care of informal community caregivers of senior citizens trained during the project "*Strengthening the Care of the Experience*" carried out in San Felipe.

Materials and methods: This is a cross-sectional descriptive study, with a quantitative approach and it was applied to a population of 26 informal caregivers. The unit of analysis was each one of the informal caregivers that were enrolled in the course "Strengthening the Care of the Experience". It was used a non-probability and convenience sampling. The data was collected through visits to the training institution where the relevant instruments were applied. The dependent variable was measured with the Caring Ability Inventory (CAI) and the independent variables were measured through the Appraisal of Self-Care Agency (ASA) and through the socio-demographic background questionnaire. The data obtained were coded and entered into a database using the computer program SPSS 21. This research was approved by the bioethics committee of the Faculty of Medicine of the University of Valparaíso, Chile.

Results: The results obtained showed that 100% of the study universe showed a high level of care ability and the caregivers reached an adequate level in relation to their self-care: 27% showed a good level and 73% a very good level.

Conclusions: It was evidenced that all the informal caregivers presented a high level of care ability, the most have a very good level of self-care.

Key words: level of self-care - Care Abilities - Informal Caregivers - Care

CAPITULO 1 INTRODUCCIÓN

Para contextualizar el tema de estudio sobre la habilidad de cuidado y autocuidado de cuidadores informales, es importante considerar que Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, definida por una baja en la tasa de natalidad y mortalidad, que se traduce en un crecimiento natural bajo. Una de las características de la transición demográfica de un país es que los grupos etarios que forman su población no crecen simétricamente. Es así que hay un aumento progresivo de los grupos etarios mayores de 65 años, con una reducción de la población de 15 a 64 años, definida como la potencialmente activa de un país. ¹

Este cambio demográfico se debe a un mayor descenso de la natalidad, según el Instituto Nacional de Estadística en 1990 la tasa bruta de natalidad fue de un 23,5 ¹, mientras que en el año 2015 disminuyó a un 13,6 ². Otro factor que influye en esta transición es el envejecimiento poblacional, lo que se demuestra en el Censo de 1992 realizado en Chile, donde un 6,6% de las personas tenía 65 o más años y en el Censo 2017 este grupo etario representó el 11,4%. ³

Si bien, este proceso lleva en Chile 80 años aproximadamente, aún no es asumido y aceptado plenamente por la sociedad. A pesar de que se han implementado políticas y acciones a favor de este grupo vulnerable como la atención gratuita de los adultos mayores en el sistema público y la creación del SENAMA, el acelerado incremento de los adultos mayores hace necesario el desarrollo de más políticas públicas en el país, para favorecer el bienestar de este grupo como también de la población en general, puesto que la alta demanda afecta los servicios que se disponen, concluyendo que a futuro la población activa será superada por la población adulta mayor. ⁴

Evidencia nacional, muestra que entre 21,4% y 25,5% de las personas de 60 años y más, presentan dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y un 10,7% discapacidad severa. En relación a la prevalencia de personas mayores postradas, el Ministerio de Salud estima que un 3,3% de adultos mayores se encuentran en dicha situación. Estos antecedentes reflejan uno de

los principales desafíos del envejecimiento poblacional, la dependencia, que genera un alto impacto tanto en la calidad de vida de las personas que la padecen como para quienes están a cargo de sus cuidados, generando altos costos para la familia y para el estado. ⁴

El aumento del grado de dependencia, la vulnerabilidad y la pérdida de autonomía, ha ido generando una situación donde el estado traspasa la responsabilidad del cuidado de estas personas a la familia y se observa un número importante de personas que asumen el cuidado, aunque, muchas veces no están preparadas para ello, estas personas son las que se llaman cuidadores informales.

Es por esto importante conocer lo que significa cuidar, debido a que es un acto inherente a la vida, es el resultado de una construcción propia de cada situación de promover, proteger y preservar la humanidad; por tanto, cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social. El papel de el/la cuidador/a no se define sólo en términos de los procedimientos y las tareas que realiza, sino por sobre todo, por su capacidad de adquirir el conocimiento, la paciencia y el valor. Las competencias que comprenden estos conceptos es lo que se denomina: habilidad de cuidado. Las personas que deben asumir el cuidado de otro, muchas veces no alcanzan a reflexionar lo que implica esta decisión con el paso del tiempo, en la medida que van apareciendo más necesidades en la persona objeto del cuidado aumentan las exigencias del rol de cuidar, exigencias que debe enfrentar con pocas o a veces ninguna habilidad para cuidar, pero que le obligan a asumir cada vez más deberes y, sin darse cuenta, a perder poco a poco el derecho a cuidar su propia salud. ⁵

En el proceso de cuidar se pueden diferenciar dos tipos de cuidadores, informales y formales. El concepto de cuidador informal ha sido utilizado para aludir a un tipo de apoyo que se caracteriza porque es desarrollado por personas de la red social de quién recibe el cuidado y se provee de forma voluntaria. El cuidador formal se ha definido como la persona capacitada que entrega cuidados de forma especializada, que está inserta en el sistema de salud, y que el cuidado que

entrega va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás. ⁶

El rol de cuidar, puede generar un desgaste físico y emocional, acompañado de la responsabilidad de cuidar ⁵, es aquí la importancia de conocer el nivel de autocuidado y las habilidades del cuidador que se utilizarán en el cuidado del enfermo, ya que es un trabajo que se debe desarrollar con conocimiento, paciencia y valor. ⁵

También existen factores que influyen en la capacidad de cuidar, tales como: sexo, nivel educacional, nivel socioeconómico, edad, tiempo dedicado al cuidado, autoestima y salud. ⁵

Este estudio permitirá identificar las habilidades de cuidado y autocuidado de los cuidadores informales pertenecientes al curso *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* del obispado de San Felipe, donde la información obtenida de este estudio servirá de insumo a las profesionales responsables del curso, con el fin de incorporar futuras intervenciones y capacitaciones que permitan mejorar la habilidad de cuidado y el nivel de autocuidado de estos cuidadores. Esta investigación también puede ayudar a visibilizar un área de interés para el profesional de enfermería debido a que este es el encargado de ejercer la gestión del cuidado y por ende debe orientar y educar a quienes ejercen este, ya sea a la familia y comunidad involucrada en este proceso. En base a esto es importante que el profesional de enfermería pueda dirigir acciones e intervenciones enfocadas tanto a los cuidadores como a la persona que recibe el cuidado.

Pregunta de investigación:

- ¿Cuál es el nivel de habilidad de cuidado y autocuidado de los cuidadores comunitarios informales de adultos mayores capacitados en el proyecto *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* en San Felipe?

Objetivo general:

- Determinar nivel de habilidad de cuidado y autocuidado que tienen los cuidadores comunitarios informales de adultos mayores capacitados en el proyecto *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* en San Felipe.

Objetivos específicos de la investigación:

- Identificar características sociodemográficas de los cuidadores comunitarios informales capacitados en el proyecto *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* en San Felipe: Edad, género, nivel educacional, estado civil y parentesco.
- Determinar el nivel de habilidad de cuidado de los cuidadores comunitarios informales capacitados en el proyecto *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* en San Felipe.
- Determinar el nivel de autocuidado de los cuidadores comunitarios informales capacitados en el proyecto *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* en San Felipe.

CAPITULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 Conceptualización del problema en estudio

2.1.1.1 Definición conceptual del fenómeno de estudio

Se desarrollarán dos fenómenos relevantes que se desprenden del arte de cuidar: Habilidad de cuidado y el autocuidado. Para respaldar dichos fenómenos, se utilizarán los postulados y teorías de Milton Mayeroff, Ngozi Nkongho y Dorothea Orem.

Para comprender lo que es el arte del cuidar, se utilizarán los conceptos del filósofo Milton Mayeroff, que en su libro *“On Caring”* define el cuidar de manera holística, lo ve como una manera de ayudar a crecer y actualizarse, implicando un desarrollo para ambas partes. Para ello, plantea ocho conceptos básicos para ejercer el cuidado de manera integral, los cuales comprenden, conocimiento, ritmo alternos, paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y valor.⁷

En el año 1990, Ngozi Nkongho, basándose en la visión de cuidado de Mayeroff, elige tres de estos conceptos, los cuales son conocimiento, paciencia y valor, y a partir de ello propone una escala que mide la habilidad de cuidado de una persona para cuidar. Esta escala fue nombrada *“Caring Ability Inventory”* (CAI), la cual parte de cuatro presunciones teóricas que son: el cuidado es multidimensional con elementos cognoscitivos y de actitud; el potencial para cuidar está presente en todos los individuos, el cuidado se puede aprender; y el cuidado es cuantificable.⁸

En cuanto al autocuidado, Dorothea Orem desde 1971 publica varios libros, en los que desarrolla su *“Teoría del déficit del autocuidado”*, en la cual plantea que el autocuidado son las acciones que ejerce el propio individuo hacia sí mismo, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los

factores que afectan a su propio desarrollo. Es de forma aprendida, que requiere de acciones de forma deliberada, intencionada y calculada que está condicionada al conocimiento.

2.1.1.2 Definición de conceptos relevantes para el estudio.

- ❖ **Adultos mayores:** Clasificación etaria. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.⁹
- ❖ **Autocuidado:** Actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.¹⁰
- ❖ **Comunitario:** Se refiere a todo aquello propio, relacionado o vinculado con una comunidad en particular.⁶
- ❖ **Cuidado humanizado:** Cuidar es preservar, asistir, ayudar a un individuo, interiorizarse en él para mejorar sus condiciones no solamente de salud, sino de manera integral.¹¹
- ❖ **Cuidadores:** La/os cuidadora/es son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario.¹²
- ❖ **Cuidadores formales:** El cuidador formal se ha definido como la persona capacitada que entrega cuidados de forma especializada, que está inserta en el sistema de salud, y que el cuidado que entrega va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás.⁶
- ❖ **Cuidadores informales:** El concepto de cuidador informal ha sido utilizado para aludir a un tipo de apoyo que se caracteriza porque es desarrollado por personas de la red social de quién recibe el cuidado y se provee de forma voluntaria.⁶

- ❖ **Cuidar:** Es un acto inherente a la vida, es el resultado de una construcción propia de cada situación de promover, proteger y preservar la humanidad; por tanto cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social. ⁵
- ❖ **Habilidad de cuidado:** Considerada como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser. ⁵
- ❖ **Sociodemográfica:** Ciencia que tiene por objeto el estudio de la población humana, ocupándose de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales, principalmente desde un punto de vista cuantitativo. ¹³

2.1.2 Teorías que explican el fenómeno de estudio.

En los fundamentos teóricos que serán abordados en este estudio se encuentra la mirada del cuidado de Milton Mayeroff, quien da una detallada descripción y explicación de las experiencias del cuidar y de ser cuidado por otro, a partir de los conceptos desarrollados por este filósofo, se menciona a la enfermera Ngozi Nkongho, quién desarrolló la escala “Inventario de la habilidad de cuidado”. Además, se utilizará a la teórica de enfermería, Dorothea Orem con su “*Teoría General del Déficit del Autocuidado*”.

2.1.2.1 Milton Mayeroff

Dentro de los fundamentos generales del cuidado que sustentan este estudio, se aplica el concepto del filósofo estadounidense Milton Mayeroff que en su libro “*On Caring*”, detalla un concepto más amplio del cuidado, mencionando que el cuidar, en un sentido más significativo, es ayudar a crecer y actualizarse, es una manera de relacionarse con alguien que implica un desarrollo a través de confianza mutua, un proceso, una profundización y transformación cualitativa de la relación. ⁷

El cuidado, mirado de una manera en la que se ayuda al otro a crecer, se experimenta como una extensión de uno mismo que a su vez se diferencia del otro respetando sus derechos. En vez de

dominar y poseer al otro, se busca que crezca a su manera sintiendo este crecimiento como un bienestar para ambos. Al ayudar en el crecimiento del otro no se impone una dirección individual, si no en vez de eso se permite que la dirección del otro guíe en lo que se deba hacer, de esta manera se ayuda a determinar la mejor respuesta a sus necesidades.⁷

Para ayudar a la persona a crecer, se debe motivar a que esta se preocupe por algo o alguien externo a ella, esto implica ayudarlo a encontrar y crear áreas propias en donde se sienta capaz de cuidar o preocuparse. También, es ayudar a que se preocupe por sí misma, convirtiéndose en responsable de sus propias necesidades y a su vez de su propia vida.⁷

El cuidador crece cuando se vuelve más determinado, esto ocurre cuando escoge sus propios valores e ideales basados en sus experiencias. De esta manera, es capaz de tomar sus propias decisiones haciéndose responsable de ellas, y se limita en orden de buscar y conseguir lo que es importante para él.⁷

Mayeroff plantea 8 componentes que son esenciales al entregar el cuidado:

1. **Conocimiento:** Para cuidar hay que entender al otro, siendo capaz de identificar y responder a sus necesidades. Para esto, primeramente se debe conocer quién es el otro, sus fortalezas, sus limitaciones, sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento. Además es imprescindible que la persona a cuidar conozca sus propias fortalezas y limitaciones.
2. **Ritmos alternos:** Significa observar la suma de las acciones y saber si se ha logrado ayudar o no. En base a los resultados se mantienen o se realizan modificaciones en el comportamiento, para poder ayudar de mejor manera al otro.
3. **Paciencia:** Es permitir que el otro crezca a su tiempo y a su manera. El ser paciente posibilita al otro a encontrarse a su propio tiempo. Ser paciente no es esperar pasivamente a que algo pase, más bien es un tipo de participación con el otro dando espacio de pensar y sentir. La paciencia incluye tolerancia ante la confusión y la incertidumbre, es expresar respeto por el

crecimiento del otro. También se debe ser paciente con uno mismo, esto incluye darse la oportunidad de aprender y de cuidar.

4. **Honestidad:** La honestidad está presente en el cuidado como algo positivo. Este significado de honestidad se puede reflejar en la frase, “ser sincero con uno mismo”. Para cuidar al otro, se debe ver al otro como es y no como se esperaría que fuera, es decir, sin expectativas. El cuidador se debe ver a sí mismo de igual manera, reflexionando acerca de si la ayuda ejercida al otro lo ha ayudado a crecer o si se ha obstaculizado el crecimiento.
5. **Confianza:** Cuidar implica confiar en que el otro crezca a su tiempo y su manera. Se espera que el otro cometa errores y aprenda de ellos. Confiar en el otro es dejarlo ir, incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, en donde se necesita valor. Además de confiar en el otro se debe confiar en la propia capacidad de cuidar.
6. **Humildad:** Está presente en el cuidado de distintas maneras, el cuidar es ser responsable del crecimiento del otro involucrando un continuo aprendizaje, en donde siempre puede haber algo más que aprender. La humildad también es darse cuenta que el cuidado que se entrega no es de ninguna forma superior a otro, incluye vencer la arrogancia que exageran las fortalezas a expensas de las fortalezas de otros.
7. **Esperanza:** Existe esperanza en que el otro crecerá a través del cuidado, es una expresión de plenitud del presente. Es tener esperanza en que el otro logre su propia realización mediante el cuidado.
8. **Valor:** El valor está presente en enfrentarse a lo desconocido. Se obtiene de las experiencias pasadas, estando abierto y sensible al presente. Se encuentra en apoyar al otro y en tomar riesgos que van más allá de la seguridad y protección.⁷

Además se destacan aspectos que orientan el cuidado, el primero es la capacidad de cuidar y la capacidad de ser cuidado, esto refiere a que cuidar a veces requiere de actitudes inusuales y un entrenamiento especial. Si se cuida a otra persona, se debe ser capaz de sobrellevar el cuidado, siendo no suficiente el solo hecho de querer cuidar al otro y desear su crecimiento. También es importante destacar que la persona a cuidar debe ser capaz de ser cuidada. El segundo aspecto

es la constancia, cuidar supone continuidad, siendo constante tanto en la entrega, como en la percepción de la persona que lo recibe. El tercer aspecto orientador es la culpa en el cuidador, siendo un indicio de que algo está mal. Si el cuidador logra entender, profundizar y aceptar, proporciona la oportunidad de retornar a la responsabilidad con el otro. Como cuarto aspecto está la reciprocidad, donde el cuidado puede o no ser recíproco. Y el último aspecto menciona que para que el cuidado tenga lugar, no sólo son necesarias ciertas acciones y actitudes, sino que también debe haber un resultado que produzca un cambio de desarrollo en el otro ser, puesto que las acciones deben ser guiadas por la dirección del crecimiento del otro y corregidas por lo que realmente sucede.⁷

Mayeroff resalta que para cuidar a otra persona, se debe comprender a esta y a su mundo como si fuera parte de ella, animando e inspirando a tener el valor de ser ella misma. Además a la persona cuidada, no se le debe compadecer ni idolatrar, puesto que existe un nivel de igualdad entre estos.⁷

Para simplificar las cosas, Mayeroff llama a las personas que reciben el cuidado como "otros apropiados". El hombre que cuida de sus otros apropiados aspira a estar siempre disponible para ellos cuando realmente lo necesitan y a su vez cuando se preocupa por ellos, la devoción, la confianza, la esperanza y el coraje aumentan y se fortalecen. Cuando el ser humano encuentra y ayuda al otro que necesita de él, descubre y crea el sentido de su vida.⁷

2.1.2.2 Ngozi Nkongho

La enfermera Ngozi Nkongho, se basa en los conceptos del cuidado de Milton Mayeroff para desarrollar un instrumento estandarizado llamado CAI, el cual cuantifica la habilidad del cuidado. Nkongho desarrolla su instrumento manifestando que quienes cuidan deben poseer tres habilidades para ello, que son paciencia, valor y conocimiento.¹⁴

Según Nkongho, las personas se sienten y se comportan de forma diferente en relaciones variadas con otros, lo cual implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas,

debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones para conocernos a nosotros mismos y al otro. El cuidado es multidimensional con elementos cognoscitivos y de actitud; el potencial para cuidar está presente en todos los individuos, el cuidado se puede aprender; y el cuidado es cuantificable. ¹⁴

2.1.2.3 Dorothea Orem

El desarrollo teórico del nivel de autocuidado tiene sus inicios e influencia conceptual en el modelo del déficit del autocuidado de Dorothea Orem. La teoría del déficit de autocuidado es una teoría general compuesta por cuatro teorías relacionadas: *“La teoría de autocuidado”*, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. *“La teoría del cuidado dependiente”*, que explica de qué modo los miembros de la familia y/o los amigos proporcionan cuidados para una persona que es socialmente dependiente, *“La teoría del déficit de autocuidado”*, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas y *“La teoría de sistemas enfermeros”*, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca este cuidado. ¹⁵

Afirmaciones teóricas:

- ❖ **Ser Humano:** Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; menciona que los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros.
- ❖ **Enfermería:** define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.
- ❖ **Entorno:** es entendido en este modelo como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

- ❖ **Salud:** salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. ¹⁵

Esta teoría entrega una mirada del autocuidado asociada a la enfermería, Orem define los conceptos generales de la teoría como:

- ❖ **Autocuidado:** Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo, continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y del desarrollo. ¹⁰
- ❖ **Cuidado dependiente:** El cuidado dependiente refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable y un desarrollo personal continuado. ¹⁵
- ❖ **Requisitos de autocuidado:** Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud. ¹⁵
- ❖ **Requisitos de autocuidado universales:** Son los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, son comunes a todos los individuos e incluyen el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimentos, agua, el equilibrio entre la actividad y el descanso, equilibrio entre la interacción social y la soledad, la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales. ¹⁵

- ❖ **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:
 1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
 2. Implicación en el autodesarrollo.
 3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano. ¹⁵
- ❖ **Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud:** Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. ¹⁵
- ❖ **Déficit de autocuidado:** Son las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado que no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir todos los componentes para satisfacer la demanda de autocuidado. ¹⁵
- ❖ **Actividad enfermera:** Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como profesionales de enfermería, a ayudar y orientar a actuar y saber a los individuos como cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y regular el desarrollo y/o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. La agencia de enfermería incorpora también las capacidades de los profesionales de enfermería para ayudar a personas que proporcionan cuidado dependiente a regular el desarrollo o el ejercicio de su agencia de cuidado dependiente. ¹⁵
- ❖ **Sistemas enfermeros:** Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. ¹⁵
- ❖ **Factores condicionantes básicos:** son los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores condicionantes básicos en los que se encuentran: Edad, sexo, estado de desarrollo y salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario y familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos y factores externos del entorno. ¹⁵

Desarrollo de la teoría:

❖ Teoría del autocuidado

El autocuidado requiere de la acción deliberada, intencionada y calculada que está condicionada del conocimiento y repertorio de las habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda, por lo tanto son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Es una conducta que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.¹⁵

Esta teoría tiene como supuesto principal que *“el autocuidado no es innato; esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y el desarrollo del ser humano, siendo un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea”*.

¹⁵

❖ Teoría del cuidado dependiente

Esta teoría explica el modo en que se modifica el sistema de autocuidado cuando se dirige hacia una persona que es socialmente dependiente y necesita ayuda para satisfacer sus requisitos de autocuidados. Para personas que son socialmente dependientes e incapaces de atender su demanda de autocuidados terapéuticos, es necesaria la ayuda de otras personas. En muchos sentidos, el autocuidado y el cuidado dependiente van en paralelo, con la principal diferencia de que cuando se proporciona el cuidado, la persona está satisfaciendo las necesidades de autocuidado de otra persona. Para el agente de cuidado dependiente, las demandas de proporcionar cuidado dependiente pueden influir o condicionar la demanda de autocuidados terapéuticos del agente. Es de esperar que la necesidad de cuidado dependiente aumente con el incremento de la edad de la población y el número de personas que viven con dolencias crónicas y/o incapacitantes.¹⁵

❖ Teoría del déficit de autocuidado

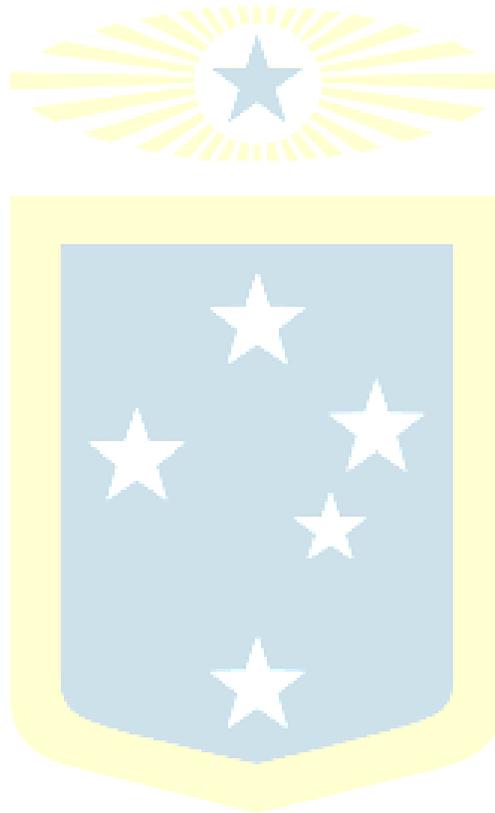
La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas presentan limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos. ¹⁵

❖ Teoría de los sistemas enfermeros

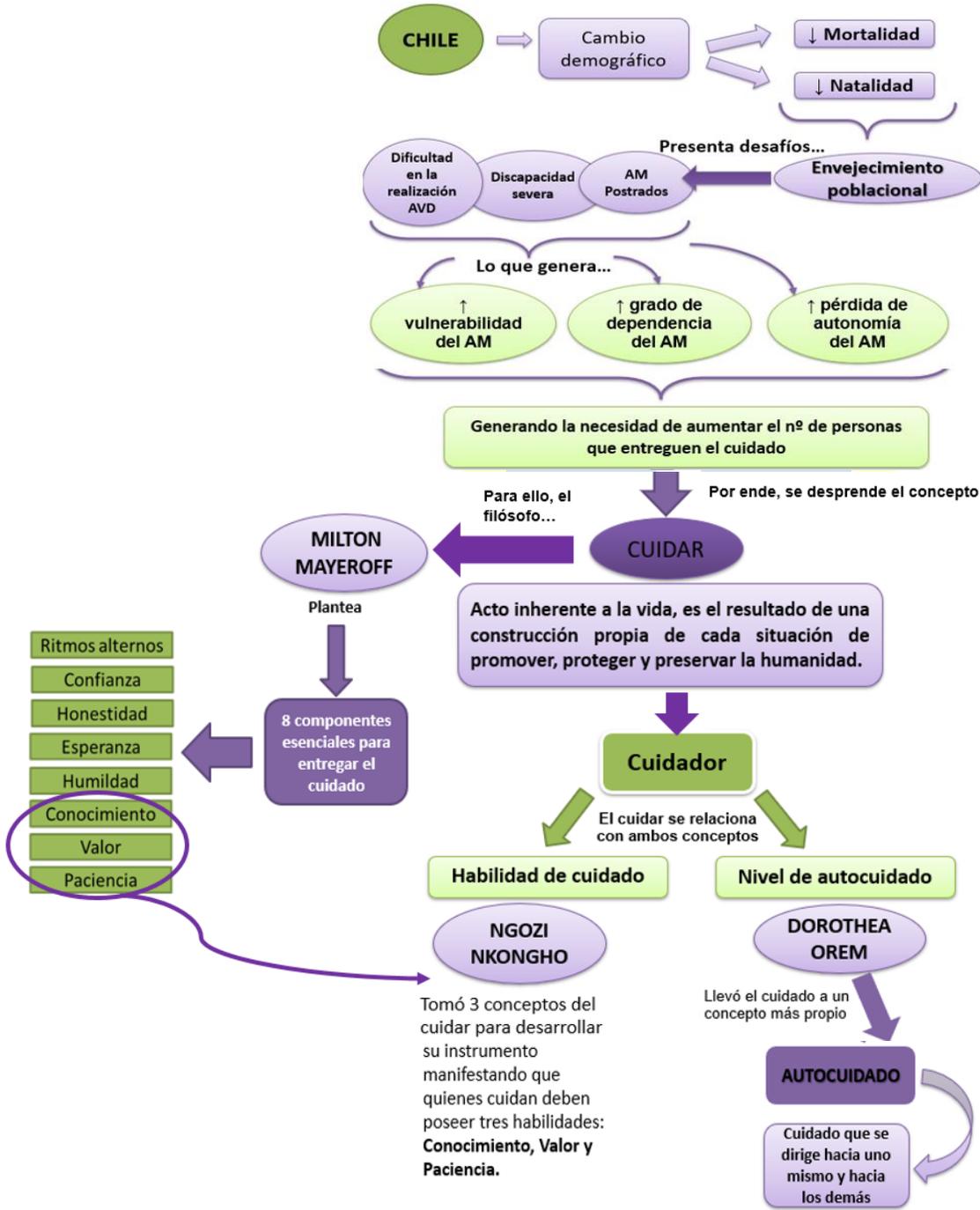
La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales. ¹⁵

Se refiere a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados. Orem ha clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente, estos son: actuar en el lugar de la persona, ayudar y orientar, ayudar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo. ¹⁵

Según la capacidad y la voluntad de la persona los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería, definidos como totalmente compensatorio cuando la enfermera proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona; parcialmente compensatorio cuando la enfermera y el paciente realizan conjuntamente el cuidado, y el apoyo educativo cuando la enfermera ayuda al paciente a adquirir los conocimientos o habilidades relacionadas con su autocuidado.¹⁵



2.1.3 Mapa conceptual del fenómeno de estudio



Fuente: Elaboración propia

Abreviaturas:
 AM: adulto mayor
 AVD: actividades de la vida diaria

2.1.4 Identificación de variables de estudio

Tipo de Variable	Variable	Componente de la Variable
VARIABLE DEPENDIENTE	Habilidad de cuidado	Valor Conocimiento Paciencia
VARIABLES INDEPENDIENTE	Sociodemográficas	Género Edad Escolaridad Estado civil Parentesco
	Autocuidado	Operaciones Transicionales Operaciones Estimativas Operaciones Productivas

Fuente: Elaboración propia

2.1.4.1 Variable dependiente

2.1.4.1.1 Habilidad de cuidado

La habilidad de cuidado es considerada como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser.

El concepto desarrollado por Ngozi Nkongho en 1990, plantea que la habilidad de cuidado es la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo, y asume que las habilidades esenciales del cuidado son el conocimiento, el valor y la paciencia.

El **conocimiento** implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones para conocernos a nosotros mismos y al otro. El conocerse a uno mismo también implica el conocimiento de nuestras creencias y valores, porque estas apoyaran las determinaciones que tomemos durante el proceso de cuidado, para lograr un verdadero cuidado recíproco y trascendental cuyo resultado final será un crecimiento mutuo. ¹⁴

La **paciencia** es otro componente presente en la habilidad de cuidado, Nkongho considera que la paciencia es otorgar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración; incluye el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de otros. La paciencia involucra una directa relación con el otro, es comprender la situación, sus sufrimientos, respetarlo como ser único, con sus propias actuaciones, pensamientos y sentimientos propios de cada situación.¹⁴

Y por último, el componente **valor** se contempla en cada una de las experiencias vividas con el cuidador, en el simple hecho de tomar la determinación de cuidar o de asumir esta obligación; cada una de estas situaciones presenta un grado de valor porque muestra la capacidad de asumir un reto ante lo desconocido, a una situación de posible larga duración, con incertidumbre en el proceso y en los resultados.¹⁴

Esta variable se medirá a través de la escala The Caring Ability Inventory (CAI) o Inventario de Habilidad de Cuidado que permite cuantificar el grado de habilidad de cuidado que una persona puede tener con otros, a través, de 37 ítems de preguntas cerradas, considerando las tres dimensiones de la habilidad de cuidado: conocimiento con 14 ítems, valor con 13 ítems y paciencia con 10 ítems.¹⁴

2.1.4.2 Variables independientes.

2.1.4.2.1 Autocuidado

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.¹⁰

El autocuidado se refiere a la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones

específicas que necesitan realizar, pudiendo escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado. Se considera el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. ¹⁶

El autocuidado será medido a través de la escala de ASA “Agencia valoración de Autocuidado” que fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem. Fue creada por Evers e Isenberg, traducida al español por estudiantes de doctorado en enfermería y traductores profesionales en México. La escala de ASA fue validada para Latinoamérica por Anita Velandia y Luz Rivera, enfermeras colombianas, quienes publicaron un artículo para ver confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana en el año 2009. ¹⁷

La estructura de la Agencia de Autocuidado está constituida por las capacidades para realizar operaciones de autocuidado:

- ❖ **Las operaciones estimativas** comprenden la investigación de las condiciones y los factores internos y externos significativos para el autocuidado.
- ❖ **Las operaciones transicionales** determinan el tipo de acción o curso que debería tomarse con respecto al autocuidado.
- ❖ **Las operaciones productivas** ejecutan las acciones de autocuidado.

Estas capacidades fueron formuladas como los diez componentes de poder de la agencia de autocuidado, que incluyen el desarrollo de un conjunto de habilidades, el uso controlado de energía y la adquisición de conocimiento. ¹⁷

La escala se compone por cuatro categorías de evaluación que se agrupan en cinco afirmaciones derivadas de los requisitos de autocuidado de Orem, las cuales son:

- ❖ **Interacción social:** significa que la persona pueda mantener relaciones sociales que favorezcan el intercambio de ideas y la socialización con las demás personas. Con ello se generan condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquieren

conocimientos, se forman valores y expectativas, como también se consigue una sensación de seguridad y realización. Esto influye de manera positiva puesto que, si la persona tiene una mayor interacción con su entorno, esta será capaz de buscar y recibir apoyo para la satisfacción de sus necesidades.¹⁷

- ❖ **Interacción personal:** Es una conducta que realiza una persona madura o que está madurando para sí misma, que consiste en la práctica de las actividades que se llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, logrando con ello un desarrollo personal y bienestar.¹⁷
- ❖ **Consumo suficiente de alimentos y Actividad y reposo:** Se define el requisito de alimentación como uno de los suministros indispensables para el metabolismo y la producción de energía, en lo que juega un papel fundamental el balance existente entre la actividad y el descanso, ya que de ello dependerá el control de la energía voluntariamente utilizada, la regulación de estímulos del ambiente y la sensación de bienestar general de la persona.¹⁷
- ❖ **Promoción del funcionamiento y desarrollo personal:** según Orem contribuyen al mantenimiento integral del ser humano, ya que el prevenir peligros, se promueve el funcionamiento y bienestar de la persona.¹⁷

2.1.4.2.2 Sociodemográficas

Ciencia que tiene por objetivo el estudio de la población humana, ocupándose de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales, principalmente desde un punto de vista cuantitativo.¹³

- a) **Género:** Características biológicas de la/el cuidadora/or que lo diferencian como hombre o mujer. Variable de tipo nominal, se medirá según hombre y mujer.¹⁴

Esta variable será medida puesto que estudios demuestran que el perfil de cuidadores informales indica un predominio de mujeres.¹⁸

b) **Edad:** Años cumplidos por el cuidador al momento de aplicar el instrumento. ¹⁴

Esta variable será medida para conocer el rango etario predominante, además estudios indican que los rangos etarios de cuidadores informales se ubica mayoritariamente en el grupo de edad de 45 a 64 años. ¹⁹

c) **Escolaridad:** Nivel de instrucción escolar alcanzado. Variable de tipo nominal se medirá a través de una pregunta cerrada categorizándolas en:

- Sin estudios: que corresponde a la condición de las personas que no han cursado ningún periodo estudios formales en el sistema educacional.
- Enseñanza básica incompleta: es la condición en que la persona ha cursado la enseñanza básica sin obtener la licencia de enseñanza básica.
- Enseñanza básica completa: es la condición en que las personas han concluido su educación básica obteniendo la licencia de enseñanza básica.
- Enseñanza media incompleta: es la condición en que la persona ha cursado la enseñanza media sin concluir ni obtener la licencia de enseñanza media.
- Enseñanza media completa: es la condición de la persona que ha concluido su educación media obteniendo la licencia que lo acredita.
- Enseñanza superior incompleta: es la condición en que la persona ha cursado la enseñanza superior técnica o profesional sin concluir y sin obtener un título técnico profesional.
- Enseñanza superior completa: es la condición en que la persona ha cursado y concluido la enseñanza superior técnica o profesional obteniendo un título técnico profesional. ¹⁴

Esta variable será medida para conocer el nivel escolaridad predominante de los cuidadores informales. En general se aprecia una tendencia en los cuidadores a presentar niveles de estudios básicos y medios, con poca población con estudios de nivel superior. Eterovic menciona en sus resultados que el 27,8% de la muestra tienen estudios medios completos y el 26,4% estudios básicos incompletos. ¹⁴

- d) **Estado civil:** Determinado nivel o estado de compromiso adquirido con un tercero. Tipo de relación de pareja afectiva. Variable de tipo nominal, categorizadas en:
- Soltera/o: que es aquella persona que no tiene relación de pareja legal.
 - Casada/o: que es la persona que posee un vínculo de matrimonio legal.
 - Conviviente: que es la persona que mantiene una relación de convivencia de hecho de más de 6 meses.
 - Viuda/o: Persona sin pareja, causada por fallecimiento.¹⁴
 - Unión civil: es una ley que permite que dos personas que conviven o deciden vivir juntas puedan celebrar un contrato con el fin de regularizar los aspectos jurídicos propios de una vida afectiva en común, de carácter estable y permanente. Este acuerdo puede ser celebrado por dos personas naturales, de igual o distinto sexo.²⁰

Esta variable será medida para conocer si existe algún tipo de relación afectiva. Un estudio llamado *“Estímulos contextuales que influyen en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor”*, revela que un 57.1% presentaba una relación de estado civil casado con la persona cuidada que a modo de conclusión define que hay mayor nivel de adaptación en el modo de función del rol.²¹

- e) **Parentesco:** Vínculo de parentesco por consanguinidad, filiación o afinidad, entre quien cuida y la persona cuidada expresado por el cuidador. Variable nominal que se medirá a través de una pregunta cerrada categorizándola en:
- Madre /padre
 - Hija /o
 - Hermana/o
 - Nieta/o
 - Sobrina/o
 - Prima/o
 - Cónyuge

- Nuera /yerno
- Sin parentesco.¹⁴

Esta variable será medida para conocer si existe algún lazo de consanguinidad entre el cuidador y la persona cuidada. Un estudio realizado en Colombia reporta que las hijas y las esposas constituyen los principales lazos de consanguinidad de los cuidadores familiares. ¹⁸

2.2 Marco empírico

La revisión de los estudios disponibles permite visualizar que la habilidad de cuidado de cuidadores ha sido explorada por profesionales de la salud y por estudiantes universitarios tanto en estudios internacionales como nacionales, siendo un tema relevante para el quehacer de enfermería. Sin embargo, en relación con el autocuidado, no se han encontrado suficientes estudios que demuestren y fundamenten cual es el nivel de autocuidado de cuidadores informales, lo cual dificulta el desarrollo de esta investigación.

A continuación, se presentarán datos epidemiológicos, estudios internacionales y nacionales que contextualizan el problema de investigación.

2.2.1 Evidencia nacional epidemiológica

Según datos demográficos y epidemiológicos, Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, definida por una baja en la tasa de natalidad y mortalidad, este cambio demográfico se debe a un mayor descenso de la natalidad, según el Instituto Nacional de Estadística en 1990 la tasa bruta de natalidad fue de un 23,5 ¹, mientras que en el año 2015 disminuyó a un 13,6 ². Otro factor que influye en esta transición es el envejecimiento poblacional, lo que se demuestra en el Censo de 1992 realizado en Chile, donde un 6,6% de las personas tenía 65 o más años y en el Censo 2017 este grupo etario representó el 11,4%. ³

Evidencia nacional, muestra que entre 21,4% y 25,5% de las personas de 60 años y más presentan dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y un 10,7% discapacidad severa. En relación a la prevalencia de personas mayores postradas, el Ministerio de Salud estima que un 3,3% de adultos mayores se encuentran en dicha situación. ⁴

2.2.2 Evidencia regional epidemiológica

Es relevante mencionar datos epidemiológicos de la Región de Valparaíso, debido a que en ella se llevará a cabo esta investigación, además de ser una de las regiones que presenta mayor porcentaje de población adulta mayor.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la región de Valparaíso es considerada la tercera región a nivel nacional con mayor cantidad de población mayor de 60 años, con un total de 342.035 personas, equivalente al 17,9% de la región ²². En relación a la población de 65 años o más, el porcentaje corresponde a un 13,6%, donde se destaca que un 20,2% presenta algún grado de dependencia. ²³

En la comuna de San Felipe, en el año 2002 la población adulta mayor representaba un 8,7%²⁴, esta cifra aumentó al año 2017 registrando un 11,6% de personas de 65 años o más, donde un 17,3% de adultos mayores presenta dependencia. ²³

Cabe destacar que no se han encontrado estudios regionales relacionados con respecto a la habilidad de cuidado y el autocuidado en cuidadores, sólo se han encontrado datos demográficos y epidemiológicos de la quinta región de Valparaíso de Chile. En cuanto a estos porcentajes, se evidencia que la realidad regional no se encuentra alejada de la nacional, lo que nos otorga fundamentos para la importancia de llevar a cabo nuestra investigación.

2.2.3 Evidencia internacional Habilidad de Cuidado

En relación a los estudios que existen en la actualidad sobre la habilidad de cuidado a nivel internacional, un estudio realizado en Colombia por Barrera y otros en el año 2006, plantearon como objetivo describir, analizar y comparar la forma en que se presenta la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica discapacitante en tres países de América Latina. Al describir y comparar la habilidad de cuidado en los cuidadores de tres países (Argentina, Guatemala y Colombia), se determinó un comportamiento similar con dificultades en la prestación del cuidado, y habilidad deficiente en los componentes que la constituyen: conocimiento, valor y paciencia. Aproximadamente una cuarta parte de cada uno, representado entre el 26 y 32% cuentan con un nivel alto; el resto no es óptimo, lo que contribuye a riesgos que implican deficiencias en el cuidado y en las características de éstos se señalan crisis, ausencia de apoyo y percepciones débiles en su habilidad de cuidado.²⁵

Berdejo y Parra en el año 2008 en Colombia realizan un estudio con el propósito de describir el nivel de habilidad de cuidado de cuidadores informales de personas con alteración neurológica. Los resultados del estudio permiten afirmar que la mayoría de los cuidadores informales de personas con alteraciones neurológicas, no han alcanzado las condiciones óptimas necesarias para la prestación del cuidado, a nivel de habilidad total, ni en sus componentes: conocimiento, valor y paciencia, a pesar del tiempo en el ejercicio del cuidado y la relación con la persona.²⁶

Además, estos autores realizaron una modificación en el inventario de habilidad de cuidado proponiendo una escala Likert con respuestas cuyo valor va de 1 a 4, donde 1 equivale a nunca, 2 casi nunca, 3 casi siempre y 4 siempre, dado que las respuestas originales de 1 a 7 tienen una mayor exigencia de comprensión según lo descrito en este estudio.²⁶

María Vicente y otros, en el año 2015 en México, realizaron un estudio con el propósito de identificar la asociación que existe entre el nivel de sobrecarga y el nivel de habilidades de cuidadores informales del adulto mayor. Los resultados obtenidos demuestran que el 25% de los

cuidadores presentó sobrecarga. Las habilidades de cuidado fueron de nivel bajas en 80,7% de los cuidadores y 12,3% nivel medio.

Vicente en su estudio concluye que existe una asociación negativa entre las habilidades del cuidado y la sobrecarga del cuidador, sugiriendo que, a menor nivel de habilidades para el cuidado, mayor será la sobrecarga del cuidador. Se determina que las habilidades en general que tienen los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica, son insuficientes y en sus dimensiones de conocimiento, valor y paciencia presentaron un nivel bajo y medio para afrontar las necesidades de cuidado de los receptores del cuidado.²⁷

En Perú se realizó un estudio de postgrado por María Díaz en el año 2015, cuya investigación buscó determinar la relación entre la habilidad de cuidado y la carga del cuidador primario informal familiar (CPIF) de los pacientes con enfermedad crónica pertenecientes a un programa llamado “Familiar Acompañante” del Hospital Nivel II Vitarte. La muestra estuvo constituida por 32 familiares cuidadores informales. Los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores familiares acompañantes fueron de sexo femenino, mayores de 53 años, de estado civil casados (as), ejercen el rol de cuidador de 4 a más años, en relación con el vínculo familiar la mayoría son esposos(as) e hijos(as). Los cuidadores primarios informales familiares presentan niveles alto y moderado de habilidad de cuidado para sus familiares. La mayoría de los cuidadores primarios informales familiares presenta carga intensa, seguida de carga ligera y un mínimo porcentaje presenta ausencia de carga al aplicar los cuidados para sus familiares. Existe relación moderada inversa y significativa entre la dimensión valor de la habilidad de cuidado con la carga del cuidador, no se evidencia relación entre las dimensiones paciencia y conocimiento de la habilidad de cuidado con la carga del cuidador. Finalmente se concluye que no existe relación entre la habilidad de cuidado y la carga del cuidador primario informal familiar de los pacientes con enfermedad crónica.²⁸

Una tesis de pre-grado realizado en Colombia en el año 2013 por Kethy Barrios, Angélica Lara y Verónica Pérez llamado “Habilidad de los cuidadores informales en el cuidado de pacientes con

enfermedades crónicas y terminales en IPS de tercer nivel” señala que la afectación de la calidad de vida del cuidador informal de una persona con enfermedad crónica y terminal, las convierte en víctimas de una experiencia que incide de manera negativa tanto en la habilidad de cuidado del cuidador como al receptor del cuidado. La investigación busca describir la habilidad de cuidado que tienen los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica y terminal en dos instituciones de tercer nivel de salud. La muestra de este estudio fue de 300 pacientes con enfermedades crónicas y terminales, obteniéndose como resultados que los cuidadores han comprendido la tarea de cuidar, comparten sus sentimientos y conocimientos con otros, conservando la paciencia, ya sea por su fe en Dios o la relación misma con el paciente y consideran que no se ha afectado negativamente su estilo de vida. ²⁹

2.2.4 Evidencia nacional Habilidad de Cuidado

A nivel nacional se encuentran estudios realizados por profesionales de enfermería, en donde se destaca una tesis para optar al grado de doctorado en enfermería, titulada como “*Habilidad de cuidado en cuidadoras/es informales*” de la región de Magallanes, Chile, realizado en la Universidad de Concepción por Claudia Eterovic en el año 2014. Eterovic en su estudio define la habilidad de cuidado como una relación que surge entre una persona que requiere cuidado y otra que asume dicho cuidado. El objetivo de este estudio fue determinar la influencia de los factores de las/los cuidadores y la persona cuidada, en la habilidad de cuidado de las/los cuidadoras/es informales, en donde la variable habilidad de cuidado se midió con el Inventario de habilidad de cuidado (CAI) obteniendo una alfa de Cronbach de 0,728.

Los resultados mostraron que el 88% de la población estudiada son mujeres y que el 58,3% de la muestra presenta nivel alto de habilidad de cuidado, las cuidadoras están mayoritariamente casadas, son hijas cuidando de un progenitor, con estudios medios completos, religión católica, no realizan actividad remunerada, cumplen el rol de jefas de hogar y cohabitan con la persona cuidada. En este estudio se concluye que los factores que resultaron relacionados con la habilidad de cuidado en las cuidadoras informales son: la realización de actividad remunerada por parte de

las cuidadoras, la percepción de apoyo social en todas sus dimensiones (afectiva, de relaciones sociales, material y emocional), el rol sexual que asumen las cuidadoras y la percepción del propio estado de salud. ¹⁴

Posteriormente, en el año 2015 Eterovic en conjunto con Sara Mendoza y Katia Sáez realizaron un nuevo estudio en donde el objetivo principal fue conocer la relación entre la habilidad de cuidado y la sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas con discapacidad severa, a fin de que las/os enfermeras/os puedan tener más elementos de acompañamiento e intervención para quienes asumen la responsabilidad de cuidar en el hogar. La habilidad de cuidado con sus dimensiones: conocimiento, paciencia y valor se midió con el Inventario de habilidad de Cuidado y el nivel de sobrecarga con la Escala de Sobrecarga de Zarit.

En los resultados se encontró una relación significativa negativa entre la habilidad de cuidado total y la sobrecarga de las/los cuidadoras/res, es decir, a menor habilidad de cuidado, más intenso es el nivel de sobrecarga que experimentan. En cuanto a las dimensiones conocimiento, paciencia y valor, el 84,1% presentó nivel alto de conocimiento y el 15,9% nivel medio sin presencia de cuidadores con puntaje en el nivel bajo. En la dimensión paciencia ocurre algo similar con un 87,4% de la población en nivel alto y un 12,6% en nivel medio. En la dimensión valor se aprecia que el mayor porcentaje de personas (82,8%) presenta un nivel de medio valor, un 9,3% de nivel alto y un 8,0% con nivel bajo de valor. Finalmente, se concluyó que las/os cuidadoras/es informales poseen habilidad de cuidado con un nivel alto de conocimiento y paciencia para la labor de cuidar y ello se relaciona con la ausencia de sobrecarga. ⁵

2.2.5 Evidencia internacional Autocuidado

En relación a estudios que evaluaron el nivel de autocuidado, a nivel internacional existen dos estudios que miden la validez y confiabilidad de la escala ASA, el primero de Fred Manrique, Alba Fernández y Anita Velandia, realizado en Colombia en el año 2009, en el cual el objetivo del artículo fue presentar la confiabilidad y la validez factorial de la versión en español de ASA,

adaptada por la profesora Edilma de Reales de la Universidad Nacional de Colombia. El instrumento mostró un alfa de Cronbach de 0,68 y 0,74 corregido. Los resultados de este estudio han documentado, por medio de un proceso sistemático, satisfactorias cualidades psicométricas de la Escala ASA en español, versión de Edilma de Reales, lo cual sustenta el uso en Colombia de esta versión del instrumento en adultos crónicos.¹⁷

El segundo artículo relacionado es realizado por Velandia y Rivera, quienes tienen el objetivo de establecer la confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA) de Evers e Isenberg, segunda versión en español, y describir la capacidad de agencia de autocuidado en personas con factor de riesgo cardiovascular que asisten al programa de crónicos del servicio de consulta externa de un hospital de Bogotá, Colombia. Como resultado se encontró que el 35,8% de los participantes tuvo buena capacidad de agencia de autocuidado y el 62,6%, regular. Se aplicó el coeficiente de confiabilidad alfa-Cronbach a la escala ASA y se obtuvo un valor de 0,744. Se demuestra que existe una diferencia de 0,026 por debajo del valor reportado en la medición de confiabilidad de la escala ASA, realizada por la doctora Gallegos, primera versión en español, para un contexto mexicano; estos resultados significan que los 24 ítems analizados de la escala miden un mismo concepto y por lo tanto se concluye que el instrumento posee consistencia interna.³⁰

Un estudio, realizado en Colombia en el año 2017, tenía como objetivo relacionar el nivel de carga y la capacidad de autocuidado en cuidadores informales de pacientes crónicos en el municipio de Tenjo, usando escalas, para evaluar cómo influye una sobre la otra. En los resultados se obtuvo que la carga y el autocuidado tienen una débil relación inversamente proporcional (Coeficiente de Spearman -0.368). Además se evidencia que existe un porcentaje significativo de disfuncionalidad familiar moderada en la muestra. Y se encontró relación inversa entre la dependencia y la sobrecarga, de forma débil. Rodrigo Sarmiento y otros, concluyen que existe una relación inversamente proporcional de forma débil, entre la sobrecarga y el autocuidado, es decir, si la sobrecarga aumenta, la repercusión en el autocuidado será mayor, por ende disminuirá

la capacidad de autocuidado del cuidador. Sin embargo, según los resultados del estudio, este último fue suficiente en la mayoría de cuidadores.³¹

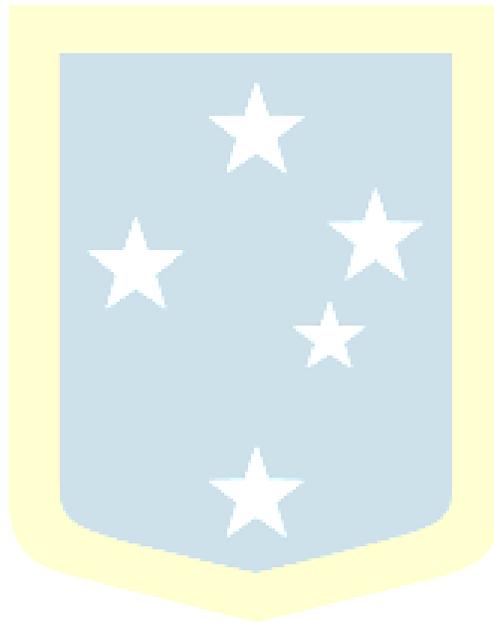
2.2.6 Evidencia nacional Autocuidado

En relación a estudios que evaluaron el nivel de autocuidado, cabe señalar que no se han encontrado estudios que relacionen la habilidad de cuidado con el nivel de autocuidado, sin embargo, se evidencia relación con otros factores que influyen en el autocuidado, como la sobrecarga del cuidador y el apoyo social percibido.

Un estudio realizado en Chile por Espinoza y Jofré menciona que al existir un cambio demográfico por el envejecimiento poblacional a nivel país, ha llevado a delegar la responsabilidad de los cuidados a la familia, donde surge el concepto de cuidador informal. Espinoza y Jofré en su estudio plantean como objetivo conocer el nivel de sobrecarga, el apoyo social percibido, la capacidad de agencia de autocuidado y otros factores relacionados, en cuidadores/as informales de pacientes dependientes de la comuna de Tomé, Chile. Los resultados emanados del estudio establecen que los cuidadores/as informales son en su mayoría mujeres, adultas, con pareja, con educación básica incompleta, con alguna patología por la cual reciban tratamiento médico permanente, responsables del cuidado de su madre y en menor medida de su cónyuge o pareja, no desarrollan algún trabajo remunerado, sin participación social y con percepción económica insuficiente para la satisfacción de las necesidades de la vida diaria, dedicando gran parte del día a la actividad de cuidar, sin recibir ayuda de terceros.¹⁶

Rebolledo en su estudio en el año 2010 en Chile, mide el nivel de autocuidado en los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío Bío. Considera que dentro del perfil de egreso de los estudiantes se destaca la preocupación por el fomento del autocuidado, más aún cuando los estudiantes en práctica profesional en diversas comunidades y centros de atención de salud llevan a cabo la promoción y prevención como un rol fundamental propio de la profesión.

Rebolledo para medir el nivel de autocuidado utilizó un instrumento que integra preguntas de selección múltiple y la aplicación de la Escala de Valoración de la capacidad de Autocuidado de Esther Gallego. La muestra comprendió un total de 146 participantes, 111 mujeres y 35 hombres, todos alumnos regulares de segundo a cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío, sede Chillán. Concluye que los alumnos participantes de la investigación poseen déficit de autocuidado en áreas básicas de desarrollo tales como actividad-reposo y alimentación; además de presentar conductas que no favorecen el autocuidado y que entorpecen la labor de entregar ejemplo de promoción y mantención de la salud ante la comunidad.³²



CAPITULO 3

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio y diseño experimental

El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo, ya que es un proceso de medición y observación de un fenómeno utilizando la estadística para analizar objetivamente una pregunta de investigación, y es transversal porque se analizará a la población en estudio en una sola oportunidad, y no en un periodo de tiempo determinado.

3.2 Estimación del tamaño muestral

La muestra es de tipo no probabilística, por conveniencia, ya que los participantes fueron seleccionados dada la conveniente accesibilidad a la población. Además, no se realizó cálculo del tamaño muestral por ser una población cautiva reducida.

Los datos obtenidos no serán generalizables por que no se realizó una selección mediante criterio estadístico para esta investigación, estudiando a todos los individuos que componen la población.

El universo del estudio inicialmente constaba de 39 cuidadores comunitarios informales inscritos en el curso *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* que han sido capacitados anteriormente por docentes de Enfermería de la Universidad de Valparaíso y otras instituciones reconocidas durante el año 2017. Al segundo semestre del año 2018 el total de personas inscritas se redujo a 30 participantes.

3.3 Criterios de inclusión

Todos los cuidadores comunitarios informales de adultos mayores inscritos en el curso de capacitación *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”*, que accedan de manera voluntaria a ser parte de la investigación y firmen el consentimiento informado.

3.4 Criterios de exclusión

Todos los cuidadores comunitarios informales de adultos mayores inscritos en el curso de capacitación “*Fortaleciendo el cuidado de la experiencia*”, que no accedan a participar en la investigación y que reciban una remuneración por el cuidado entregado.

3.5 Caracterización de la muestra

La muestra está constituida por 30 cuidadores informales inscritos en el curso “*Fortaleciendo el cuidado de la experiencia*”, de los cuales 29 son mujeres y 1 es hombre. El rango etario de los participantes varía entre los 40 años a los 80 años de edad.

3.6 Descripción de instrumento de recolección de datos

El Instrumento que se aplicará será auto administrado y asistido por los tesisistas. Se acordará un día con los participantes en el cual se aplicarán los instrumentos y en caso de que la asistencia sea reducida (menor a un 75%) se fijará otro día de aplicación.

El instrumento a utilizar consta de tres partes: (VER ANEXO N°1)

3.6.1 Parte 1

Formada por 5 preguntas sociodemográficas que caracterizan a los cuidadores participantes: edad, género, nivel educacional, estado civil y parentesco con la persona a cuidar.

3.6.2 Parte 2

3.6.2.1 Formado por Escala “The Caring Ability Inventory” (CAI)

El nivel de habilidad de cuidado se medirá mediante la escala The Caring Ability Inventory (CAI) o inventario de habilidad de cuidado, que permite cuantificar el grado de habilidad de cuidado que una persona puede tener con otros. Según la autora Ngozi Nkongho, un cuidador con habilidad experimenta una sensación de pertenencia, vínculo, es estable y resiliente al estrés. El cuidado para Nkongho, debe tener al menos tres elementos del proceso de ayuda: la autenticidad de quien ayuda, el reconocimiento positivo hacia la otra persona y la comprensión empática.

La medición de la habilidad de cuidado de las/los cuidadoras/es fue propuesta por la misma autora, quien con base a un estudio fenomenológico mediante observaciones y entrevistas identificó y describió conductas de cuidado de personas de diferentes culturas, desarrollando el Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI) en 1990.¹⁴

El instrumento original está constituido por 37 ítem con respuestas tipo Likert que van de 1 a 7, en donde 1 equivale a totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo, con los puntajes más altos indicando mayor grado de cuidado para el ítem positivamente formulado. Para el ítem negativamente formulado, el puntaje se invierte. Las respuestas a los ítems se suman para cada sub-escala, dando un puntaje total y otro específico. Tras las revisiones de publicaciones relativas al instrumento se decidió utilizar la versión colombiana del CAI de Berdejo y Parra, quienes proponen una escala Likert con respuestas cuyo valor va de 1 a 4, donde 1 equivale a nunca, 2 casi nunca, 3 casi siempre y 4 siempre, dado que las respuestas de 1 a 7 tienen una mayor exigencia de comprensión según lo descrito en dicho estudio. Las sub-escalas se clasifican en tres dimensiones asociadas con el entendimiento del propio ser y de otros: conocimiento, valor y paciencia.²⁶

Las respuestas a los ítems se suman para cada subescala, dando un puntaje total para cada una. La subescala de Conocimiento consiste en 14 ítems, el Valor en 13 ítems, y la Paciencia en 10 ítems.²⁵

Tabla N°1: Preguntas por dimensiones escala CAI

Dimensiones del cuidado	Número de ítem	Preguntas
Conocimiento	14	<p>2. ¿Cree usted que el hoy está lleno de oportunidades?</p> <p>3. Usualmente digo lo que quiero decir a otros.</p> <p>6. Tengo la capacidad que me gusten las personas aunque yo no les guste a ellas.</p> <p>7. Entiendo a las personas fácilmente.</p> <p>9. Me tomo el tiempo para llegar a conocer personas.</p> <p>19. La gente puede contar conmigo para hacer lo que dije que haría.</p> <p>22. Le encuentro significado a cada situación.</p> <p>26. De verdad yo me gusto a mí mismo.</p> <p>30. Acepto a las personas tal como son.</p> <p>31. Cuando cuido a alguien no tengo que esconder mis sentimientos.</p> <p>33. Puedo expresar mis sentimientos a las personas, de una forma cálida u cuidadosa.</p> <p>34. Me gusta hablar con las personas.</p> <p>35. Me veo como una persona sincera en mis relaciones con otros.</p> <p>36. Las personas necesitan espacio (lugar, privacidad) para pensar y sentir.</p>

Paciencia	10	<p>1. ¿Cree usted que aprender toma tiempo?</p> <p>5. Veo la necesidad de cambio de mí mismo.</p> <p>10. Algunas veces me gusta estar incluido en las actividades grupales.</p> <p>17. Admiro a las personas que son calmadas, compuestas y pacientes.</p> <p>18. Creo que es importante respetar las actividades y sentimientos de otros.</p> <p>20. Creo que hay espacio para mejorar.</p> <p>21. Los buenos amigos velan por los demás.</p> <p>24. Me gusta ofrecer ánimo a las personas.</p> <p>27. Veo fortalezas y debilidades (limitantes) en cada individuo.</p> <p>37. Puedo ser abordado por las personas en cualquier momento.</p>
Valor	13	<p>4. Hay muy poco que yo pueda hacer para que una persona se sienta importante.</p> <p>8. He visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver</p> <p>11. No hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor.</p> <p>12. Me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí.</p> <p>13. No me gusta desviarme de mis cosas para ayudar a otros.</p> <p>14. Al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos.</p> <p>15. No importa lo que digan los demás mientras yo haga lo correcto.</p> <p>16. Encuentro difícil entender cómo se sienten las personas si no he tenido experiencias similares a ellas.</p> <p>23. Tengo miedo de "dejar ir" a aquellos a quienes cuido por temor de lo que pueda sucederles.</p> <p>25. No me gusta hacer compromisos más allá del presente.</p> <p>28. Las nuevas experiencias usualmente me producen miedo.</p> <p>29. Tengo miedo de abrirme y dejar que otros vean quien soy.</p> <p>32. No me gusta que me pidan ayuda.</p>

Fuente: Elaboración propia

Una vez obtenidos los resultados, se desprende un puntaje total de habilidad del cuidado el cual fue clasificado en nivel alto, medio y bajo; además de obtener un resultado total, también se obtiene un puntaje por cada dimensión del CAI (conocimiento, paciencia y valor) donde se determina cuál es el nivel que presenta el cuidador en cada una de estas dimensiones siendo clasificado según el nivel correspondiente (alto, medio y bajo).⁸

Tabla N°2: Categorías para la clasificación de los resultados del instrumento Inventario Habilidad de Cuidado (CAI) para CAI total y por categorías.

<i>Categorías</i>	CAI Total	Conocimiento	Valor	Paciencia
Alto	148-111	56-43	52-40	40-30
Medio	110-74	42-28	39-26	29-20
Bajo	73-37	27-14	25-13	21-10

Fuente: Elaborado por Eterovic C.

3.6.2.2 Validez del instrumento

No se han hecho estudios sistemáticos de sus propiedades psicométricas, especialmente de su validez, y no aparecen estudios de la estructura factorial del instrumento, ni exploratorios, ni confirmatorios.²⁶ Existe evidencia de la confiabilidad del CAI, y se aprecia una consistencia interna aceptable tanto en su versión en inglés obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,84 como en su versión en español donde según Berdejo y Parra, este instrumento presenta un alfa de Cronbach de 0,86. Es relevante mencionar que en Chile se ha utilizado la escala CAI en una tesis para optar al grado de Doctora en Enfermería llamada *“Habilidad de cuidado en cuidadoras/es informales, región de Magallanes, Chile.”* en la Universidad de Concepción aplicado en 151 personas en el año 2014. En este estudio, además se realizó el control de la confiabilidad y la validez de los datos en la investigación a través de una prueba piloto que fue aplicada durante un mes y medio a un grupo de 25 cuidadoras/es que asistían a control en “Programa de alivio del dolor y cuidados

paliativos” del Hospital Clínico de Magallanes. La prueba piloto brindó información acerca de: la comprensión de las preguntas, claridad de las preguntas y de las instrucciones, extensión de la entrevista, características de la labor de los encuestadores y las necesidades de preparación de estos y verificar el análisis de los datos. Para establecer la confiabilidad interna del Inventario de habilidad de cuidado y de sus dimensiones: conocimiento, paciencia y valor se calculó el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach, que arrojó un valor de 0.728 para la escala total lo que demuestra un valor de consistencia aceptable. En la dimensión conocimiento, se constató un alfa de Cronbach de 0.683 considerada una consistencia cuestionable, para la dimensión paciencia un alfa de Cronbach de 0,548 y para la dimensión valor, un alfa de Cronbach de 0.519, estas últimas son consideradas pobres.

La autorización de Ngozi Nkongho para utilizar el instrumento (CAI “Caring Ability Inventory”) fue mediante la plataforma GMAIL, quién respondió de forma asertiva y solicitó conocer los resultados de la investigación. ²⁶ (VER ANEXO N°2)

3.6.3 Parte 3

3.6.3.1 Formada por “Escala Apreciación de Agencia de autocuidado” (ASA)

El autocuidado será medido a través de la escala de “Apreciación de Agencia de Autocuidado” ASA, que fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem. La estructura de la Agencia de Autocuidado está constituida por las capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas. Las operaciones estimativas comprenden la investigación de las condiciones y los factores internos y externos significativos para el autocuidado; las transicionales determinan el tipo de acción o curso que debería tomarse con respecto al autocuidado, mientras que las productivas ejecutan las acciones de autocuidado. Estas capacidades fueron formuladas como los diez componentes de poder de la agencia de autocuidado, que incluyen el desarrollo de un conjunto de habilidades, el uso controlado de energía y la adquisición de conocimiento.

La Escala ASA, liberada internacionalmente para su uso, se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos. En Colombia, la profesora Edilma de Reales, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, elaboró una segunda versión en español de la Escala ASA, modificando la redacción de los ítems, de tal manera que fueran más claros y comprensibles para la población colombiana, sin cambiar el sentido de cada uno de ellos; también modificó la escala Likert a solo 4 apreciaciones, donde 1 Nunca, 2 Casi Nunca, 3 Casi Siempre y 4 Siempre.¹⁷

Los 24 ítems se agrupan en cinco categorías de la capacidad de agencia de autocuidado: las preguntas 12 y 22 hacen parte de la categoría de interacción social; las preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23, corresponden a la categoría de bienestar personal donde se maneja la prevención de riesgos para la vida humana y el funcionamiento del cuerpo; las preguntas 3, 6, 11, 13 y 20 evalúan la categoría de actividad y reposo; la pregunta 9 hace referencia a la categoría de consumo suficiente de alimentos y por último las preguntas 1, 10, 18 y 24 corresponden a la categoría de promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo al potencial humano.³²

Tabla N°3: Preguntas por categorías escala ASA

Categorías	Preguntas
Interacción Social	12-. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre 22-. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda
Interacción Personal	2-. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas 4-. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo 5-. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud 7-. Yo puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud que las que tengo ahora 8-. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio 14-. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo 15-. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio 16-. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud 17-. Cuando tengo que tomar una nueva medicina, cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios 19-. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud 21-. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer 23-. Puedo sacar tiempo para mí
Actividad y Reposo	3-. Si yo tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda 6-. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo 11-. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo 13-. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado 20-. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme
Consumo suficiente de alimentos	9-. Para mantener el peso que me corresponde hago cambio en mis hábitos alimenticios
Promoción funcionamiento y desarrollo personal	1-. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud

	10-. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser
	18-. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro
	24-. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°4: Interpretación de los resultados de la escala de valoración de las capacidades de Agencia de Autocuidado

Calificación	Puntaje Escala	Significado	Porcentaje	Capacidades de Agencia de Autocuidado
1	1 – 24	Nunca	0 – 25%	Muy Bajas
2	25 – 48	Casi Nunca	26 – 50%	Bajas
3	48 – 72	Casi Siempre	51 – 75%	Buenas
4	73 – 96	Siempre	76 – 100%	Muy Buenas

Fuente: Confiabilidad de la escala apreciación de la agencia de autocuidado (ASA), 2ª versión en español, adaptada para la población Colombiana

3.6.3.2 Validez del instrumento

La escala de “Apreciación de Agencia de Autocuidado” (ASA), en Chile, no se encuentra validada, sin embargo ha sido utilizada en diversas investigaciones, una de estas fue realizada por Daniela Rebolledo llamado “Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem”.³²

La escala de “Apreciación de Agencia de Autocuidado” (ASA) originalmente creada por Evers e Isenberg en idioma inglés, fue traducida al español por dos estudiantes de doctorado en

Enfermería y tres traductores profesionales. Las cinco traducciones fueron analizadas y comparadas por las estudiantes de doctorado a fin de construir un solo cuestionario. Como resultado de esta revisión, los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos en forma más simple, discreta y gramaticalmente correcta. Las instrucciones también sufrieron modificaciones para hacerlas comprensibles. Esta traducción en español fue aprobada por la investigadora, quien concluyó que la escala ASA en versión en inglés era equivalente a la escala ASA en versión en español.³⁰

Para confirmar validez y confiabilidad de la escala en español, Esther C. Gallegos Cabriales empleó la escala en versión español en un grupo de adultos diabéticos, y desarrolló un estudio descriptivo, correlacional y transversal con una muestra de 192 adultos diabéticos, de los cuales 120 estaban hospitalizados y 72 recibían atención ambulatoria, y confirmó la relación teórica entre los conceptos factores condicionantes básicos (estado de salud) y capacidad de agencia de autocuidado.³⁰

En este estudio, Esther Gallegos determinó la validez conceptual y confiabilidad de la escala, versión en español, obteniendo un valor alfa de Cronbach de 0,77, lo que significa que los ítems de la escala miden un mismo concepto (consistencia interna), y confirmó la validez conceptual de la escala al discriminar el grupo de pacientes con diabetes hospitalizados, de los ambulatorios, por una diferencia de medias a favor de los segundos; además el efecto significativo de los factores condicionantes básicos sobre las capacidades de autocuidado de los adultos con diabetes reafirmó la validez conceptual de la escala.³⁰

Las docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia han empleado la escala ASA en español, en diferentes investigaciones en el país, con la resultante modificación de la escala Likert y la forma de las respuestas (pasando de totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo, al formato de respuestas nunca, casi nunca, casi siempre y siempre). Lo anterior debido a que los ítems de la escala se utilizan para describir a las personas en su capacidad para comprometerse con el autocuidado y no para señalar si están de acuerdo o no con los enunciados. Por otro lado, se modificó la escala Likert a

4 puntos, eliminando la opción intermedia (la tercera), ya que esto permitía que el entrevistado se ubicara en un punto medio, sin detenerse a pensar en la realidad de su agencia de autocuidado; el formato de respuestas resultante quedó con las siguientes opciones: uno (nunca) significa el valor más bajo de agencia de autocuidado, dos (casi nunca), tres (casi siempre) y cuatro (siempre) significa el valor más alto.¹⁶

La experiencia con el uso de esta versión en español con otros grupos en Centroamérica y Colombia ha hecho necesario ajustar el léxico de los ítems de la escala ASA, primera versión en español, con unas variaciones al lenguaje que más comúnmente se habla y entiende en el país, sin que se cambie el sentido de ninguno de los ítems.³⁰

Esta segunda versión en español fue revisada y adaptada por la profesora Edilma de Reales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con permiso de la Doctora Gallegos, en 2004, modificando la forma de redacción de los ítems de manera que fueran más claros y comprensibles para la población colombiana, sin cambiar el sentido de ninguno de ellos. Además fue revisada en cuanto a su corrección y comprensión idiomática por 10 enfermeras y profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2005.³⁰

La escala de ASA fue validada para Latinoamérica por Anita Velandia y Luz Rivera, enfermeras colombianas, quienes publicaron un artículo para ver “*Confiabilidad de la escala Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana*” en el año 2009.³⁰

El procedimiento para la medición de la confiabilidad de la escala ASA fue el siguiente: Se aplicó la escala ASA a 201 personas; se obtuvieron los resultados; se realizó un análisis factorial por medio de una matriz de coeficientes de correlación entre todos los ítems; se elaboró la matriz de correlación con los coeficientes obtenidos; se calculó el promedio de las correlaciones y el

número de correlaciones no repetidas o excluidas y con los valores anteriores se calculó el valor del coeficiente de alfa-Cronbach. ³⁰

El alfa de Cronbach total fue de 0,689 sin corrección y el estandarizado fue de 0,744; se observa una diferencia de 0,026 por debajo del valor reportado en la medición de confiabilidad de la escala ASA, realizada por la doctora Gallegos, primera versión en español, para un contexto mexicano; estos resultados significan que los 24 ítems analizados de la escala miden un mismo concepto y por lo tanto se concluye que el instrumento posee consistencia interna. ³⁰

3.7 Recolección de datos

Inicialmente se realizará un primer contacto con las coordinadoras del programa *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* para solicitar una reunión con los 30 cuidadores comunitarios informales pertenecientes al programa. Luego de esto, se realizará la reunión con este grupo, en la cual se les explicará el motivo de la investigación y se les detallará el proceso que conlleva la realización del proyecto, motivando a la participación. Se informarán las fechas de aplicación de los instrumentos y la importancia de la aceptación del consentimiento informado, destacando el resguardo del anonimato de los datos recolectados. Para entregar la información anteriormente mencionada, se realizará una exposición a través de medios audiovisuales y de un tríptico informativo. (VER ANEXO N°3)

Posteriormente, se gestionará una segunda reunión con las coordinadoras del programa para acordar fecha y horario de aplicación de instrumentos a los 30 cuidadores comunitarios informales. La aplicación de los instrumentos será realizada en las dependencias del obispado, en donde se explicará que antes de contestar la encuesta es necesaria la firma del consentimiento informado.

3.8 Análisis Estadístico de los resultados

Los datos obtenidos serán codificados e ingresados a una base de datos utilizando el programa computacional SPSS 21. Posteriormente, se realizará un análisis estadístico de tipo descriptivo por cada pregunta y variable, que serán presentadas en gráficos circulares de distribución y tablas de frecuencias.

3.9 Consideraciones éticas

Para llevar a cabo la investigación, fue necesaria la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso (*VER ANEXO N°4*)

En esta investigación se respetan todos los principios éticos los cuales se describen a continuación: (*VER ANEXO N°5 y N°6*)

- Se respeta el **principio de no maleficencia**, ya que este proyecto no conlleva ningún riesgo para la salud de los participantes debido a que no se realizan procedimientos invasivos que produzcan un daño físico o psicológico.
- El **principio de beneficencia** debido a que la información obtenida mediante este estudio servirá de insumo a los profesionales responsables del programa, con el fin de incorporar futuras intervenciones y capacitaciones que permitan mejorar la habilidad de cuidado y el nivel de autocuidado de estos cuidadores. Además, se realizará un taller de autocuidado con el fin de reforzar esta capacidad.
- El **principio de autonomía** donde se respetan los derechos de los participantes a ser parte o no del estudio y/o a retirarse de este si lo estiman conveniente, asegurando la confidencialidad y la identidad de los participantes. El registro de los datos es reservado y esta información será resguardada y almacenada en las dependencias de la universidad durante un periodo de cinco años a los cuales solo tendrá acceso el investigador principal y los estudiantes tesistas, luego de este periodo los datos serán eliminados.
- El **principio de justicia** en donde los participantes tienen el mismo derecho a manifestar dudas y recibir una información de manera equitativa e igualitaria.

CAPITULO 4
RESULTADOS

4.1 Variable Sociodemográfica

Tabla N°5 Perfil sociodemográficos de los cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	25	96%
	Masculino	1	4%
Edad	40 a 50	3	11%
	51 a 60	3	12%
	61 a 70	13	50%
	71 a 80	7	27%
Escolaridad	Sin escolaridad	0	0%
	Básica incompleta	0	0%
	Básica completa	1	4%
	Media incompleta	6	23%
	Media completa	9	35%
	Superior incompleta	5	19%
	Superior completa	5	19%
Estado Civil	Casado	14	54%
	Separado	2	8%
	Conviviente	0	0%
	Viudo	5	19%
	Soltero	5	19%
	Unión Civil	0	0%
Parentesco	Madre/Padre	2	8%
	Hermana/o	0	0%
	Sobrina/o	0	0%
	Cónyuge	1	4%
	Hija/o	1	4%
	Nieta/o	0	0%
	Prima/o	0	0%
	Nuera/Yerno	3	11%
	Sin parentesco	19	73%

En la presente tabla, se refleja una prevalencia del sexo femenino en los cuidadores del curso *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”*, con un 96% que equivalen a 25 cuidadoras, por otro lado solo el 4% corresponde al sexo masculino con solo un 1 cuidador.

Se observa que el grupo etario predominante es de 61 a 80 años con un 77% de la población (20 cuidadores), un 23% corresponden a adultos medios de 40 a 60 años (6 cuidadores), obteniéndose un promedio de edad de la población de 64,7 años.

Con respecto al nivel de escolaridad, se observa que predomina el nivel de educación media completa con un 35% (9 cuidadores), seguido de educación media incompleta con un 23% (6 cuidadores), por otro lado un 19% completó la educación superior (5 cuidadores), y otro 19% no completó la educación superior (5 cuidadores); finalmente solo el 4% posee estudios hasta la enseñanza básica (1 cuidador).

En cuanto al estado civil de los participantes, se puede observar que un 54% de los cuidadores se encuentra casado (14 cuidadores), un 19% son viudos (5 cuidadores), 19% son solteros (5 cuidadores), y un 8% se encuentran separados (2 cuidadores).

Con respecto al parentesco, se observa que los cuidadores que presentan parentesco con la persona cuidada corresponden a un 27% (7 cuidadores), mientras que un 73% no presenta parentesco con la persona cuidada.

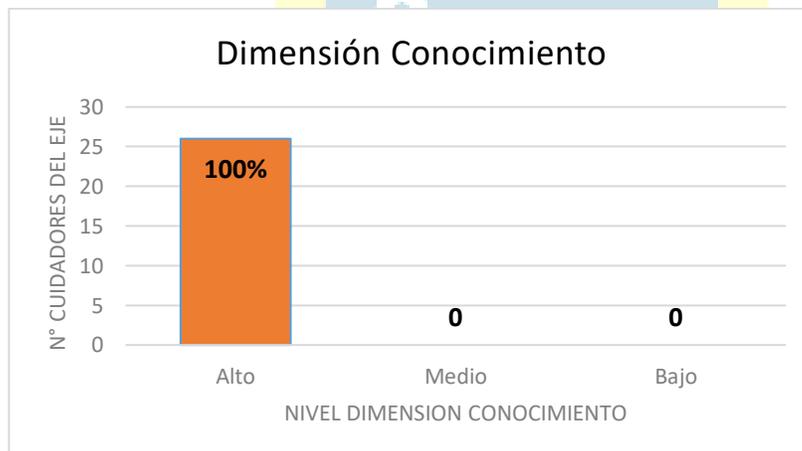
4.2 Variable Habilidad de Cuidado

Gráfico N°1: Distribución de los cuidadores según nivel de habilidad de cuidado



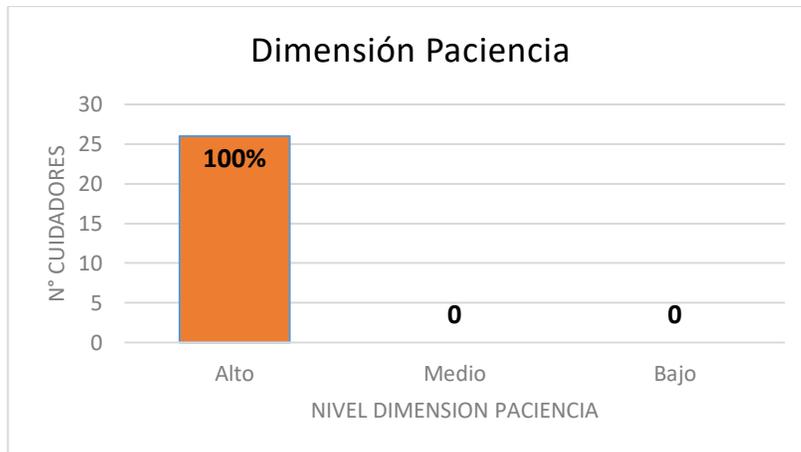
Análisis del gráfico: En el presente gráfico se observa que el 100% de los participantes presenta un nivel alto de habilidad de cuidado.

Gráfico N°2: Nivel de habilidad de cuidado: Dimensión Conocimiento



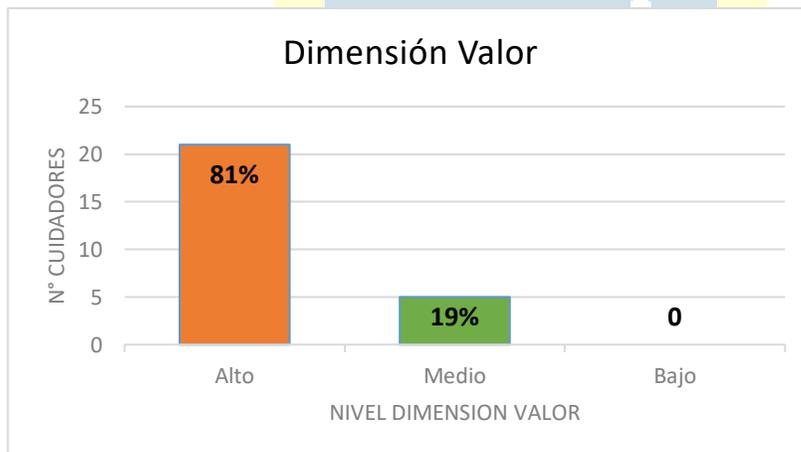
Análisis del gráfico: A partir de este gráfico, se puede observar que el 100% de los participantes, posee un nivel alto de conocimientos para ejercer el cuidado.

Gráfico N°3: Nivel de habilidad de cuidado: Dimensión Paciencia



Análisis del gráfico: En el presente gráfico, se observa que el 100% de los cuidadores presentan un nivel alto de paciencia al momento de ejercer el cuidado.

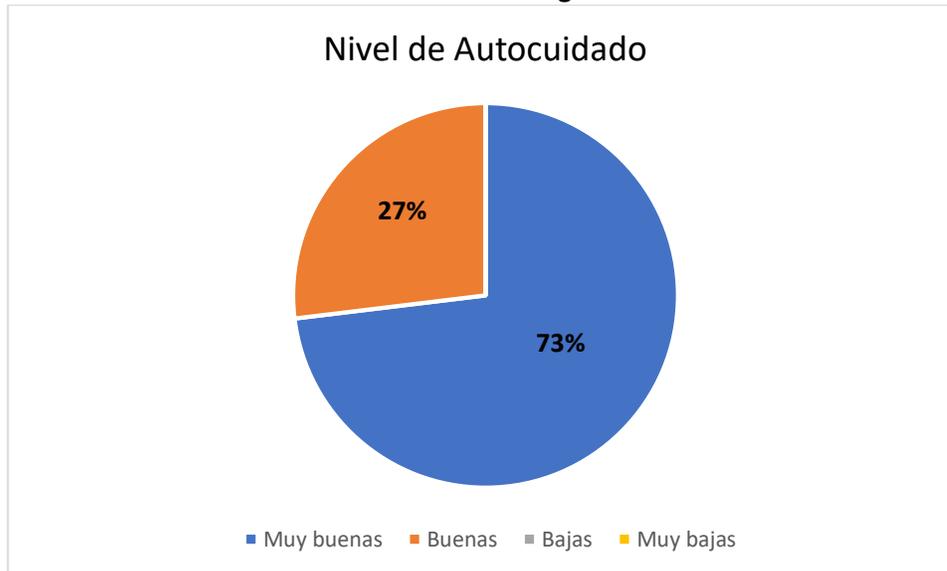
Gráfico N°4: Nivel de habilidad de cuidado: Dimensión Valor



Análisis del gráfico: En la dimensión valor, se evidencia que un 81% de los cuidadores presentaron un nivel alto en esta dimensión, mientras que un 19% presentó un nivel medio.

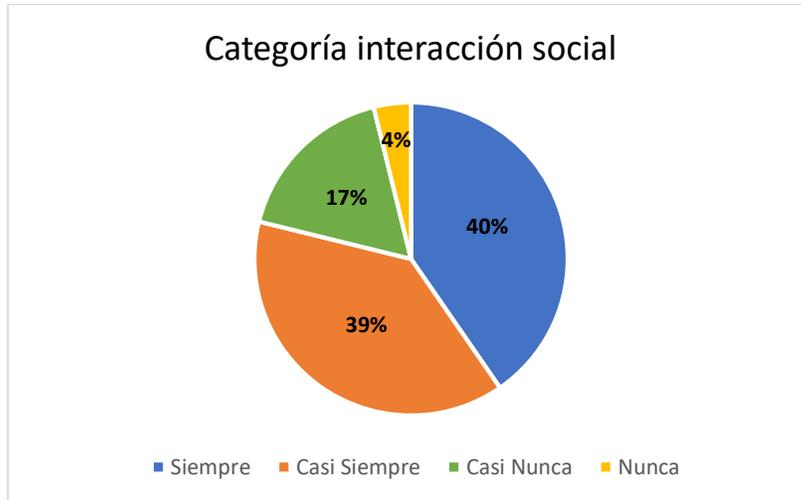
4.3 Variable Autocuidado

Gráfico N°5: Distribución de los cuidadores según nivel de autocuidado



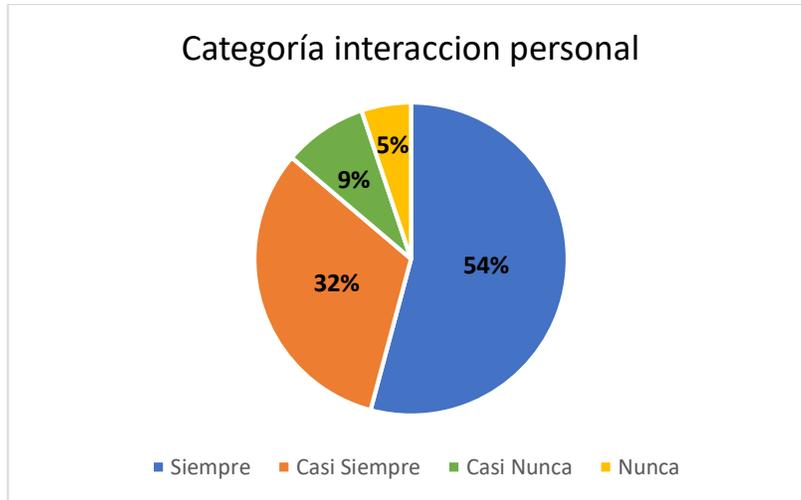
Análisis del gráfico: En el presente gráfico, se logra evidenciar que un 73% de la población presenta un nivel de autocuidado muy bueno, mientras que un 27% posee un nivel de autocuidado bueno.

Gráfico N°6: Nivel de autocuidado: Categoría Interacción Social



Análisis del gráfico: Al analizar el gráfico se puede evidenciar que un 40% los participantes siempre presenta redes de apoyo a las que puede acudir y un 39% casi siempre. Por otro lado, se encontró que un 17% indicó que casi nunca tiene a quien pedir ayuda, mientras que un 4% no tiene en quien apoyarse.

Gráfico N°7: Nivel de autocuidado: Categoría Interacción Personal



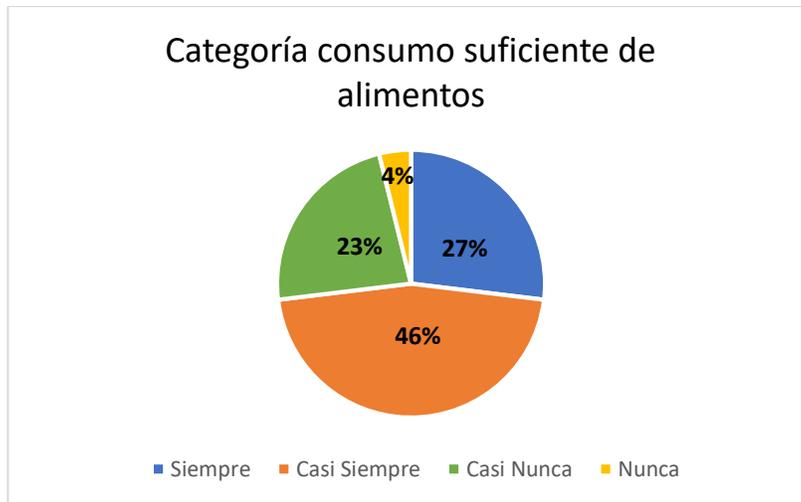
Análisis del gráfico: Al analizar el gráfico de interacción personal, se evidencia que un 54% de la población siempre posee buenas prácticas para cuidar de su propia salud, un 32% refiere que casi siempre cuidan de sí mismos de manera adecuada, mientras que un 9% casi nunca y un 5% nunca lo hace de manera continua o simplemente no cuidan de su salud.

Gráfico N°8: Nivel de autocuidado: Categoría Actividad y Reposo



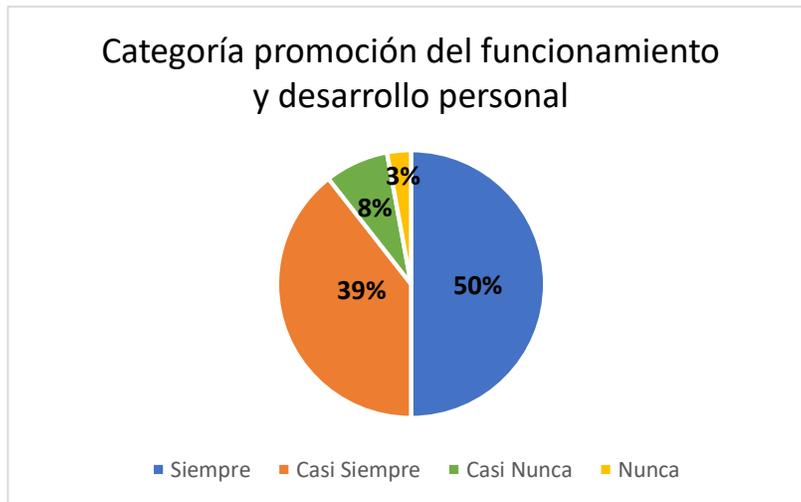
Análisis del gráfico: Al analizar el gráfico sobre la actividad y reposo que tienen los cuidadores en su autocuidado, un 19% de los cuidadores siempre regula la actividad y reposo, un 45% de los participantes refiere que casi siempre realiza actividades adecuadas para su salud y un descanso óptimo. Por otra parte, se destaca que el 24% y el 12% de la población indicó que casi nunca y nunca respectivamente, llevan a cabo actividades para la mantención de su autocuidado en cuanto a la actividad y reposo.

Gráfico N°9: Nivel de autocuidado: Consumo Suficiente de Alimentos



Análisis del gráfico: Al analizar el gráfico sobre el consumo suficiente de alimentos que tienen los cuidadores para su autocuidado, un 27% y un 46% de los cuidadores siempre y casi siempre respectivamente, realizan cambios en sus hábitos alimenticios, un 23% y un 4% de los cuidadores indicó que casi nunca o nunca respectivamente, cambian sus hábitos alimenticios.

Gráfico N°10: Nivel de autocuidado: Categoría Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Personal



Análisis del gráfico: Al analizar el gráfico sobre la promoción del funcionamiento y desarrollo personal que tienen los cuidadores para su autocuidado, un 50% de la población refiere que siempre pueden hacer cambios en su vida con respecto a esta categoría, un 39% indica que casi siempre puede hacerlo y un 8% y 3% casi nunca y nunca respectivamente lo hacen.

CAPITULO 5

DISCUSION, CONCLUSIONES, LIMITACIONES, SUGERENCIAS

5.1 Discusión

5.1.1 Perfil de los cuidadores basado en la habilidad de cuidado

En la Habilidad de cuidado total se observa que los cuidadores presentan un nivel alto de habilidad de cuidado con un 100%. Con respecto a la dimensión de conocimiento, el 100% de los cuidadores posee un nivel alto para ejercer el cuidado. En cuanto a la paciencia, el 100% de los cuidadores posee un nivel alto para ejercer el cuidado. Por otra parte, en la dimensión valor se observa que el 81% de los cuidadores presentan un nivel alto y un 19% presentaron un nivel medio en la dimensión estudiada. Resultados que se podrían relacionar con las capacitaciones previas y la asistencia actual al curso “*Fortaleciendo el cuidado de la experiencia*”, cuyo propósito es orientar, aportar conocimientos y entregar las herramientas necesarias para ejercer un cuidado óptimo, siendo un factor protector que fortalece el desarrollo de sus habilidades de cuidado.

Cabe mencionar que un estudio realizado por Barrera y colaboradores, muestra que en tres países de América Latina (Argentina, Guatemala y Colombia), los cuidadores no poseían habilidades adecuadas para el cuidado de la persona con enfermedad crónica, en general los resultados muestran que la población participante presentó un nivel deficiente del 70% en promedio en la dimensión de conocimientos, y un 60% para el componente de paciencia.

En este estudio, posteriormente se realizó una intervención educativa para incrementar la habilidad de cuidado y el conocimiento de cuidadores, quienes después de la intervención reportaron tener un nivel medio a alto de habilidad de cuidado. De acuerdo al estudio mencionado anteriormente, se presenta una relación con nuestro estudio, dado que ambos recibieron una capacitación previa a la aplicación del instrumento, por lo tanto, esto se podría deber a que a mayor conocimiento mayor habilidad de cuidado.²⁷

Al comparar específicamente la dimensión valor con los resultados obtenidos en la tesis doctoral de Eterovic, se evidencia que el nivel mayoritariamente fue medio para la dimensión valor y que al compararlos con nuestro estudio, se contrasta con los resultados obtenidos pues existe nivel alto en su mayoría para esta dimensión. ¹⁴ Debido a lo anteriormente planteado, se puede inferir que el aumento del valor en nuestra población se debe a que poseen más seguridad al entregar el cuidado viéndose reflejado en nivel alto de valor.

5.1.2 Perfil de los cuidadores basado en la habilidad de cuidado y las características sociodemográficas

Los resultados obtenidos en el presente estudio reflejan un predominio del sexo femenino de los cuidadores, que denota una tendencia a la feminización del cuidado en el grupo estudiado, esto se relaciona directamente con los datos obtenidos del estudio nacional de la dependencia en las personas mayores, donde el 85,6% correspondieron a mujeres cuidadoras y 14,4% a hombres cuidadores. ⁴ Sin embargo, es necesario mencionar, que en el presente estudio la población se encontraba constituida sólo por un hombre, por lo tanto, no se puede relacionar el sexo con la habilidad de cuidado, pues el 100% de los participantes demostraron tener un alto nivel habilidad de cuidado.

En relación a la habilidad de cuidado y a la edad el grupo etario predominante comprende las edades de 61 a 80 años, evidenciando que estos son en su mayoría cuidadores adultos mayores. Esto se contrasta con la evidencia encontrada en el MINSAL, donde se refleja que el cuidado es realizado por adultos entre las edades de 45 a 64 años, lo que significa que en el grupo de estudio se supera el rango etario predominante. Esto refleja que los participantes son en su mayoría adultos mayores que cuidan a personas mayores. ¹⁹ El universo en estudio presentó un nivel alto de habilidad de cuidado, sin influir la edad del cuidador, esto se relaciona con otras investigaciones ^{14, 25, 27} debido a que a pesar de que los rangos de edad en dichos estudios son diferentes a los obtenidos en la presente investigación, la edad representó no ser un

impedimento para poseer una buena habilidad del cuidado, por ende se puede inferir que la edad no es un factor que afecte la habilidad del cuidado.

En cuanto al nivel de escolaridad del cuidador en nuestro estudio, se observa que a pesar de tener distintos niveles de escolaridad, donde predomina el nivel de enseñanza media completa e ingreso a la educación superior, todos los cuidadores presentaron un alto nivel de habilidad de cuidado, resultados que se relacionan con investigaciones revisadas, en donde la población en estudio posee variados niveles de escolaridad, predominando los niveles medios completos y básicos incompletos, y a pesar de ello, en esta investigación la habilidad de cuidado no presentó diferencias significativas.¹⁴

Con respecto al estado civil, la mayoría de los cuidadores se encuentran casados en un 54%. Los datos obtenidos tienen semejanza con investigaciones analizadas con anterioridad, pues se demuestra que en la tesis doctoral de Claudia Eterovic realizada en Chile, se evidenció que un 50,9% de los cuidadores se encuentran casados, en donde ella menciona que favorece la forma en la que la persona enfrenta el cuidado y que al tener una relación afectiva hay mayor nivel de adaptación en el modo de función del rol, por ende, hay un mayor nivel de habilidad de cuidado¹⁴. Sin embargo, es necesario mencionar, que en el presente estudio el cuidado no lo entregan directamente a su pareja, sino que a personas con las que no tienen relación conyugal, y pese a esto, la habilidad de cuidado demostró tener un nivel alto.

En relación al parentesco entre cuidador y persona cuidada, se destaca que el 73% cuidan a personas que no forman parte de su círculo familiar, como por ejemplo amigos, vecinos, entre otros. Esto corresponde a un dato significativo, dado que pese a que los cuidadores informales del presente estudio no tienen lazos de consanguinidad con la persona cuidada, presentan un nivel alto de habilidad de cuidado en la totalidad del universo. Estos datos se contradicen con los de otras investigaciones realizadas^{14, 25}, dado a que en dichos estudios los cuidadores tienen en su mayoría parentesco con la persona cuidada y un nivel de habilidad de cuidado que va desde un nivel medio a alto. Por ende, de acuerdo a los resultados obtenidos del presente estudio, se

puede inferir que sin importar el parentesco que se tenga entre cuidador y persona cuidada, la habilidad de cuidado no se ve afectada.

5.1.3 Perfil de los cuidadores basado en el nivel de autocuidado

Al analizar los datos de la Agencia de Apreciación de Autocuidado, se refleja que el 73% de la población obtuvo resultados muy buenos y el 27% de las personas presentan resultados buenos para la correcta ejecución de prácticas del autocuidado, es decir, la totalidad de la población alcanza un nivel aceptable para llevar a cabo correctamente estas prácticas, en beneficio de su salud y bienestar. Esto coincide con un estudio realizado en Bogotá, Colombia el año 2017, el cual presenta una muestra de 68 cuidadores informales, en donde la mayor parte (93,9%) tuvo resultados que evidencian un adecuado autocuidado según la Agencia de apreciación de Autocuidado (ASA).³¹

5.1.4 Perfil de los cuidadores basado en el nivel de autocuidado y habilidad de cuidado

Los cuidadores alcanzan un nivel adecuado de autocuidado (muy bueno 73% y bueno 27%) y al mismo tiempo niveles altos de habilidad de cuidado, por lo tanto, se puede inferir que en el presente estudio existe relación entre la capacidad de autocuidado con el cómo se cuida a los demás y se ejerce el cuidado, es decir, si se poseen prácticas adecuadas de autocuidado, se tendrá un alto nivel de habilidad de cuidado. Sin embargo, no existen estudios internacionales ni nacionales que relacionen la habilidad de cuidado con el nivel de autocuidado que avalen dicha afirmación.

Al analizar los resultados obtenidos por cada categoría de la escala ASA, se destacan los resultados de la categoría interacción social, en donde un 17% de los participantes indicaron que casi nunca tienen a quien pedir ayuda cuando la requieran, mientras que un 4% no tienen en quien apoyarse, datos significativos, puesto que este porcentaje demuestra que a pesar de no tener redes de apoyo poseen un alto nivel de habilidad de cuidado.

5.2 Conclusiones

Al describir y analizar la habilidad de cuidado, el nivel de autocuidado y las características sociodemográficas de los cuidadores pertenecientes al curso de capacitación *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”*, se puede concluir que existe una tendencia a la feminización del cuidado debido a que los participantes en su mayoría eran mujeres, también se observa que principalmente la responsabilidad de entregar este cuidado recae en el grupo etario adulto mayor, hallazgo significativo dado que adultos mayores cuidan a adultos mayores. En cuanto al estado civil, la mayor parte de los cuidadores se encuentran casado con 57.1% y no ejercen el cuidado necesariamente a su pareja, como predominaba en la bibliografía encontrada, si no que se evidenció que estos cuidadores no poseen en su mayoría relación de parentesco con la persona cuidada.

Se puede concluir que el tener conocimientos básicos del cuidado, la persona logra una visión más amplia del funcionamiento de su rol y de este modo ejercer las acciones de manera adecuada para llevar a cabo el cuidado, con el fin de entregar los beneficios acordes, potenciando el cuidado holístico y la calidad del cuidado que se entregue. Todo esto se podría atribuir a las competencias adquiridas en las capacitaciones previas a las que asistieron los cuidadores que les permitieron su crecimiento y desarrollo.

Respondiendo al objetivo de determinar el nivel de habilidad de cuidado de los cuidadores informales asistentes al curso mencionado anteriormente, se logra evidenciar que el total de la población en estudio posee un nivel alto de habilidad de cuidado.

En cuanto a los resultados obtenidos del nivel de autocuidado, se logró determinar que el 73% de la población obtuvo resultados muy buenos y el 27% de los cuidadores presentan resultados buenos para la ejecución de prácticas de autocuidado.

Los participantes al tener un adecuado nivel de autocuidado refleja el conocimiento que presentan sobre sí mismos, lo que se relaciona con la dimensión conocimiento de la habilidad del

cuidado, puesto que si yo me conozco seré capaz de conocer al otro y ejecutar el acto de cuidar de manera óptima, para el bienestar de la persona cuidada.

En cuanto a la dimensión paciencia, se concluye que existe una relación entre esta y el autocuidado, considerando que si un individuo posee habilidades para cuidar de sí mismo se favorece la habilidad de cuidado que tenga este con los demás, en donde las capacidades cognitivas, físicas y psicológicas, influyen en la manera de entregar el cuidado, transformándolo en un cuidado más completo y acorde a las diversas situaciones. Si se cuenta con habilidades de cuidado potenciadoras de la calidad de vida del individuo, como lo es en este caso, la paciencia entrega la instancia de tolerancia ante situaciones problemáticas que se presentan en la ejecución del acto de cuidar, favoreciendo la disminución de los factores de estrés del cuidador y la persona cuidada, se da una protección a la salud mental de ambos, aumentando el desarrollo de la entrega de un cuidado holístico, que abarque todas las ramas que sustentan el cuidado, mediante el desarrollo de acciones que favorezcan la calidad de autocuidado y cuidado de ambos.

El valor es una dimensión de suma importancia al momento de entregar el cuidado y ejercer su autocuidado, puesto que cuidar y cuidarse adecuadamente no es una labor sencilla, para realizar dichas labores es necesario el coraje para afrontar nuevas situaciones adversas que se puedan presentar. Todo cuidador, con el propósito de ejercer un buen cuidado a otra persona, necesita un adecuado nivel de autocuidado, puesto que para ello debe estar preparado tanto física como mentalmente y de este modo entregar un cuidado óptimo y de calidad a la persona a cuidar con el propósito de suplir la mayoría de las necesidades que requiera.

Se puede inferir que podría existir relación entre la capacidad de autocuidado con el cómo se cuida a los demás y se ejerce el cuidado, es decir, si se poseen prácticas adecuadas de autocuidado, se podría tener un alto nivel de habilidad de cuidado. Sin embargo, no existen estudios internacionales ni nacionales que relacionen la habilidad de cuidado con el nivel de autocuidado que avalen dicha afirmación.

Finalmente, es importante destacar que los cuidadores han recibido capacitaciones durante un transcurso mayor a un año y ejercen el cuidado de manera voluntaria, lo que podría ser un factor que influye de forma positiva en los resultados obtenidos, puesto que de manera voluntaria tuvieron la iniciativa de ser parte de un curso de capacitación que fortalece el cuidado que ejercen a personas que requieran de este.

5.3 Limitaciones

Dentro del desarrollo del estudio se presentaron 3 limitaciones principalmente:

Una de las limitaciones que se presentó desde el inicio del proyecto fue la escasa bibliografía relacionada con la habilidad de cuidado y el nivel de autocuidado en cuidadores informales de Chile. Además de la inexistencia de investigaciones que relacionen la variable dependiente (habilidad de cuidado) y la independiente (nivel de autocuidado) de nuestro estudio.

Otra limitación que se presentó fue el tamaño reducido de la muestra, dado que fue elegida por conveniencia teniendo en cuenta que la cantidad de participantes era reducida, sumado a esto se produjeron ajustes relacionados con el número de participantes, donde en un comienzo en el primer semestre del presente año se contaba con una muestra de 39 cuidadores. En el segundo semestre la muestra se redujo a la cantidad de 30 cuidadores, por motivos y situaciones de carácter personal y familiar, por lo que esta disminuyó. Al momento de la aplicación del instrumento, asistieron en una primera instancia 22 cuidadores y en una segunda 4 cuidadores, lo que sumó una muestra de 26 cuidadores en total.

Una tercera limitación que se presentó fue que dentro de la población en estudio solo se contaba con un representante del sexo masculino, por lo que al momento de analizar los datos en base a las características de la población no se pudo realizar una comparación entre sexo y la variable dependiente habilidad de cuidado.

5.4 Sugerencias

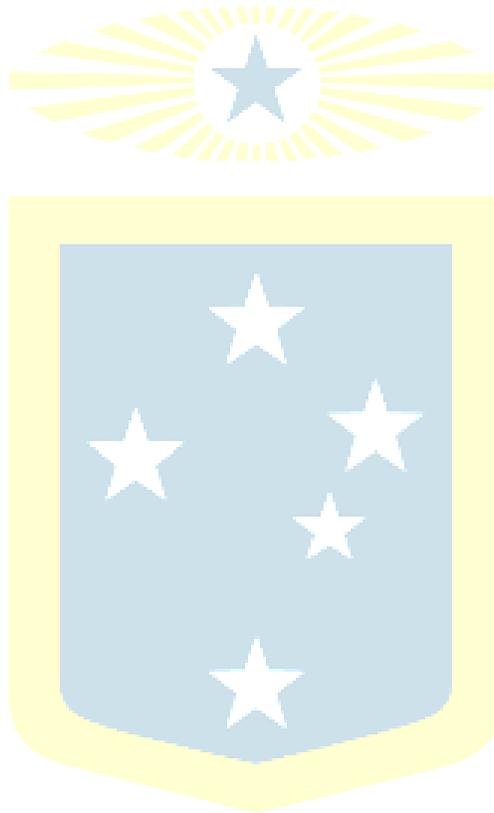
Los datos obtenidos en esta investigación forman una base para la generación de estudios y nuevos conocimientos con respecto a cuidadores informales y futuros capacitadores de estos. Además, permiten a la disciplina de enfermería aportar conocimientos e incentivar a generar más investigaciones en el área para tener una visión más amplia de la situación actual que se presenta en los cuidadores y de los factores que influyen en el proceso de cuidar.

En el ámbito de la salud, estos datos a pesar de no ser representativos se pueden utilizar como insumo para la formación multidisciplinaria, con el fin de preparar a los profesionales para las diversas situaciones que se presenten.

Con la información obtenida en este estudio se evidencia la necesidad de contar con programas de capacitación dirigidos a los cuidadores informales y sus familias, con el propósito de fomentar las habilidades de cuidado, siendo necesario que en Chile a nivel local se coordinen y desarrolle la implementación de cursos y programas inclusivos a la población general en los distintos establecimientos públicos y privados, que favorezcan la entrega de apoyo, herramientas tanto económicas como sociales, conocimientos y competencias por medio de capacitaciones con amplia cobertura a los cuidadores informales y orientarlos a la concientización de la responsabilidad que conlleva el acto de cuidar.

Lo anterior, potenciaría las competencias cognitivas y psicológicas de los cuidadores, además de integrar la importancia del rol de cuidador, fortalecer y aumentar la calidad del cuidado entregado. También, se debe considerar que esta medida puede cubrir las futuras problemáticas que se presentan junto al cambio demográfico que cursa actualmente el país y que trae como consecuencia la demanda creciente de personas que requieren y realizan los cuidados, pues en este estudio se demuestra que la participación en un curso que fortalezca el cuidado, se torna positivo para la población que requiere de cuidados.

Por otra parte, se debe incluir técnicas que aumenten el autocuidado de los cuidadores para evitar complicaciones y un deterioro en su salud, y permitir la entrega de un cuidado de calidad. Por ende se promueve la constante interacción entre el cuidador y la comunidad.



REFERENCIAS

- 1) Instituto Nacional de estadísticas. “Evolución de la fecundidad en Chile 1990-2011”. [Internet]. [Acceso 25 marzo del 2018]. Disponible en: http://historico.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/info_fecundidad.pdf
- 2) Nacidos vivos inscritos, corregidos y natalidad Chile, 1950-2012. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. [Internet]. Acceso [18 abril 2018]. Disponible en: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-natalidad/>
- 3) Instituto Nacional de Estadísticas. “Primeros resultados del Censo 2017”. [internet] 23 de diciembre 2017 [acceso 27 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/12/22/primeros-resultados-definitivos-del-censo-2017-un-total-de-17.574.003-personas-fueron-efectivamente-censadas>
- 4) González F, Massad C, Lavanderos F. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Disponible en: <http://www.superacionpobreza.cl/wpcontent/uploads/2014/01/estudiodependencia.pdf>
- 5) Eterovic C, Mendoza S, Sáez K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Abr 05]; 14(38): 235-248. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412015000200013&lng=es
- 6) Rogero J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2009 Jun [citado 2018 Abr 05] 83(3): 393-405. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272009000300005&lng=es
- 7) Mayeroff M. *On Caring*. Harper and Row. Nueva York.1971.

- 8) Nkongho N. The caring ability inventory. En: Strickland OL, Waltz CF, Measurement of nursing outcomes: Measuring cliente self – care and doping skills. New york .1999:3-16.
- 9) OMS | Envejecimiento [Internet]. WHO. [citado 1 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- 10) Navarro Y., Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Jun [citado 1 de agosto del 2018]; (19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412010000200004&lng=es
- 11) Quintero A, Maldonado M, Guevara B, Delgado C. Cuidado humanizado como esencia en el profesional de Enfermería [Internet]. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. 2015[citado 1 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-humanizado-enfermeria/>
- 12) Delicado M, García M, López B, Martínez P. El cuidador: concepto y perfil | Discapnet [Internet]. [citado 1 de agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>
- 13) Danianovic C. Población y Sociedad: Aspectos demográficos. Instituto nacional de estadísticas. [Internet] [citado 1 agosto 2018]. Disponible en: http://historico.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/poblacion_sociedad_enero09.pdf
- 14) Eterovic C. Habilidad de cuidado en cuidadoras / es informales, región de Magallanes, Chile. Universidad de Concepción. [Internet] 2014. [acceso 1 de agosto del 2018]. Disponible en: http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1692/Tesis_Habilidad_de_Cuidado_en_Cuidadoras.Image.Marked.pdf?sequence=1
- 15) Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ma Edición. España: Elsevier Mosby; 2011. 797 pág.

- 16) Espinoza K, Jofre V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2012 Ago [citado 2 de agosto del 2018]; 18(2): 23-30. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532012000200003&Ing=es
- 17) Manrique F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichán* [Internet]. 2009 Dez [citado 1 de agosto del 2018]; 9(3): 222-235. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003&Ing=pt
- 18) Gomez Y, Villareal G, Baldovino P, Madrid I, Ordoñez L. Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica, Sincelejo, Colombia. *REVISALUD Unisucre.* [acceso 01 agosto del 2018]. 2013; 1(1):11-21. Disponible en: <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/72/70>
- 19) Ministerio de Salud. Programa Nacional de salud de las personas mayores. MINSAL. 2014 [citado 01 de agosto 2018]. Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- 20) Chile atiende. Acuerdo de unión civil. [Internet] [acceso: 1 de agosto del 2018]. Disponible: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/37532-acuerdo-de-union-civil>
- 21) Gómez L, González M, Pool R. Estímulos contextuales que influyen en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor. *Revista Salud y Bienestar social* [ISSN: 2448-7767], [Internet], v. 1, n. 1, p. 1-24, apr. 2017. ISSN 2448-7767. [citado 1 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://enfermeria.revistasaludybienestarsocial.org/index.php?journal=Salud&page=article&op=view&path%5B%5D=7>

- 22) Servicio Nacional del Adulto Mayor [Internet]. SENAMA. [citado 4 de julio de 2018].
Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/noticias/censo-2017-revelo-que-mas-del-16-de-la-poblacion-chilena-es-adulto-mayor>
- 23) Resultados censo 2017 [Internet]. [citado 4 de julio de 2018]. Disponible en:
<https://resultados.censo2017.cl/Region?R=R05>
- 24) San Felipe - Reportes Estadísticos Comunales [Internet]. [citado 4 de julio de 2018].
Disponible en: http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/San_Felipe
- 25) Barrera L, Blanco L, Figueroa I, Pinto N, Sánchez B. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional. Aquichan 2006622-33.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160104>
- 26) Berdejo FL, Parra AM, Tesis Nivel de habilidad de cuidado de los cuidadores informales de pacientes con alteración neurológica. [Trabajo de titulación]. Pontificia Universidad Javeriana.2008. Disponible en:
<https://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis03.pdf>
- 27) Vicente M, Puga C, Morales R, De la Cruz C, Fuentes M, Méndez M. Relación de habilidades y sobrecarga de cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica. Universidad de Juarez. 2015. Acceso [27 de mayo de 2018]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/para/n22/pdf/498.pdf>
- 28) Diaz M. Habilidad de cuidado y carga del cuidador primario informal familiar de los pacientes con enfermedad crónica del “Programa Familiar Acompañante” del hospital Nivel II Vitarte – EsSalud [Internet]. UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN ESCUELA DE POSGRADO Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud.2015 [20 de junio del 2018].
Disponible en:
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/843/Mar%C3%ADa_Tesis_Maestr%C3%ADa_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 29) Barrios K, Lara A, Pérez V. Habilidad de los cuidadores informales en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y terminales en IPS de tercer nivel, Cartagena

- [Internet]. 2013 [20 de junio del 2018]. Disponible en:
<http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/835>
- 30) Arias A, Rivera L. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado". Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá [Internet]. 2009. [citado 12 junio 2018]. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953/13671>
- 31) Sarmiento R, Hernández P, Rodríguez H, Rojas J, Yacelli J. "Relación entre nivel de carga del cuidador y capacidad de autocuidado en cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica en el Municipio de tenjo, cundinamarca en el año 2017. Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Medicina. Bogotá D.C. 2017. Disponible en:
<http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/handle/11158/831>
- 32) Rebolledo D. Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem. [Internet] 2010 acceso [11 de abril 2018]. Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmr292a/doc/fmr292a>

ANEXOS

ANEXO N°1: Instrumento de recolección de datos

El presente cuestionario tiene por objetivo evaluar, medir y posteriormente analizar, datos relacionados con nivel de autocuidado y habilidades de cuidado de los cuidadores comunitarios voluntarios de adultos mayores.

Le solicitamos cooperar de manera voluntaria, en la realización de esta pequeña encuesta que será implementada por los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, la cual tomará un tiempo aproximado de 30 minutos, resguardando en todo momento su seguridad, comodidad y privacidad.

En caso de dudas, puede consultar a quienes estén encargadas de aplicar el instrumento.

➤ **PARTE 1: Características socio culturales.**

SEÑALE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA.

Preguntas	Respuestas
1. Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
2. Edad	<input type="text"/> Años
3. Escolaridad	Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa Media <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa Superior <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa

4. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Unión civil
5. Parentesco con la persona cuidada	<input type="checkbox"/> Madre/ padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta/o <input type="checkbox"/> Sobrina/o <input type="checkbox"/> Prima/o <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Nuera/yerno <input type="checkbox"/> Sin parentesco

➤ **PARTE 2: Escala de inventario de habilidades de cuidado CAI (Caring Ability Inventory).**

SEÑALE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA:

1: Nunca 2: Casi Nunca 3: Casi siempre 4: Siempre

N°	AFIRMACIONES	CALIFICACION			
		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1	Aprender me toma tiempo				
2	Mi vida está llena de oportunidades				
3	Usualmente digo lo que quiero decir a otros				
4	Puedo hacer mucho por alguien indefenso				

5	Veo la necesidad de cambio en mí mismo				
6	Tengo la capacidad de que me gusten las personas así yo no les guste a ellas				
7	Entiendo a las personas fácilmente				
8	Me falta ver más cosas en este mundo para aprender cada día más				
9	Saco tiempo para llegar a conocer a otras personas				
10	Me gusta que me hagan participe en diferentes asuntos				
11	Hay mucho que puedo hacer para hacer la vida mejor				
12	Me siento tranquilo aunque otra persona depende de mi				
13	Me gusta desviarme de mis cosas si es para ayudar a otros				
14	Soy capaz de demostrar mis sentimientos al tratar a otras personas				
15	Es tan importante lo que hago como la forma de comunicarlo				
16	Puedo entender cómo se sienten las personas así no haya pasado por experiencias similares				
17	Admiro a las personas que son calmadas, compuestas y pacientes				
18	Considero importante aceptar y respetar las actitudes y sentimientos de otros				
19	La gente puede contar conmigo para hacer lo que me comprometí				
20	Tengo espacio para mejorar				

21	Considero que ser buen amigo es estar pendientes cada uno del otro				
22	Encuentro una razón de ser en las situaciones de cuidado				
23	Puedo darles libertad a aquellos a quienes cuido sin temores de lo que pueda sucederles				
24	Me gusta alentar a las personas				
25	Me gusta hacer compromisos más allá del presente				
26	De verdad me gusta como soy				
27	Veo fortalezas y debilidades en cada individuo				
28	Usualmente enfrento las nuevas experiencias con valor				
29	Me siento tranquilo al abrirme y permitir que otros vean quién soy				
30	Acepto a las personas tal como son				
31	Cuando cuido a alguien soy capaz de manifestar mis sentimientos				
32	Me gusta que me pidan ayuda				
33	Puedo expresar mis sentimientos a las personas de una forma cálida y cuidadosa				
34	Me gusta interactuar con las personas				
35	Me veo como una persona sincera en mis relaciones con otros				

36	Considero que las personas deben tener espacio (lugar, privacidad) para pensar y sentir				
37	Las personas se pueden acercar a mí en cualquier momento				

Categorías para la clasificación de los resultados del instrumento inventario habilidad de cuidado (CAI) para CAI total y por categorías.

<i>Categorías</i>	CAI Total	Conocimiento	Valor	Paciencia
Alto	148-111	56-43	52-40	40-30
Medio	110-74	42-28	39-26	29-20
Bajo	73-37	27-14	25-13	21-10

➤ **PARTE 3: Escala del autocuidado ASA (Appraisal of Self-care Agency Scale).**

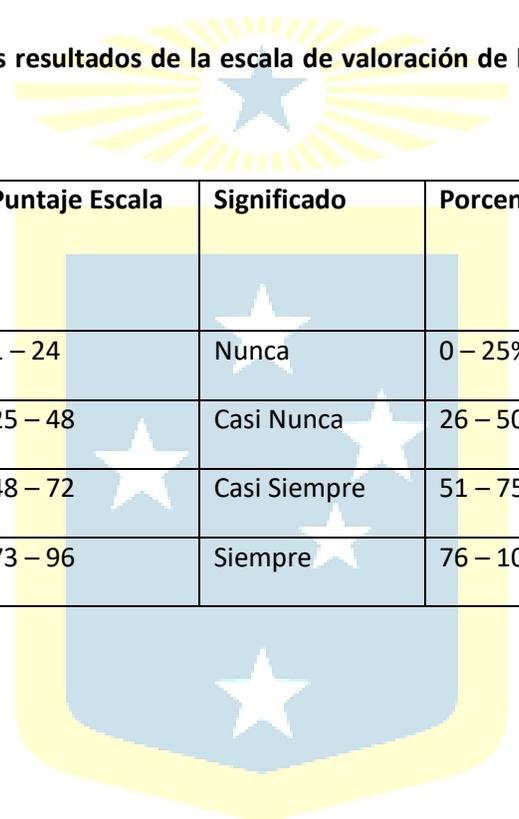
1: Nunca 2: Casi Nunca 3: Casi siempre 4: Siempre

N°	ITEM	CALIFICACION			
		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud				
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas				
3	Si yo tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda				
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo				
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud				
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo				

7	Yo puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud que las que tengo ahora				
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambio en mis hábitos alimenticios				
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser				
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo				
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre				
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado				
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo				
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud				
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina, cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios				
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro				
19	Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme				
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer				

22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda				
23	Puedo sacar tiempo para mí				
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				

Interpretación de los resultados de la escala de valoración de las capacidades de Agencia de Autocuidado, 2004.



Calificación	Puntaje Escala	Significado	Porcentaje	Capacidades de Agencia de Autocuidado
1	1 – 24	Nunca	0 – 25%	Muy Bajas
2	25 – 48	Casi Nunca	26 – 50%	Bajas
3	48 – 72	Casi Siempre	51 – 75%	Buenas
4	73 – 96	Siempre	76 – 100%	Muy Buenas

ANEXO N°2: Autorización uso escala CAI

REDACTAR

Recibidos (5)
Destacados
Enviados
Borradores (27)

Spartans ▾ +

No hay chats recientes
Iniciar uno nuevo

Destacados
Enviados
Borradores (27)

Spartans ▾ +

No hay chats recientes
Iniciar uno nuevo

Authorization scale CAI Recibidos x

proyecto1.2018 <spartans2015.uv@gmail.com>
para ngozioo ▾

6 abr. (hace 6 días) ☆

Dear Ngozi Nkongho:
We are doing an undergraduate nursing thesis at a traditional university in Chile, the research topic is: "Level of self-care and care skills of volunteer community caregivers of elderly people", so We need your authorization to be able to make use of the Caring Ability Inventory, CAI. But I need to get this by email, where you specify your name, your workplace and your approval. I would greatly appreciate your help with this, without another particular, thank you very much.

Group Spartans
4th year of nursing
University of Valparaiso, Campus San Felipe, Chile.

Ngozi Nkongho
para mí ▾

6 abr. (hace 6 días) ☆

Good afternoon.

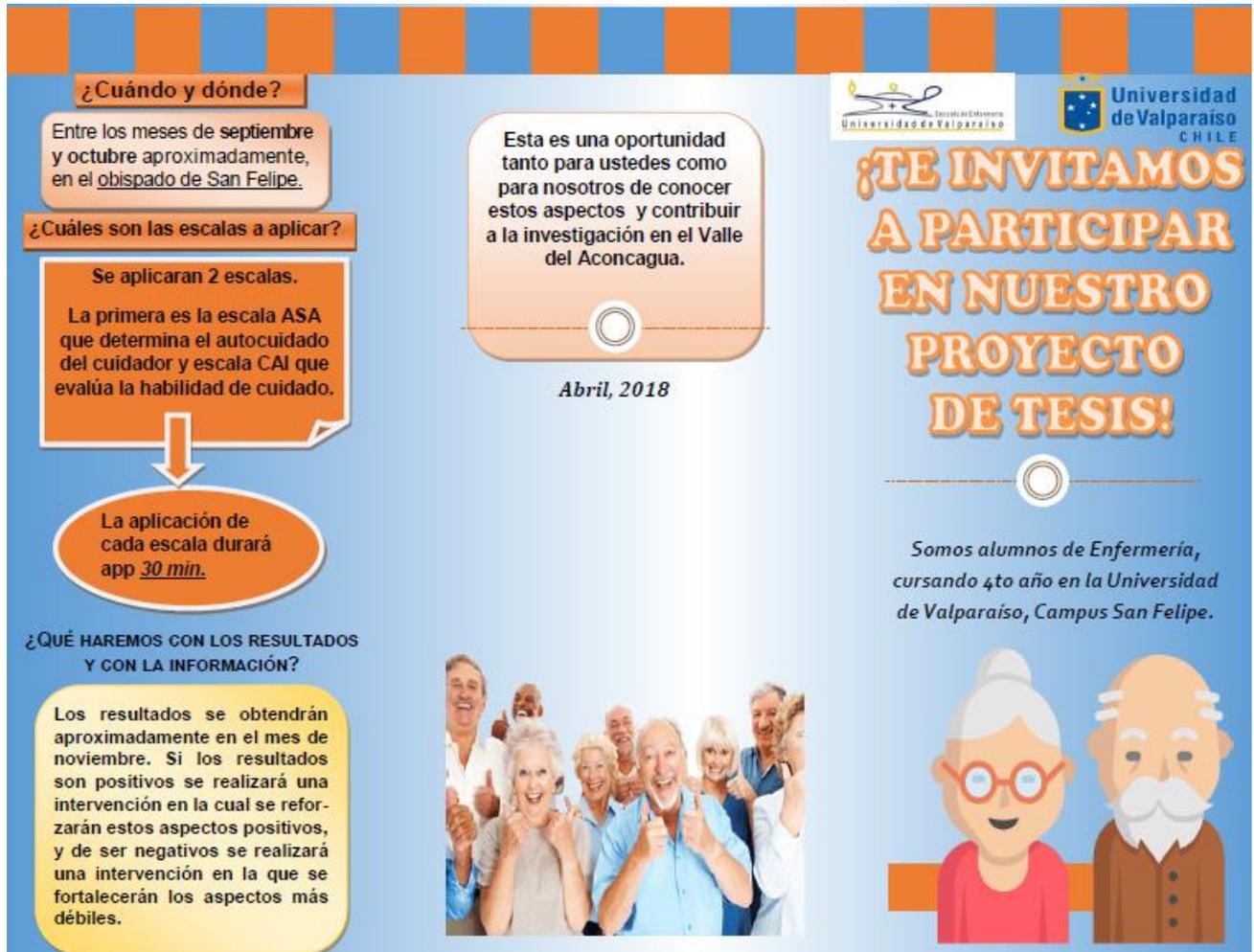
I am glad that you want to use the CAI in evaluating the caregivers for older adults. I am giving you permission to use the inventory and ask that at the completion of the study to share your findings with me. I am keeping track of results from studies that have used the CAI in order to continue to refine it.

I look forward to hearing from you at the completion of your study.
Best wishes in your studies.

Sincerely,
Dr. N. Nkongho



ANEXO N°3: Tríptico informativo



¿Cuándo y dónde?
Entre los meses de **septiembre** y **octubre** aproximadamente, en el **obispado de San Felipe**.

¿Cuáles son las escalas a aplicar?
Se aplicaran 2 escalas.
La primera es la escala **ASA** que determina el autocuidado del cuidador y escala **CAI** que evalúa la habilidad de cuidado.

La aplicación de cada escala durará **app 30 min.**

¿QUÉ HAREMOS CON LOS RESULTADOS Y CON LA INFORMACIÓN?
Los resultados se obtendrán aproximadamente en el mes de **noviembre**. Si los resultados son **positivos** se realizará una **intervención** en la cual se **reforzarán** estos aspectos positivos, y de ser **negativos** se realizará una **intervención** en la que se **fortalecerán** los aspectos más débiles.

Esta es una oportunidad tanto para ustedes como para nosotros de conocer estos aspectos y contribuir a la investigación en el Valle del Aconcagua.

Abril, 2018

¿TE INVITAMOS A PARTICIPAR EN NUESTRO PROYECTO DE TESIS!

Somos alumnos de Enfermería, cursando 4to año en la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

NUESTRO ESTUDIO SE LLAMARÁ:

“Nivel de habilidad de cuidado y autocuidado en cuidadores comunitarios informales de adultos mayores”

¿A quiénes se les aplica?

Este programa será aplicado a los cuidadores comunitarios pertenecientes al curso llamado *“Fortaleciendo el cuidado de la experiencia”* que se está realizando en el obispado de San Felipe.

Este estudio solo será aplicado a quienes accedan de manera voluntaria firmando el consentimiento informado, con el cual garantizamos el anonimato de los participantes.

¿En qué consiste?

Nuestro proyecto de tesis consiste en una investigación que realizaremos en el segundo semestre del año 2018, con el objetivo de conocer los niveles de autocuidado y habilidades de cuidado del grupo que está siendo capacitado actualmente.

¿Qué son las habilidades de cuidado?

Son las acciones que realiza para dar un cuidado de la mejor forma posible. Haciendo de este un cuidado respetuoso, humanizado y que conlleva los menores riesgos posibles.

¿Qué es autocuidado?

El autocuidado es una forma propia de cuidarse a sí mismo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno.



¿PORQUÉ SE ESCOGIÓ ESTE GRUPO?

Este grupo fue elegido debido a que la mayoría de los participantes el año pasado habían sido capacitados en la Universidad de Valparaíso, en la que participó la Escuela de Enfermería.

¿PORQUÉ ES IMPORTANTE?

Es importante porque Chile es un país que hoy en día presenta una gran población adulta mayor en la que está aumentando el grado de discapacidad y dependencia, y con esto, ha surgido la necesidad de personas que ejerzan el cuidado, es decir, de cuidadores con habilidades y herramientas que entreguen cuidados efectivos.



ANEXO N°4: Aprobación comité de ética



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 36/2018

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-Presidenta; Pablo Olivero, bioquímico; Alberto Moreno, profesor de Educación Física; Ángelo Bartsch, kinesiólogo; Paula Eherenfeld, matrona; Paulina Hurtado, enfermera, y Claudia Calderón, psicóloga, en su sesión del día 31 de mayo de 2018 declara haber evaluado el protocolo del proyecto “Nivel de autocuidado y habilidades de cuidado de los cuidadores comunitarios informales de adultos mayores”, presentado por Macarena Espinosa Kohnenkamp, de profesión enfermera, adscrita a esta Facultad de Medicina.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo N° 32/2018
2. Acta de Consentimiento Informado, versión en español.
3. Curriculum Vitae de la investigadora responsable.

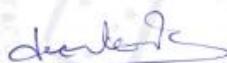
III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá ser un aporte para los profesionales de enfermería que desempeñan un rol en educación para la salud, generando evidencia sobre aquellos factores relacionados con la salud, que pueden influir en su habilidad de cuidado de los cuidadores informales. Este estudio también puede ayudar a visibilizar un área de estudio de interés para la salud pública en general.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del(a) posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le implique algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar. Así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.
4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

COMITÉ DE BIOÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN - FACULTAD DE MEDICINA
Angamos #655 Reñaca, Viña del Mar | Teléfono: 32 260 30 02 | E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo durante el presente año 2018 en la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso por Macarena Espinosa Kohnenkamp, en el marco del Proyecto de Tesis de pregrado. La ejecución del protocolo queda sujeta, además, a la aprobación que otorgare el Comité Ético-Científico del centro donde se desarrollará la investigación, si correspondiere. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, según proceda.

Firma en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina,



Jimena Le Roy Barria
Presidenta Comité de Bioética

Viña del Mar, 06 de agosto de mayo de 2018



C/C.

- Secretaria CBI-FAMED

ANEXO N°5: Consentimiento informado



Consentimiento Informado

Información para inscritos en el curso "Fortaleciendo el cuidado de la experiencia"

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio "Nivel de Autocuidado y habilidades de cuidado en cuidadores comunitarios informales de adultos mayores". Usted ha sido elegido por pertenecer al grupo de cuidadores informales del Obispado de San Felipe que participa en el curso de: "Fortaleciendo el cuidado de la experiencia". El investigador principal es la enfermera Macarena Espinosa Köhnenkamp, y los alumnos tesistas: Constanza Cofré, Michelle Contreras, Valentina Covarrubias, Brian Espinoza, Alexandra Núñez, Natalia Orozco, Catalina Vera, Gabriela Viveros. Todos ellos pertenecientes a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

1. La investigación mencionada se realizará en el Obispado de San Felipe, ubicado en la calle Cajales N°54. En el período comprendido entre los meses de agosto a octubre del año 2018.
2. La relevancia de nuestro estudio es investigar sobre el nivel de autocuidado y habilidades de cuidado de los cuidadores comunitarios informales participantes del curso "Fortaleciendo el cuidado de la experiencia".
3. Su participación en el estudio consiste en contestar, de manera voluntaria y anónima, un cuestionario con preguntas sobre su nivel de autocuidado y habilidades de cuidado. Esta se llevará a cabo en el obispado de la comuna de San Felipe, Calle Cajales n°54, y le tomará un tiempo estimado de 30 minutos para contestar las encuestas, en donde se resguardará en todo momento su seguridad y privacidad.

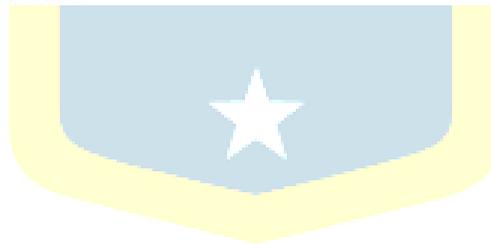
4. **Riesgos**

La aplicación del instrumento y su participación no conllevan riesgo para usted, porque no implica procedimientos invasivos que produzcan un daño físico o psicológico. Sin embargo, si algún participante manifiesta malestar emocional durante la aplicación de la encuesta, se aplicará un protocolo de contención, que será inicialmente realizado por el/la estudiante de enfermería de cuarto año responsable y de ser necesario por la enfermera a cargo de este estudio. En caso de persistir dicho malestar, será derivado y acompañado al Servicio de Urgencia y posteriormente derivado a psicólogo de su CESFAM.

5. **Beneficios**

La información obtenida mediante este estudio servirá de insumo a las profesionales responsables del curso "*Fortaleciendo el cuidado de la experiencia*", con el fin de incorporar futuras intervenciones y capacitaciones que permitan mejorar la habilidad de cuidado y el nivel de autocuidado de estos cuidadores. Además, se realizará un taller de autocuidado con el objetivo de entregar y reforzar sus conocimientos.

6. Usted no recibirá ninguna remuneración por su participación en esta investigación. Además, el investigador principal y los estudiantes tesistas no recibirán compensación económica o pago por realizar esta investigación.



7. Derechos del participante

- a. **A manifestar dudas, preguntas.** Usted dentro de la investigación tiene derecho a manifestar sus dudas, consultas o aclaraciones respecto al estudio, contactando al investigador principal, la Sra. Macarena Espinosa al número de teléfono +56945641296, o a su correo electrónico: macarena.espinosa@uv.cl.
- b. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento** Dentro del estudio, en caso de que lo considerase necesario, usted puede retirarse o desistir de la participación, no perjudicándolo de alguna forma, manifestando su decisión al investigador principal.
- c. **A recibir información relevante** derivada de la investigación que lo pueda beneficiar o hacer cambiar su opinión respecto de su participación.
Los resultados obtenidos en el estudio se difundirán de forma general, a través de una exposición con fines académicos.

8. Confidencialidad

- a. **Reserva de la identidad del participante.** La encuesta es de carácter anónimo, por lo tanto, su nombre no será solicitado y en su lugar se utilizará un código de carácter numérico.
- b. **De los datos personales y sensibles:** El registro de los datos es reservado. Esta información será resguardada por el investigador principal y almacenada en archivos ubicados en dependencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, a los cuales sólo tendrán acceso el investigador principal y los estudiantes tesistas. Transcurridos cinco años estos registros serán eliminados.

9. Usted tendrá derecho a conocer los resultados generales de la investigación. Además, una vez concluido el estudio, se realizará una exposición de los resultados y conclusiones. La información de este estudio podrá ser usada en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de esta investigación y también podrá ser divulgada en publicaciones de tipo científicas y/o académicas. Siempre resguardando la identidad de los participantes.

10. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI). (Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-2603002 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl.





Acta de Consentimiento Informado para participantes del curso de capacitación "Fortaleciendo el cuidado de la experiencia"

Yo,..... (nombre y apellidos), C.I.
(dígitos numéricos), Declaró que el investigador principal la enfermera, Sra. Macarena Espinosa Kohnenkamp, y los estudiantes tesisistas; Constanza Cofré, Michelle Contreras, Valentina Covarrubias, Brian Espinoza, Alexandra Núñez, Natalia Orozco, Catalina Vera, Gabriela Viveros de la de la carrera de Enfermería de la Facultad de Medicina del Campus San Felipe, ubicada en calle La Troya esquina el Convento sin Número, de la ciudad de San Felipe, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "**Nivel de Autocuidado y habilidades de cuidado en cuidadores comunitarios informales de adultos mayores**" que llevarán a cabo en las dependencias del Obispado de San Felipe. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación, Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio.

De acuerdo con lo declarado por mi en este documento, firmó aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante
C.I.:
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable
C.I.:
Fecha:



Nombre y Firma del Director del Establecimiento o su Delegado
C.I.:
Fecha:

Valparaíso,de de 201.....

ANEXO N°6: Carta de factibilidad



Ord. N° 09/2018

San Felipe, 13 de Abril de 2018

Sra.
Magdalena Silva Aguayo
Jefa Carrera Enfermería
Campus San Felipe
Universidad de Valparaíso
PRESENTE

Ref.: Aprobación Seminario de Tesis – Estudiantes de Enfermería.

Estimada:

Junto con saludar, por medio del presente informo a usted la factibilidad de efectuar Seminario de Tesis: *"Nivel de Autocuidado y habilidades de cuidado de cuidadores comunitarios voluntarios de adultos mayores"* que desarrollaran estudiantes de la Carrera de Enfermería, el cual les permitirá optar a grado de Licenciado.

La investigación se enmarcará en el Proyecto *Fortaleciendo el Cuidado de la Experiencia*, iniciativa financiada por el Fondo Nacional de Cuaresma de Fraternidad, que durante el año 2017 centró su capacitación a 41 personas en herramientas básicas para el cuidado integral de personas mayores. En este 2018 el curso contempla la participación de 35 cuidadores, lo cuales recibirán formación en temática de técnicas básicas de estimulación de capacidades para personas mayores.

El grupo de estudiantes ha iniciado sus primeros acercamientos al grupo a fin de motivar la participación de los cuidadores en dicha investigación.

Atentamente a usted.



Gabriela Báez Morales
Directora Área Social
Obispado de San Felipe de Aconcagua

Obispado de San Felipe – Pastoral Social Diócesis de San Felipe
Cajales #54 – San Felipe, Región de Valparaíso. Fono 34 2 511707