

NIVEL DE HABILIDAD DE CUIDADO EN CUIDADORES INFORMALES Y LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

SEMINARIO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA Y AL TÍTULO DE ENFERMERA(O)

Autores:

Alejandra Camus Ortega
Macarena Cárdenas Lagos
Catalina Menéndez Parra
Isadora Ogaz Jamett
Constanza Stark Celedón
Valentina Valladares Herrera

Docente Guía:

EU. Esterbina Olivares Vergara

San Felipe, 7 enero de 2019

AGRADECIMIENTOS

A la dirección del CESFAM San Felipe El Real, que nos otorgó el permiso necesario para poder realizar nuestra investigación.

A las cuidadoras y cuidadores de San Felipe que nos abrieron sus puertas y la generosidad, para la realización de este estudio.

A nuestra docente Esterbina Olivares, por su permanente acompañamiento, paciencia, apoyo y una palabra siempre estimulante y optimista.

A la Dra. Ngozi Nkongho por su generosidad, y por su apoyo profesional al autorizarnos el uso de su instrumento CAI y su muestra de interés por nuestra tesis.

A la Dra. Claudia Eterovic, quien nos brindó ayuda al facilitarnos documentos que nos permitieron desarrollar nuestro proyecto y su apoyo para una finalización exitosa.

Al docente Jorge García, quien fue el estadista de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe que nos brindó ayuda y tiempo para utilizar programas estadísticos y poder analizar nuestros resultados del estudio.

En especial, a la familia de cada una de nosotras por su invaluable apoyo y comprensión en este camino.

I. ÍNDICE DE CONTENIDOS

Capítulo 1. Introducción	Pág. 9 - 15
1.1. Presentación y fundamentación del problema.....	Pág. 9
1.2. Relevancia para la Enfermería.....	Pág. 12
1.3 Pregunta de investigación.....	Pág. 15
1.4 Objetivos.....	Pág. 15
Capítulo 2: Marco referencial	Pág. 16 - 43
2.1. Marco teórico	Pág. 16 - 23
2.1.1 Fundamento teórico del proyecto.....	Pág. 16
2.1.2 Teoría de Milton Mayeroff: “On Caring”.....	Pág. 16
2.1.3 Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson.....	Pág. 18
2.1.4 Mapa conceptual de incorporación de ambas teorías.....	Pág. 21
2.1.5 Definición de conceptos derivados de las teorías planteadas.....	Pág. 23
2.2 Marco empírico	Pág. 24 - 43
2.1.1 Investigaciones Internacionales.....	Pág. 24
2.2.2 Investigaciones nacionales.....	Pág. 33
2.3. Variables del estudio	Pág. 40 - 45
2.3.1 Variable dependiente.....	Pág. 40
• Habilidad de Cuidado	

2.3.2 Variables independientes.....	Pág. 42
• Características sociodemográficas de los cuidadores	
• Estado de salud de los cuidadores	
• Nivel de sobrecarga del cuidador	
Capítulo 3: Material y Método.....	Pág. 46-51
3.1 Diseño de la investigación.....	Pág. 46
3.2 Población en estudio.....	Pág. 46
3.3 Unidad de Analisis.....	Pág. 47
3.4 Procedimiento de recolección de datos.....	Pág. 49
3.5 Procesamiento y análisis de los datos.....	Pág. 50
3.6 Consideraciones éticas.....	Pág. 51
Capítulo 4: Análisis de Resultados.....	Pág. 52-66
4.1 Caracterización de la muestra.....	Pág. 52
4.2 Estado de salud del cuidador.....	Pág. 58
4.3 Nivel de cuidado según escala CAI.....	Pág. 61
4.4 Nivel de sobrecarga del cuidador según escala de Zarit.....	Pág. 62
4.5 Asociaciones.....	Pág.63
Capítulo 5: Discusión, conclusiones, sugerencias y limitaciones del estudio.....	Pág.66-73
5.1 Discusión.....	Pág.66
5.2 Conclusiones.....	Pág. 72

5.3 Sugerencias.....	Pág. 73
5.4 Limitaciones del estudio.....	Pág. 73
III. Bibliografía.....	Pág. 74-78

Índice de Tablas

- **Tabla I.** Distribución numérica y porcentual por sexo y cuidadores
- **Tabla II.** Distribución porcentual de la caracterización según rango etario del cuidador.
- **Tabla III.** Distribución porcentual de la caracterización de los cuidadores con relación al estado civil.
- **Tabla IV.** Distribución porcentual de la caracterización de los cuidadores en relación con la escolaridad.
- **Tabla V.** Distribución porcentual de la caracterización con relación a una actividad remunerada.
- **Tabla VI.** Distribución porcentual de la caracterización con relación a la jefatura del hogar.
- **Tabla VII.** Distribución porcentual de la caracterización con relación al parentesco con la persona cuidada.
- **Tabla VIII.** Distribución porcentual de presencia de enfermedad crónica diagnosticada.
- **Tabla IX.** Distribución de la muestra para controles de salud al día por sexo.
- **Tabla X.** Distribución porcentual de la percepción del propio estado de salud.
- **Tabla XI.** Distribución porcentual según las molestias físicas relacionadas con el esfuerzo.
- **Tabla XII.** Distribución porcentual del tiempo a cargo del cuidado.
- **Tabla XIII.** Distribución porcentual de resultados de escala CAI y sus dimensiones.
- **Tabla XIV.** Distribución porcentual de resultados de escala Zarit.

- **Tabla XV.** Relación entre escala CAI y Zarit
- **Tabla XVI.** Relación entre percepción de salud y Escala CAI
- **Tabla XVII.** Relación entre escala Zarit y percepción de salud

IV. Índice de Anexos.....Pág. 79-98

- ANEXO A
- ANEXO B
- ANEXO C
- ANEXO D
- ANEXO E

RESUMEN

La habilidad de cuidado surge a partir de la relación que se establece entre una persona que requiere ser cuidada y otra que entrega el cuidado. El presente estudio centra su interés en el fenómeno de la habilidad de cuidado que presentan mujeres y hombres en el hogar, en un contexto de cuidado informal. El objetivo principal es medir el nivel de habilidad de cuidado en cuidadores informales de personas con dependencia y la percepción que tienen de su salud.

Material y método: Estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo y transversal, para una población de 20 cuidadores informales de personas con patologías crónicas que reciben atención de salud en un Centro de Salud Familiar (CESFAM). La recolección de datos de las variables en estudio, se realizó a través de visitas domiciliarias donde se aplicó un instrumento denominado Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI).

Resultados: Los resultados obtenidos evidencian el predominio del género femenino entre los cuidadores (80%), la edad de la mayoría de ellos se encuentra en el rango 45 y 64 años. Un 70% presenta al menos una enfermedad crónica diagnosticada y un 65% tiene sus controles al día. Respecto de la percepción del propio estado de salud, un 45% manifestó mantener un buen estado de salud y otro 45% un estado de salud regular. Con relación al nivel de habilidad de cuidado, el 65% de los resultados de la muestra se encontró en el nivel alto y un 35% en el nivel medio. Un 65% presentó ausencia de sobrecarga y un 35% una sobrecarga entre ligera e intensa.

Conclusiones: Se concluye que un 65% de la población tiene un nivel alto de habilidad de cuidado y un 35% un nivel medio. El 65% presenta ausencia de sobrecarga y el 45% de la muestra posee una buena percepción de su propio estado de salud.

Palabras claves:

Enfermería, Habilidad de cuidado, Cuidador informal.

II. ABSTRACT

The care ability is born from a relationship established between a person who needs to be cared and another person who delivers this care. This study focuses on the phenomenon of care ability, that women and men present, in their homes and in a context of informal care. The objective was to measure the level of care ability in informal caregivers of people with dependence and the perception they have of their own health.

Material and method: This is a quantitative study, descriptive and transversal approach for a population of 20 informal caregivers of people with chronic pathologies that are attended in a Family Care Center. Data collection of the independent variable caring ability was carried out through home visits where an instrument that measures the dependent variable called CAI (Care ability inventory) was applied.

Results: The obtained results show the predominance of the feminine gender among the caregivers (80%), the age of the majority of them is in the range of 45 to 64 years. The 70% have a chronic disease diagnosed and a 65% have their health controls at day. Regarding the perception of their own health condition, a 45% were in a good perception and another 45% in a regular perception. In relation to the care ability level, a 65% is located in the high level and 35% in the middle level. A 65% have no overload and a 35% have an overload between slight and intense.

Conclusions: It is concluded that a 65% of the population has a high level of care ability and 35% have a medium level. Besides a 65% presents an absence of overload and 45% of the sample has a good perception of their own state of health.

Key words: Nursing, Care ability, Informal caregiver.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación y fundamentación del problema

La presente investigación aborda el fenómeno habilidad de cuidado que tienen los cuidadores informales y la percepción de su propia salud. La habilidad de cuidado se origina de la relación entre persona que requiere ser cuidada y otra que asume dicho cuidado. Los elementos presentes en las habilidades de cuidado de *“los/as cuidadores/as informales, son las capacidades que tienen para cuidar a una persona que puede ser un familiar u otra persona significativa, que se encuentra enferma y/o discapacitada.”*¹

*“El cuidado informal ha sido definido como aquel cuidado que se entrega en el hogar, caracterizado por un compromiso afectivo en la relación cuidador/a y persona cuidada, este cuidado se mantiene en el tiempo, según requerimientos de la persona.”*²

Este proceso debe ser visto como una intervención terapéutica e interpersonal, en que el cuidador/a coloca sus mejores esfuerzos para desempeñar su rol, donde se podrían observar habilidades de cuidado como las descritas y propuestas por Ngozi Nkongho³ que consisten en herramientas para afrontar las condiciones adversas que plantean las labores de cuidado en el hogar, estas habilidades incluyen dimensiones de actitudinales y cognoscitivas como el conocimiento en el que predominan sentimientos positivos que permiten una actitud favorable a la hora de brindar una atención, paciencia que entrega una actitud empática al paciente y por último valor, el cual se caracteriza por la valentía y preocupación al saber que otra persona depende del cuidado que ofrece.

Quien asume el cuidado en el hogar lo hace con un gran compromiso, donde generalmente ya existe una relación afectiva que lo une a la persona cuidada, por lo que en la mayoría de las ocasiones no se cuestiona si está preparada para asumir esta responsabilidad. *“Es muy frecuente observar que este cuidador/a asume el rol en forma intuitiva y en un breve tiempo, lo que no le permite reflexionar, ni pensar en los costos que tendrá para su vida, actuando como si no hubiese otra alternativa.”*⁴

En la naturaleza humana el cuidar se asume como una obligación moral que generalmente lo realiza la mujer en la familia, mediada por una tradición cultural, en la que se incorpora en forma normal las habilidades de paciencia, conocimiento y valor. Con estos planteamientos se deduce que los cuidadores informales hombres o mujeres, representan un importante sistema de apoyo en la asistencia de una persona con problemas de salud, donde solo importa cuidar a otros, con una gran dedicación, donde se priorizan muchas veces, solo las necesidades de la persona dependiente y no lo que ocurra con la vida y la salud de los cuidadores. *“Un cuidador sin habilidad para cuidar puede verse afectado en su capacidad de adaptación a las exigencias del rol que debe desempeñar, como también al compromiso adquirido con el nivel de funcionalidad de la persona que debe cuidar.”*⁵

De esta manera las/os cuidadoras/es informales constituyen en gran parte el principal apoyo en la asistencia de una persona que necesita de cuidados cuando presentan algún problema de salud, priorizando las necesidades de este.

Pero ¿Cuál es el impacto y realidades respecto a este cuidado informal? A nivel mundial y en especial en países desarrollados es evidente que la esperanza de vida ha aumentado y junto a este fenómeno se observan cambios en la sociedad, donde *“la familia se reduce de tamaño y su institucionalidad se ve alterada, generando una serie de procesos sociales que cuestionan los pilares en que se sustenta el modelo de cuidado en el hogar asumido por la familia.”*⁶

*“La OMS muestra que las limitaciones permanentes afectan a un 10% de la población y que un 15% presenta limitaciones transitorias de las cuales un 12 % son de la tercera edad, podemos decir entonces, que un 40 % de la población mundial posee un impedimento o restricción temporal o permanente en sus capacidades, por lo tanto, una misma proporción de personas están al lado de ellas ejerciendo un cuidado informal.”*⁵

En Chile actualmente existe un cambio epidemiológico, en el cual predominan las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ha aumentado la esperanza de vida y los estándares de atención en salud pública, lo que conlleva a una mayor necesidad de

cuidados a lo largo de la vida de una persona. *“Se estima que en nuestro país la esperanza de vida promedio es de 76,12 años para los hombres y 82,2 años para las mujeres, esto según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)”*.⁷

Otros datos que explican la necesidad de un cuidado informal en nuestro país lo constituyen las cifras de discapacidad. Un 12.9 % de la población padece algún tipo de discapacidad, lo que corresponde a 2.068.072 personas y de ellas 1.150.133 presentan dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, es decir requieren de un cuidador. *“Se estima que en uno de cada tres hogares chilenos hay una persona con algún tipo de discapacidad, afectando principalmente a personas de escasos recursos donde la cifra de discapacitados es de un 39,5%.”*⁷

Otro hallazgo importante alarmante es que la mujer quien habitualmente ejerce el rol de cuidador debe enfrentar también la exigencia de incorporarse al mundo laboral, entonces, esta persona sale al mundo laboral, pero sigue siendo responsable del cuidado de la persona con dependencia. La oferta de servicios de cuidado en Chile es insuficiente en términos de cobertura, es poco flexible y no se ajusta a la realidad que viven las familias chilenas. Nuestro país muestra un aumento de demanda de cuidado informal, quedando visible la creciente necesidad de contar con cuidadores que posean habilidades de cuidado para asumir con el menor riesgo este rol.

Las experiencias en Chile relacionadas con la preocupación por los/las cuidadores/as informales de personas dependientes, en particular de los ancianos, es reciente, aunque existe voluntad expresada en las últimas administraciones por un plan gubernamental para ayudar a la atención domiciliaria de adultos vulnerables que no pueden valerse por sí mismos, *“se destaca aquí el Programa de Apoyo a la Atención domiciliaria de Adultos con Dependencia Severa”*⁸ Este programa comienza a ser ejecutado a nivel nacional el año 2006, bajo la gestión de establecimientos de atención primaria. *“El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica o multidéficit, según Índice de Barthel; y a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes,*

entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida”⁸.

Los componentes que incluye este programa corresponden principalmente a dos, los cuales son: 1) la realización visitas domiciliarias integrales, visitas de tratamiento y/o procedimiento y visitas de seguimiento. 2) Pago a cuidadores, los cuales deben cumplir con los criterios de inclusión y compromisos propuestos por el programa.

La revisión de la producción empírica sobre la habilidad del cuidado tiene poco tiempo de desarrollo, se ha investigado en estudiantes durante sus procesos de formación y vinculación con la práctica de atención directa de pacientes. *“Luego surge el interés por conocer la habilidad de cuidado que poseen los cuidadores informales que asumen el rol en el hogar de personas dependientes, estas investigaciones se hacen con un enfoque de género, evaluando programas de intervención a cuidadores, comparando la formación de cuidadores de distintas instituciones y en distintos contextos culturales latinoamericanos.”*^{9,10,11}

1.2 Relevancia para Enfermería

La atención a personas en situación de dependencia en sus diferentes niveles se conoce como atención socio - sanitaria. En general se refiere al conjunto de servicios y prestaciones sociales y sanitarias, pública o privadas que se destinan a la rehabilitación y cuidado de estas personas en dependencia, que les impide realizar actividades personales e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, surgen una serie de limitaciones para las personas en esta situación, por lo que es necesario una reorganización y priorización a nivel de atención primaria, coordinación y cooperación con la persona que entregará estos cuidados para que sean efectivos.¹²⁻¹³

La atención a personas con dependencia se caracteriza por la falta de coordinación entre los servicios socio - sanitarios, motivo por el cual se hace necesario un profesional con capacidad de respuesta ante esta situación. Es ahí donde entra el papel de la enfermería, la que a través de su desempeño en la educación sanitaria y en educación para la salud,

genera evidencias de su efectividad. La orientación, supervisión y valoración del aprendizaje ha generado más conocimiento en los cuidados de la salud. Con ello se cumpliría la atención integral de la persona dependiente desde una perspectiva holística, totalizadora del concepto de salud bio-psico-social.

*“El ámbito del cuidado informal y más específicamente la habilidad de cuidado identificada en las/los cuidadoras/es son un área de especial relevancia para enfermería, pues, por su cercanía con la comunidad, está en una posición única para prestar apoyo a las/los cuidadoras/es, potenciar sus fortalezas y llamar la atención sobre sus necesidades”.*⁵

Los resultados de este estudio ofrecen aportes significativos para la comprensión de la habilidad de cuidado y generar estrategias dirigidas a la intervención de las problemáticas de la/el cuidadora/or y al mejoramiento de sus habilidades para cuidar, en los servicios de atención primaria principalmente.

Esta investigación otorga diferentes dimensiones en las que se desenvuelve y mejora en sus habilidades del cuidado, uno de los ejes está relacionado con el rol de investigadora/r que permite la integración de conocimientos propios de la disciplina y la praxis del cuidado en sí. Además, permitirá valorar y cuantificar la habilidad de cuidado que poseen los cuidadores informales, retroalimentando la práctica e implementación de nuevas herramientas para mejorar la calidad de los cuidados efectuados. Es importante que el profesional de enfermería sea capaz de conocer, valorar, y entregar la ayuda necesaria para y con el otro.

Por todo lo anterior, esta investigación busca ser un aporte al área académica de la profesión, en todas sus áreas sea asistencial (práctica) y/o investigación sobre la habilidad de cuidado en cuidadores informales, para responder a la alta demanda y necesidad que presentan estos cuidadores, otorgándoles acompañamiento, entrega de conocimiento y herramientas para entregar un cuidado holístico a estos pacientes.¹⁴

El profesional de enfermería desde el rol asistencial permitirá establecer la intervención profesional para las necesidades del cuidador/a, mediante el conocimiento que tenga sobre la habilidad de cuidado, potenciando dichas habilidades. *“Una de las*

investigaciones respecto a las intervenciones que se puedan realizar documentan un resultado positivo con relación a los mecanismos de afrontamiento, sobrecarga del cuidador y disminución de la ansiedad” 14-15-16

De esta manera se interrelaciona con el rol educativo, en que el profesional cumplirá con su responsabilidad de entregar los conocimientos necesarios, desarrollando las competencias óptimas para realizar el cuidado domiciliario de pacientes con algún nivel de dependencia.¹⁴ Se debe comprender la realidad del otro, aceptar su potencial y limitaciones como cuidadores para así poder otorgar las herramientas necesarias para mejorar su habilidad, al incrementar su capacidad de afrontamiento y lograr satisfacer las necesidades de la persona enferma y al mismo tiempo mantener su propia salud, modificando los componente cognitivos y actitudinales para potenciar la capacidad de los individuos que cumplen el rol de cuidador.¹⁶

Por lo que desde las unidades académicas se debe implementar un proceso de formación acorde a las necesidades de la población, para preparar a los profesionales de enfermería de manera adecuada y así poder servir para fomentar y apoyar conductas adaptativas, comprendiendo la realidad de cada persona, con sus debilidades y fortalezas y así entregar una educación acorde a la situación de la persona.

Desde el rol de gestión el/la profesional enfermero/a podrá realizar las gestiones, administrando los recursos tanto humanos como materiales, para el cuidado que necesitan las personas con dependencia, y de esta forma, apoyar su labor desde el hogar, generando así un nuevo nexo con la red asistencial y fortaleciéndolo aún más, satisfaciendo las múltiples necesidades que pudiesen surgir a lo largo del cuidado.¹⁴

El rol investigativo es fundamental para desplegar, evaluar y propagar el conocimiento de la profesión, generando nuevos conocimientos que permitan al profesional evaluar su práctica a través de los costos derivados del cuidado y los beneficios otorgados a los pacientes, garantizando un cuidado enfermería de calidad, utilizando mejor los recursos disponibles.¹⁴

A través de la presente investigación se pretende visibilizar un área de interés para la salud pública nacional y la enfermería en particular, ya que la información acerca de la habilidad de cuidado de las/los cuidadoras/es informales es reducida a nivel local, y en la mayoría de las ocasiones se ignoran los factores que influyen en ella.

Este estudio se realizará en la ciudad de San Felipe, comuna perteneciente al Valle del Aconcagua.

- **Pregunta de investigación**

La gran necesidad y alta demanda de cuidado informal a causa de las elevadas tasas de adultos mayores en situación de dependencia han generado que en el hogar al menos una persona deba otorgar cuidados, por lo tanto, surge la necesidad de que estos posean las habilidades necesarias para asumir ese rol. Entonces cabe preguntarse ¿Cuál es el nivel de habilidad de cuidado de cuidadores informales de personas con dependencia y cuál es la percepción que tienen de su estado de salud?

1.3 Objetivos

Objetivo General:

- Medir el nivel de habilidad de cuidados en cuidadores informales de personas con dependencia y su percepción de salud.

Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de habilidad de cuidado en cuidadores informales.
- Determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales.
- Determinar situaciones de salud que presenta el cuidador informal tales como: percepción de salud, presencia de enfermedad crónica diagnosticada, molestias físicas relacionadas con el esfuerzo.

CAPITULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Fundamento teórico del proyecto

Los fundamentos teóricos que sustentan el estudio de la habilidad de cuidado de cuidadores informales surgen a partir del concepto cuidado definido y desarrollado tanto por Milton Mayeroff dentro de su teoría On Caring¹⁷, por el abordaje de Ngozi Nkongho, otros autores que postulan dentro de sus teorías el abordaje del cuidado tal como Jane Watson en su teoría del cuidado humanizado. Además, permite ser medido a través del uso del instrumento estandarizado de Ngozi Nkongho.³

2.1.2 Teoría de Milton Mayeroff: “On Caring”

Para el desarrollo teórico de habilidad de cuidado, comienza por Milton Mayeroff, quien en su teoría busca establecer el carácter desinteresado del cuidador al brindar el cuidado, puesto que el cuidado es una acción que se realiza para ayudar al otro a crecer y no por beneficio propio. Para ello se establece una relación entre las personas y se ingresa a su círculo privado para así satisfacer las necesidades de quien recibe el cuidado y que necesita de la ayuda o asistencia de terceros para su propio bienestar, en que propuso 8 conceptos que se basan para impartir un cuidado humano se debe poseer actitudes, aptitudes, cualidades y habilidades personales (*Mapa 1.1.3*) que permitan aplicar todos los componentes del cuidado humano descritos, durante la vida personal y profesional, en sus diferentes roles, los cuales se detallan a continuación:

- **Conocimiento:** Para poder cuidar a otro debemos conocerlo, saber de sus necesidades, como atenderlas, además de conocer nuestras propias limitaciones, porque las buenas intenciones no garantizan una buena atención. Existen dos tipos de conocimientos, implícito y explícito, directo e indirecto los cuales debemos poseer para ayudar al otro, a quien recibe nuestro cuidado, a crecer.

- **Ritmos alternados:** Al poner en práctica las acciones de cuidado siempre debemos analizar los resultados obtenidos para asegurarnos de que son adecuados o identificar qué áreas deben ser mejoradas.
- **Paciencia:** La paciencia está referida a que debemos permitir que la persona cuidada se desarrolle por sí misma, entregando un espacio para lograrlo. Cuando la persona que otorga el cuidado es impaciente, no otorga el espacio y tiempo necesario para el desarrollo esta. La paciencia incluye la tolerancia, la cual consiste en respetar el crecimiento del otro.
- **Honestidad:** La honestidad se refiere en ser honestos con nosotros mismos. Al cuidar al otro debemos verlo como realmente es y no como quisiera que fuese, esto impediría que se logre un cuidado adecuado hacia el otro. Ser honestos también implica la posibilidad de estar equivocados, si la persona que otorga el cuidado reconoce estar equivocada, logra aprender en base a sus errores. Ser honesto es parte del cuidado y no por conveniencia.
- **Confianza:** La confianza se da cuando se confía en el otro en todos sus ámbitos, tales como: su independencia, caer en la equivocación y aprender de ello. Primero la persona debe confiar en sí misma, en sus capacidades y juicio frente al cuidado que otorgue, es necesario que exista un equilibrio en la confianza propia, el constante mejoramiento sin perder el objetivo de entregar un cuidado adecuado.
- **Humildad:** Esta característica está presente en el cuidado de muchas formas. Primero cuidar al otro, permite su crecimiento y aprendiendo constantemente sobre él, y sobre sí mismos. La persona que entrega el cuidado debe reconocer sus propias limitaciones y estar dispuesto a mejorarlas. La humildad es tomar conciencia acerca del cuidar a otro, va más allá de otorgar el cuidado, es más significativo la capacidad de cuidar y poder cuidar a otro.
- **Esperanza:** Es la esperanza con la que crecerá la persona que recibe el cuidado. La esperanza no es una expresión de la disconformidad con el presente, es más bien una expresión de la plenitud del presente, con amplias posibilidades. Cuando no existen posibilidades de crecimiento, se cae en la desesperación. *“Un aspecto importante de la esperanza es el valor, en circunstancias difíciles,*

tomando riesgos a través de nuestra seguridad. El valor hace posible la esperanza, y de igual forma la esperanza otorga valor.¹⁷

- **Valor:** Confiar en la capacidad del otro, a quien cuidamos, de crecer y de las propias habilidades otorga valor para enfrentar situaciones desconocidas, es imposible enfrentarse a estas sin valor y *“claramente, cuanto mayor es la sensación de ir a lo desconocido, más valor se requiere para cuidar.”*¹⁷ No se tienen garantías de cómo se tornarán las cosas, como cambiara la persona a quien se cuida o nosotros mismos.

2.1.3 Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson

La teoría del cuidado humanizado de Jean Watson¹⁸ busca establecer la importancia del cuidado en el ámbito físico y espiritual, realzando la importancia de la actividad para el cuidador y quien recibe el cuidado, considerando la gran responsabilidad que conlleva quien ejerce el rol de cuidador.

Sabemos que cuidar es una actividad humana, una relación y un proceso, cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, estableciéndose conceptos como “relación transpersonal del cuidado, es decir, actúa más allá del propio ego, en donde se establece una conexión emocional y auténtica, también donde surge el compromiso moral de proteger y realzar la dignidad humana, o la ocasión en que el cuidador se conecta con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado, con la posibilidad de expandir la habilidad humana.”

¹⁸

En cambio, en el cuidado humanizado, se establece que al momento de brindar el cuidado se genera el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente y se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal. A lo largo del proceso J. Watson, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal.

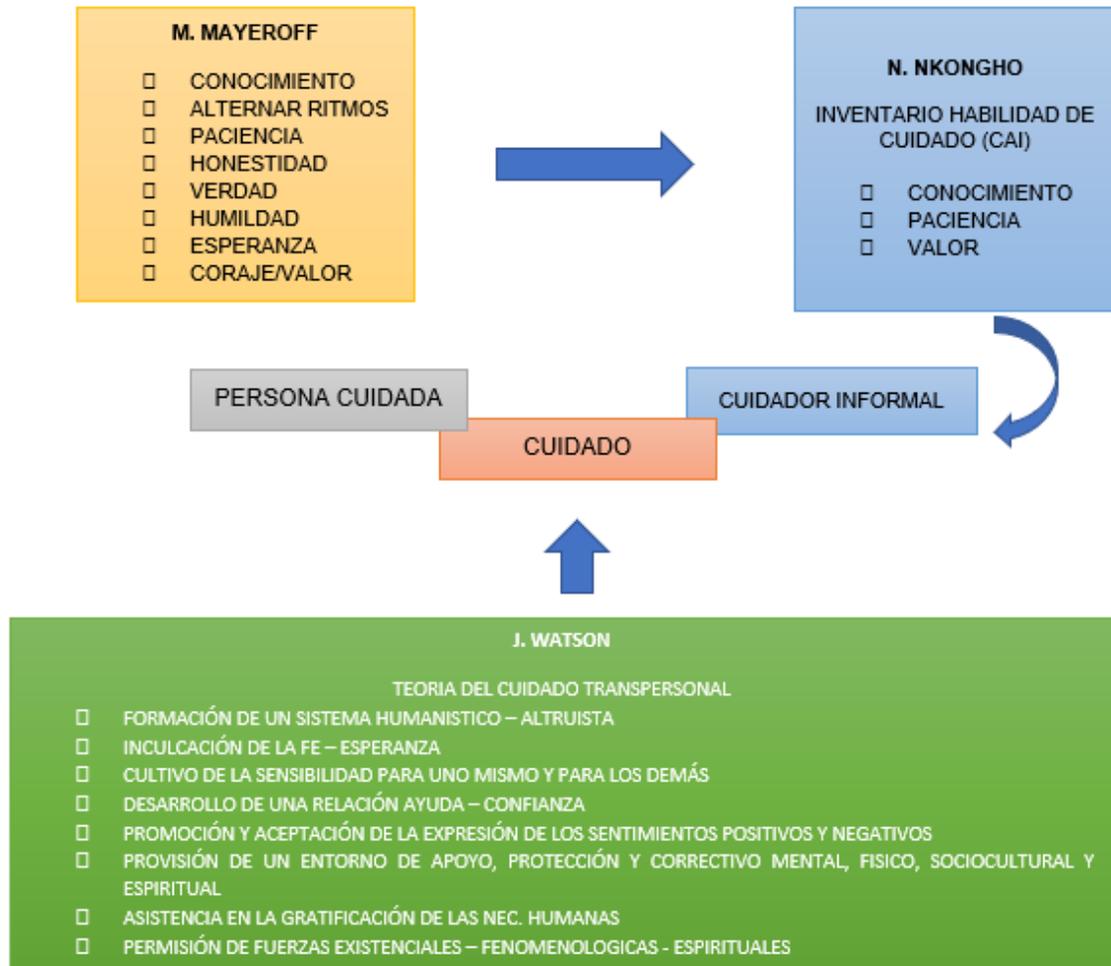
Para ello J. Watson confecciona para su teoría diez factores de cuidado, los cuales son los siguientes:¹⁸

- 1) **Formación de un sistema humanístico - altruista de valores:** Incorpora valores humanísticos y altruistas, que pueden ser aprendidos como una experiencia propia del crecimiento humano. *“Estos se relacionan con una práctica del cuidado consciente, amable y ecuánime.”*
- 2) **Inculcación de la fe - esperanza:** El cuidador debe estar auténticamente presente, permitiendo y manteniendo un sistema de creencias profundo en la persona cuidada, al mismo tiempo apoyar el mundo subjetivo propio de él y de la persona cuidada.
- 3) **Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás:** El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación, tanto para el cuidador como para el paciente. A medida que el cuidador reconoce su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia el otro.
- 4) **Desarrollo de una relación de ayuda - confianza:** El desarrollo de esta relación entre el cuidador y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
- 5) **Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos:** El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo, tanto para el cuidador como el paciente. El cuidador debe estar preparado tanto para sentimientos positivos como negativos y debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- 6) **Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones:** El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
- 7) **Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal:** Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar

y salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinen las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

- 8) **Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual:** Los cuidadores tienen que reconocer la influencia de los entornos internos y externos que tienen en la salud y la enfermedad de las personas cuidadas. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Por otro lado, el medio externo se encuentra la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables. De esta manera el cuidador logra crear un entorno de cuidado en todos los niveles, potenciando la comodidad, dignidad, salud y paz de la persona.
- 9) **Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas:** El cuidador reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. La persona cuidada tiene que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. Algunas de las necesidades de menor rango son la inactividad, actividad y sexualidad, en cambio, algunas de las necesidades de mayor rango son la alimentación, eliminación y oxigenación. Es así como el cuidador debe ayudar con las necesidades básicas, con los cuidados esenciales que permitan un desarrollo de la mente – cuerpo - espíritu, salud y unidad del ser, en la persona cuidada.
- 10) **Permisión de fuerzas existenciales - fenomenológicas - espirituales:** El cuidador debe permitir que los eventos sucedan intentando comprenderlos para ofrecer una mejor experiencia, estimulando de esta forma el pensamiento hacia una comprensión de uno mismo y de los demás. Es decir, abrirse y atender a las dimensiones espiritual y existencial de la propia vida y muerte, cuidando así el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.¹⁸

2.1.4 Mapa conceptual de incorporación de ambas teorías



Fuente: "Nivel de habilidad de cuidado de cuidadores informales en pacientes con dependencia y su percepción del estado de salud" Creación de las autoras. 2018

Entendemos por M. Mayeroff, quién plantea, define y explica 8 conceptos esenciales que fundamentan el proceso del cuidado en cualquier relación entre un cuidador y una persona que necesite de estos cuidados. A partir de esta propuesta, N. Nkongho rescata de estos 3 conceptos, los que consideró principales para desarrollar el inventario de habilidad de cuidado, el cual mide la habilidad de cuidado en el cuidador a partir de los conceptos Conocimiento, Paciencia y Valor. En que admite que las personas sienten y

se comportan de una manera diferente en las relaciones con otras personas y que existe una habilidad o falta de ella para otorgar el cuidado.

El cuidador, a su vez mantiene una relación de cuidado con la persona cuidada, asumiendo el rol de cuidador, el conocimiento sobre este , la demostración de recompensa positiva por parte del receptor, *“la participación de la decisiones de cuidado en casa, el conocimiento del receptor del cuidado del proceso de su enfermedad, el conocimiento del tratamiento ordenado, la forma de aplicarlo o administrarlo, el conocimiento de la actividad prescrita, del seguimiento necesario en situaciones de emergencia, de recursos financieros, información desde cuándo contactar profesionales de la salud, sobre la red de apoyo social disponible, tener confianza en la habilidad de manejar el cuidado en casa, sentir bienestar como cuidador, tener planes de respaldo en su responsabilidad.”*¹⁹

Sánchez plantea que los profesionales de enfermería *“identifican el componente afectivo del cuidado y los pacientes se enfocan más en las tareas que estos profesionales realizan.”*²⁰ Esta diferencia en la percepción puede reflejar las necesidades inmediatas del paciente, en contraste con las metas a más largo plazo que pueden tener las/los cuidadoras/es. *“El cuidado está siempre asociado a una expresión humana de supervivencia, sólo se manifiesta en nuestra habilidad de cuidar.”*²⁰

El/la cuidador/a es protagonista en el cuidado en el hogar y deben tener preparación para asumir esta responsabilidad, adquirir la confianza para realizar el cuidado en el hogar y su manejo, conocimiento de lo que significa el rol de cuidador, el tratamiento indicado que requiera el usuario, conocimiento sobre la red de apoyo social disponible, con los funcionarios en el CESFAM.

2.1.5 Definición de conceptos

- **Conocimiento:** Las personas se sienten y se comportan de forma diferente en cada relación, por eso es importante conocer a la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar. Además de conocer las propias fortalezas y limitaciones, considerando el conocimiento de las propias creencias y valores, puesto que apoyarán las decisiones que se tomen.²¹
- 22
- **Valor:** Muestra la capacidad de asumir un reto o riesgo ante lo desconocido a partir de cada una de las experiencias y en la aceptación del rol.
 - **Paciencia:** Es dar tiempo y espacio a la autoexpresión, incluye la tolerancia ante la desorganización y problemas que puedan limitar el crecimiento de sí mismo y de otros.
 - **Dependencia:** Es el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Son personas enfermas, discapacitadas o adultas mayores, que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria.
 - **Cuidador informal:** Es aquella persona que realiza tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitados o adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos para realización de las actividades de la vida diaria, durante la mayor parte del día, sin retribución económica.²³

2.2 MARCO EMPÍRICO

2.2.1 Investigaciones internacionales

La revisión empírica de los estudios permite visualizar que la habilidad de cuidado ha sido practicada en estudiantes de enfermería²³, cuidadores informales²⁴, entre otros por su utilidad como guía, mejoramiento continuo del área.

Cabe destacar que en relación al concepto de cuidador informal a nivel nacional e internacional no existe un consenso con respecto a las características y comportamiento del mismo, esto es más claro, cuando comprendemos que debido a la falta de conocimiento con respecto al concepto, la implementación de políticas públicas de salud se ve anulada.²⁴

En relación con los estudios encontrados a nivel internacional sobre la habilidad de cuidado de los cuidadores informales, ha sido desarrollado mayoritariamente por el grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, dando origen al Programa Cuidando a los Cuidadores.

En seguimiento se ha utilizado en el ámbito del cuidado informal, evaluando la habilidad de cuidado en cuidadores de adultos mayores principalmente dependientes y/o portadores de enfermedad crónica incapacitante, lo que se resume a continuación en orden cronológico:

Galvis en el año 2004 en Colombia, realizó un estudio cuantitativo, tipo descriptivo comparativo de tipo transversal, en el ISP del Instituto de Seguro Social de Villavicencio, en el cual se utilizó la escala de habilidad de cuidado (CAI), mediante escala tipo Liker de 1-7 puntos, para la medición y comparación entre la habilidad de cuidado en dos grupos de 45 cuidadores informales de pacientes en situación de enfermedad crónica discapacitante que eran atendidos en servicios de hospitalización y en servicios de consulta externa. Los participantes en ambos servicios correspondían a mujeres en más de un 80%, en que el 60% de las edades se encontraban entre los 35 a 65 años en ambos

grupos. Las personas cuidadas, tenían en un 75 a 80% una edad mayor al cuidador; un 50% de los cuidadores mantenía un tiempo al cuidado mayor de 37 meses, en ambos servicios.

La habilidad de cuidado resultante para la consulta externa fue en un 47% de nivel bajo, en un 27% de nivel medio y en un 27% de nivel alto. A diferencia de los resultados obtenidos en servicios de hospitalización, en que sólo un 31% obtuvo un nivel bajo, un 36% un nivel medio y un 33% un nivel alto. Para la dimensión conocimiento, en consulta externa el nivel predominante fue el alto, con un 36%, sin embargo, para el grupo hospitalizado la mayoría obtuvo un nivel medio, con un 56%. Considerando la dimensión paciencia se obtuvieron iguales resultados en ambos grupos, en los que se obtuvo un nivel medio con un 42%, seguido de un nivel alto en un 36%. En la dimensión valor, los resultados fueron los mismos en ambos grupos, siendo el nivel medio el de mayor porcentaje con un 42%, seguido de un nivel bajo con un 31%.²⁵

Entre los grupos en estudio los resultados con relación a la habilidad de cuidado fueron similares, con pocas diferencias significativas. *“Se destaca que los participantes en su mayoría tenían un nivel de habilidad de cuidado total en un nivel medio o bajo, la dimensión conocimiento varió entre un nivel alto y medio, en la dimensión paciencia principalmente se obtuvieron niveles medio y alto, finalmente la dimensión valor se mantuvo entre los niveles medio y bajo.”*²⁵

Barrera¹, en el año 2006 en Colombia, realizó una investigación cuantitativa descriptiva comparativa, en la que trabajó con una muestra intencional, correspondiente a los familiares cuidadores de personas con enfermedad crónica, pertenecientes a la Universidad de la Sabana, Universidad de Los Llanos y la Universidad Nacional de Colombia. El estudio tenía como objetivo hacer una descripción y comparación con relación a la habilidad en el cuidado de los cuidadores. Fue realizado en 270 cuidadores. Para lograr los objetivos planteados se aplicó el inventario de habilidad de cuidado (CAI), con respuesta tipo Lickert de 1-7. Entre los resultados obtenidos más del 80% de los participantes eran de sexo femenino. Se encontró que alrededor del 70% de los cuidadores no tenían la habilidad de cuidado adecuada, tanto en habilidad de cuidado

total, como en las tres dimensiones descrita del CAI. Por lo tanto, la habilidad de cuidado total y en sus dimensiones es insuficiente en estos cuidadores.

El año 2007 se publicó una investigación realizada por Rojas M. en Colombia, Corresponde a una investigación cuantitativa descriptiva, en la cual se midió la habilidad de cuidado, relacionando el tiempo de cuidado y el grado de dependencia de la persona cuidada. Utilizó una muestra no probabilística intencionada, de 102 cuidadores de adultos mayores dependientes en situación de cronicidad. Se utilizó el índice de Barthel (IB), para valorar la discapacidad física en el adulto mayor. La escala CAI para medir la habilidad de cuidado de los cuidadores, a través de una Escala de Lickert de 1-7. La muestra del estudio se conformó en un 84% mujeres, en un 50,98% en edades entre los 36 a 59 años, un 43,14% era hijo/a de la persona cuidada, en un 67,65% con un tiempo al cuidado mayor de 37 meses, un 53,92% dedica de 13 a 24 horas diarias al cuidado

Los resultados obtenidos con la aplicación de la escala CAI tuvo como resultado total que el 44,12% posee un nivel moderado y sólo un 31,37% un nivel alto. Al análisis entre la habilidad de cuidado, total y por dimensiones, y el grado de dependencia no se encontró una asociación estadísticamente significativa, por lo que la habilidad de cuidado no se relaciona con el grado de dependencia de la persona.

“En cuanto al análisis entre la habilidad de cuidado y el tiempo en el cuidado, no se encontró una asociación estadísticamente significativa en la habilidad de cuidado total y en las dimensiones conocimiento y valor, sin embargo, en la dimensión paciencia si se encontró una asociación estadísticamente significativa, por lo que, a mayor tiempo de cuidado, más se ve afectada la paciencia del cuidador, en que esta disminuye.”²²

“Los principales resultados demuestran que, en general, la habilidad de cuidado de los cuidadores se encontraba poco desarrollada y no tenía asociación con el grado de dependencia.”²²

En un estudio realizado por Vega el año 2008 en Colombia, se trabajó con cuidadores familiares de pacientes en situación de enfermedad crónica, con el objetivo de medir el efecto de un programa educativo de apoyo en la habilidad de cuidado de los cuidadores.

Corresponde a una investigación cuasi experimental, cuantitativo. En la que participaron 40 cuidadores. Para la medición se utilizó la escala CAI, la cual poseía tipo de respuesta tipo Likert de 1-7. y esta se aplicó previamente y posterior a la implementación del programa. Entre sus resultados, en lo referente a datos sociodemográficos, se destaca el predominio del género femenino (82.5%), la mayoría poseen cursos de bachillerato incompletos. 42% de los cuidadores lleva más de 37 meses ejerciendo este rol. El 50% de los cuidadores se encuentran solteros. ⁴

En cuanto a los resultados obtenidos de la aplicación de la escala CAI, se evidenció que el programa incrementó significativamente el nivel de habilidad de cuidado total y en la dimensión Valor, sin embargo, en las dimensiones Conocimiento y Paciencia, no se alcanzó el incremento esperado, puesto que, en la dimensión conocimiento, los cuidadores con un nivel adecuado pasó de ser en un 30% de los cuidadores a un 47,5%. En cuanto a la dimensión paciencia, un 35% mantenía un nivel óptimo, ajustándose solo un 10% posteriormente. También se aplicó el perfil PULSES para conocer el nivel de funcionalidad del paciente que recibe el cuidado. ⁴

“A partir del logro del programa educativo, se demostró en primer lugar la relevancia de la valoración de la habilidad de cuidado en los cuidadores tanto en su categoría general como por sus dimensiones.” ⁴ En segundo lugar, la importancia de este tipo de intervenciones para mejorar la habilidad de cuidado de manera general y en las dimensiones que anteriormente eran deficientes en los cuidadores. De esta manera se apoya al cuidador en su función y así se mejora la calidad de vida de la persona cuidada.

Berdejo y Parra⁶, en su estudio del 2008 trabajaron con cuidadores informales de pacientes con alteración neurológica con el objetivo de medir la habilidad de cuidado en dichos cuidadores considerando una población vulnerable. La habilidad de cuidado se midió con la escala CAI, la cual consiste en una escala tipo Likert de 1-7, con una prueba piloto aplicada previamente a 6 cuidadores de similares características a las presentadas por los participantes. Se utilizaron preguntas relacionadas con características sociodemográficas al cuidador. De los 50 cuidadores, 84% correspondía a mujeres. El 46% de la muestra se encuentra entre las edades de 31 a 43 años. La mayoría se

encontraban casados (40%) o solteros (36%). En cuanto a la escolaridad el 42% habían completado el bachillerato, 22% tenía nivel primario completo al igual que las personas que tenían una carrera tecnológica, también la mayoría solo realizaban labores relacionadas con su rol de cuidador. En relación con los resultados obtenidos de la aplicación de la escala CAI, sólo un 54% de la población total alcanzó un nivel mínimo adecuado habilidad de cuidado. En cuanto al conocimiento sólo un 52% de los cuidadores obtuvo un valor adecuado, en cuanto al valor solo un 20% y a la paciencia un 54%. *“Este grupo de cuidadores tenía un nivel de habilidad de cuidado total y por dimensiones inferior a lo óptimo, realidad que se compara y asemeja con los resultados de investigaciones realizadas en Colombia y Latinoamérica.”* ⁶

Venegas²⁶, en el año 2006, llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, realizado en Colombia, en la ciudad de Bogotá, municipalidad de Chía. Su objetivo busca medir y relacionar la habilidad de cuidado de los cuidadores y el nivel de funcionalidad de la persona cuidada. La población de estudio corresponde a cuidadores principales y personas con enfermedad crónica que reciben el cuidado, en total participaron 122 parejas cuidador-cuidado. La muestra resulta ser intencionalmente seleccionada a través de los criterios de inclusión (>18 años, vinculados al programa de atención a paciente con discapacidad y adscritos al municipio de Chía, que tuvieran la capacidad de responder el instrumento). Para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos. A través de visitas domiciliarias a los participantes, el instrumento CAI (validado en 1990) el cual consta de 37 ítems con escala de Likert, que evalúa con puntaje de 1-7, el conocimiento, paciencia y valor del cuidador; La escala Pulses, empleada por Moskowitz en 1957, la cual valora la estabilidad de la patología, utilización de miembros, capacidad de moverse, función sensorial, eliminación, y socialización. Como resultados obtuvieron que el 85.25% de la muestra son mujeres, que tienen como rol de esposas, madres hermanas o hijas de la persona cuidada. Se encuentran entre rangos de 35 a 59 años de edad. También se destaca que las personas cuidadas en su mayoría son mayores que el cuidador en cuanto a su edad. La mayoría de los cuidadores poseen escolaridad primaria incompleta y bachillerato completo. 51.64% se encuentran casados y con

labores dentro del hogar. 67.21% llevan >37 meses ejerciendo el rol de cuidador. 72.13% afirman sentir que dedican las 24 horas del día a ejercer actividades de cuidador. Destacando los resultados obtenidos al aplicar la escala CAI, el 37.70% presentan un nivel de habilidad medio, mientras que el 33.61% presentan un nivel alto de habilidad de cuidado. Estos datos muestran que el 66.39% de los cuidadores no tiene un nivel de habilidad óptimo para ejercer el cuidado. Se destaca que este resultado debe ser intervenido por los profesionales de salud que desempeñan su labor dentro del programa de discapacidad del municipio participante, apoyarlos con intervenciones focalizadas a mejorar la habilidad de cuidado de estos.

García⁹ en el año 2009, en España, trabajó con cuidadores informales de personas con situación de dependencia, con el objetivo de evaluar la calidad de vida de dichas cuidadoras y cuáles son los factores que influyen en esta. *“El resultado demostró que el 87% de los cuidadores eran mujeres, con edades entre 50 y 70 años; el 81% se encontraban casadas, 64% eran amas de casa, 87% conviven con la persona cuidada, el 62% sólo tenía estudios primarios, con un promedio de 4 a 8 años realizando el trabajo de cuidar, un promedio de 8 a 12 horas diarias al cuidado, 47% eran hijas de la persona cuidada”*⁹ y por último, el principal motivo para hacerse cargo del cuidado era por un sentimiento de obligación con respecto a, en la mayoría de los casos, un familiar. Además, que factores subjetivos como el grado de satisfacción, confianza y sentimiento de seguridad del cuidador, influyen sobre su calidad de vida y su desempeño al cuidar.

Contreras A. en Colombia, en el año 2011, realizó la aplicación de la escala CAI en 30 profesionales de enfermería de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de tercer nivel, con el objetivo medir su habilidad de cuidado. *“Los participantes en un 80% correspondieron a mujeres, en un 53,3% en edades entre 20 a 30 años, el 93,0% no padecía enfermedades crónicas, un 67% reportó más de 60 meses de experiencia laboral y un 63,3% trabajaban de 6 a 8 horas diarias. En cuanto a la habilidad de cuidado, el 46,6% obtuvo un nivel medio, el 40% uno bajo y solo el 13,3% uno alto. Con relación a la dimensión Valor, un 50% obtuvo un nivel medio y un 43,3% un nivel bajo. La dimensión*

Conocimiento resultó en un 43,3% en un nivel alto y en un 30% en nivel medio. La dimensión Paciencia, obtuvo en un 50% un nivel bajo y un 36,6% un nivel medio.”²⁷

Carrillo¹¹, en el año 2014 en Colombia, estudió a una población de cuidadores familiares de niños y de adultos con enfermedad crónica no transmisible, con el objetivo de comparar y describir la habilidad de cuidado de estos. *“El estudio se realizó en 212 cuidadores que en su mayoría correspondían a mujeres, ser únicos cuidadores de la persona, con un tiempo al cuidado de 0 a 6 meses en los niños y de más de 3 años en los adultos y ambos grupos tenían una dedicación al cuidado de 24 horas al día.”¹¹* La medición de la habilidad de cuidado fue por medio de la aplicación de la escala CAI, obteniendo como resultado una habilidad de cuidado total media alta, con valores muy cercanos al límite inferior de la escala. Por otra parte, se demostró una habilidad de cuidado total y por dimensiones estadísticamente superior en los cuidadores de adultos por sobre los cuidadores de niños, y en estos últimos resalta en el componente paciencia. Se debe considerar la edad del receptor de los cuidados y el tiempo dedicado a cuidar, al entregar educaciones y herramientas que pretendan mejorar la habilidad de cuidado de estos. *“Estos estudios evidencian la transversalidad del déficit en el nivel de habilidad de cuidado en cuidadores de personas con alguna enfermedad incapacitante, problema que se intensifica en las dimensiones Valor y Paciencia.”¹¹*

Vicente M, Puga C, Morales R, García C, Fuentes M, Méndez M en México, en el año 2015, realizaron un estudio con el objetivo de identificar la asociación entre el nivel de sobrecarga y el nivel de habilidades de cuidadores informales de adultos mayores. Se trabajó con 57 cuidadores familiares de adultos mayores con alguna enfermedad crónica, a estos se les aplicó la escala CAI y la escala de sobrecarga de Zarit.²⁸

El 84,2% de los participantes eran mujeres, la media de edades fue de 47,42 años, con bajos niveles de escolaridad, el 57,9% eran hijas de la persona cuidada y un 24,6% esposos/as, el 71,9% dedicaba 24 horas al cuidado y en promedio llevaban un tiempo al cuidado de 8 años. Los resultados de la escala de sobrecarga muestran que un 75,4% de los cuidadores se encontraban sin sobrecarga. La dimensión paciencia resultó bajo

en un 59.6%, en la dimensión de conocimientos el nivel fue bajo en 40.3% de los cuidadores y el 38.6% un nivel alto en conocimiento. La dimensión de valor, con un 52,6% en nivel medio y 28,07% en bajo. *“En cuanto al nivel de habilidad general, se evidencia que el 7% de los participantes poseen un alto nivel y el 80.7% un nivel bajo. El análisis de los datos obtenidos arrojó que existe una asociación negativa entre las variables, por lo que, a menor nivel de habilidad de cuidado, mayor será la sobrecarga del cuidador.”*²⁸

En un estudio publicado el año 2016 realizado por Carreño en Colombia, se trabajó con 2040 cuidadores de personas con enfermedad crónica y se les aplicó la escala CAI junto a la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit con el objetivo de determinar si existe relación entre sobrecarga de cuidador y habilidad de cuidado en ellos y comparar esa relación entre las distintas regiones a las que pertenecían los participantes. Los participantes en un 90,88% fueron mujeres, en un 47,69% entre los 18 a 35 años, con niveles de escolaridad media a baja, el 42,79% tenía como ocupación el hogar, el 65,53% llevaba más de 37 meses en el cuidado y el 66.75% dedicaba entre 7 y 24 horas diarias al cuidado. *“Los resultados del estudio arrojaron que tanto en el país como en la región de Amazona existía una correlación negativa débil y estadísticamente significativa, por otro lado, en la región del Caribe se observó una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa. Por último, en la región Andina se encontró que no existía relación entre las variables en cuestión. Por lo tanto, esta investigación principalmente demuestra que, a menor habilidad de cuidado, mayor es la sobrecarga del cuidador y viceversa.”*²⁹

Pérez E. en el año 2016 realizó una investigación para la licenciatura de enfermería, en la Universidad de Colombia, cuyo objetivo era describir la percepción de la habilidad de cuidado de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas. Dado al aumento en la incidencia de las enfermedades crónicas ha llevado a que los cuidadores familiares sean los principales cuidadores del paciente que requiera cuidados, puesto que al necesitar un acompañamiento constante un profesional del área de la salud no puede otorgarle. Es por ello por lo que este estudio es de tipo descriptivo y exploratorio; como

método de revisión bibliográfica. Teniendo una muestra de 37 artículos de investigación y revisiones bibliográficas, sobre la percepción de habilidad de cuidado de los cuidadores familiares en pacientes con enfermedad crónica. Se seleccionaron 37 artículos, donde 2 son en inglés y 35 en español. *“Los hallazgos encontrados en los diferentes estudios se fueron que, de los 37 estudios revisados en 9 de estos, se aplicó el instrumento (CAI) de Ngozi Nkongho, donde permite conocer y describir en las dimensiones de conocimiento, valor y paciencia de la habilidad de cuidado en los cuidadores familiares.”* ³⁰

A modo de conclusión, en los instrumentos revisados en los diferentes estudios se encontró que, de los 37 estudios revisados en 9 de estos, se aplicó el instrumento Inventario de la habilidad de cuidado (CAI) de Ngozi Nkongho³; que se compone de 37 ítems y se califica con escala de Likert. Consta de tres subcomponentes o sub - escalas que dan valores sobre las dimensiones de conocimiento, valor y paciencia; las respuestas obtenidas según la puntuación se organizan en los niveles bajo, medio y alto. En todos los estudios el método de recolección de la información fue mediante una entrevista personal a cada uno de los cuidadores, con previo consentimiento informado de los participantes. El instrumento utilizado es desarrollado por Nongozi Nkongho³ en 1990, está traducido al español y validado reportando una consistencia interna de 0.86 según alfa Cronbach por Corredor K, en el año 2011. Para definir la habilidad del cuidado es importante dirigirnos a las concepciones determinadas por Nkongho; quien realizó un estudio cualitativo con cuidadores para descubrir el grado de habilidad de cuidado y concluyó que ésta es la manera de relacionarse con el cuidado, de acuerdo con el grado de desarrollo de tres elementos. La información obtenida al aplicar el instrumento CAI permite conocer y describir en cada uno de los estudios, cuáles son las habilidades referidas al grado de conocimiento, valor y paciencia que posee el cuidador principal en el cuidado que brinda al paciente.

2.2.2 Investigaciones Nacionales

En Chile existen numerosos estudios acerca del nivel de sobrecarga y las características sociodemográficas tanto en cuidadores informales como de variados grupos de personas. Una de estas investigaciones fue llevada a cabo el año 2010 por Jofré V.³¹ y en esta se aplicó la escala Zarit con el objetivo de medir el nivel de sobrecarga de cuidadores informales e identificar los factores que se asocian a ella. Para esto, la muestra en estudio se conformó por 156 cuidadores informales de personas adscritas al programa de postgrados de centros de salud de Concepción, Chile. Además de aplicar la escala Zarit, se utilizó un instrumento para valorar variables sociodemográficas y antecedentes relacionados con la actividad de cuidar.

Con la finalidad de aumentar la validez de constructo del instrumento y mejorar los valores de confiabilidad, se eliminaron algunos ítems que demostraron ser poco determinantes de sobrecarga. Con los ítems de cada factor se crearon 4 dimensiones: Impacto del cuidado, relaciones interpersonales, expectativas de autoeficacia y dependencia.³¹

Los resultados del estudio demostraron que un 88,5% correspondían a mujeres, un 42,9% con un nivel de educación media, el 63,5% sin remuneración por cuidar y un 62% no ejercía como jefe de hogar. Respecto a la edad, la mayoría se encontraba en el rango entre 54 y 65 años. El 85% al cuidado de solo una persona, el 86,6% con algún parentesco con la persona cuidada, el 74,4% hijas/os, esposas y hermanas, un 87,8% con más de 8 horas dedicadas al cuidado a la semana y un 90,4% también los fines de semana. El 33,3% de los participantes ejerce el cuidar desde hace 1 mes hasta 3 años y un 46,8% desde hace 10 años y más. Sólo el 32,7% ha recibido formación para brindar cuidados, desde los centros de salud.³¹

El 87,2% refieren presentar molestias y/o dolores en las últimas dos semanas, el 52,6% considera su estado de salud como regular. La distribución de las molestias es en primer lugar el dolor de piernas en un 60,3%, el 55,2% presenta dolor de espalda, el 45,5%

cansancio y un 43,6% dolor de cabeza. El mayor porcentaje de molestias es en las mujeres.³¹

Con relación al nivel de sobrecarga de los cuidadores, estos obtuvieron puntajes desde 5 a 76 puntos, lo cual indica valores moderados de sobrecarga, con una media de 33,141. *“Los valores de rangos promedios para la sobrecarga fueron superiores las mujeres en el componente Impacto del cuidador y para los hombres más altos en el componente Dependencia. Aquellos cuidadores con escasas redes sociales, es decir sin pareja, religión o menor nivel educativo, presentaban mayores niveles de sobrecarga. Cuidadores con más de una persona bajo su cuidado mantenían una mayor sobrecarga. En todos los componentes se obtuvo rangos promedios de sobrecarga más altos en grupos sin una instrucción para cuidar.”*³¹

En cuanto a la presencia de molestias en las últimas dos semanas, aquellos con molestias, mostraron rangos promedios superiores de sobrecarga para los componentes Impacto del cuidador, relaciones interpersonales y dependencia. Para la variable estado de salud se obtuvieron rangos promedios más altos para el grupo de cuidadoras/es que perciben su salud como regular, con excepción del componente expectativas de autoeficacia en que se presentaron valores más altos en el grupo que percibe su salud como buena.³¹

Flores G. et al. en el año 2010³² realizó una investigación sobre el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa, cuyo objetivo era determinar el nivel de sobrecarga en el desempeño del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa y su relación con características sociodemográficas en Chile. Se planteó una investigación de corte transversal, correlacional y predictiva, donde la población de estudio fueron 67 cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia severa, adscritos al Programa de Postrados del Consultorio Externo y al CESFAM Dr. Jorge Sabat de Valdivia. La recolección de datos se realizó a través de la Escala de Carga del Cuidador de Zarit, y se adiciona una Encuesta de Perfil Sociodemográfico, la cual fue realizada por el equipo investigador a

través de visita domiciliaria al 100% de los cuidadores de adultos mayores con dependencia severa (67 cuidadores), previo consentimiento informado.³² La duración de la visita fue de 1 hora y el periodo de recolección comprendió los meses de agosto y septiembre del año 2010. Los resultados que arrojaron la investigación fueron que la población correspondió en un 55,2% al Centro de Salud Familiar Dr. Sabat y en un 44,8% al Consultorio Externo de Valdivia. Se observó predominio del sexo femenino (91%), mayoritariamente correspondía a hijas/os (49,3%), con media de edad de 58,6 años, 85,2% eran mayores de 45 años, que no realizan trabajo remunerado fuera del hogar. La mayoría son casados (50,7%), de bajos ingresos económicos, su situación previsional indica que son mayoritariamente carentes de recursos e indigentes o con ingreso imponible mensual menor o igual a \$172.000. El 64,2% profesaban religión católica, 22% refirieron no contar con personas que le ayuden en el rol de cuidar, el 29% sólo cuenta con 1 ó 2 personas que les colaboran, además el 46,3 % de los cuidadores refirió dedicar 21 a 24 horas h del día al cuidado. Cabe destacar que el 43,3% manifiesta llevar de 1 a 5 años desempeñando el rol de cuidador, el 92,5% refiere recibir apoyo de las instituciones de salud y muchos de los cuidadores presentaban alguna patología, 3 de cada 4 cuidadores refieren no realizar actividades recreativas. Respecto a la sobrecarga, 6 de cada 10 cuidadores presentaba sobrecarga intensa (59,7%), la cuarta parte presentaba sobrecarga ligera (23,9%) y 16,4% no presentaba sobrecarga, la media fue de 62,8 pts., es decir sobrecarga intensa. *“En conclusión, los cuidadores continúan siendo mayoritariamente mujeres, fenómeno que se puede explicar por los patrones culturales imperantes en nuestra sociedad de machismo y patriarcado, que asigna a la mujer el papel de cuidadora y principalmente el cuidado de personas dependientes, como niños, ancianos y personas con discapacidades físicas y psíquicas; además estas mujeres desempeñan otros roles como madre de familia, esposa e hija.”*³²

*“El cuidado de las personas mayores no puede recaer sólo en un individuo, debe ser compartido con toda la familia, porque la carga y los costos que provoca son muy altos, y sólo se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa y con apoyo de la red de salud y la enfermería comunitaria.”*³²

En el año 2012 se publica la investigación “Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales”, realizado por Karina Espinoza M. y Viviane Jofré A.³³, el cual tiene como objetivos: conocer el nivel de sobrecarga, el apoyo social percibido, la capacidad de agencia de autocuidado y otros factores, en los cuidadores/as informales de pacientes dependientes en la comuna de Tomé, Chile. Corresponde a un estudio descriptivo transversal, realizado el año 2010, con una muestra de 30 cuidadores/as informales, seleccionados mediante método probabilístico, sistemático y estratificado, desde la base de datos del CESFAM en la comuna. La recolección se realizó a través de visitas domiciliarias, durante el mes de agosto, aplicando cuatro instrumentos, de los cuales uno de ellos corresponde a la escala de Zarit. Entre sus resultados podemos encontrar que el 90% de los cuidadores son mujeres, con un promedio de edad de 57 años. El 80% de los cuidadores se encontraban en pareja. El 6.7% afirmaron no poseer instrucción formal, el 43.3% presenta educación básica incompleta, el 6.7% educación básica completa, 10% con educación media incompleta, 30% educación media completa y sólo 3.3% poseen estudios de nivel superior. El 63% de los cuidadores posee diagnóstico de algún tipo de enfermedad crónica y en tratamiento permanente. Un 33.3% realiza cuidado a su madre, 10% a un hijo, 16.7% a un hermano/a, 23.3% al cónyuge, 13.3% a otro familiar, y 3.3% a una persona externa a la familia. En el ámbito económico el 26.7% afirma que el ingreso era suficiente para satisfacer sus necesidades básicas y 26.7% realiza alguna actividad remunerada.³³

En la muestra, relacionado al tiempo en que los cuidadores han estado a cargo de la persona en concreto, se obtuvo un promedio de 9 años, durante 17 horas al día, y en los que solo el 40% recibe apoyo para realizar esta actividad. Referido a la sobrecarga se obtuvo un promedio de 33.8 puntos en promedio entre los cuidadores, sin embargo, no presenta los resultados de forma individual en cuanto a los niveles de sobrecarga.³³

Entre las conclusiones del estudio se muestra la necesidad de la creación de políticas públicas y de instancias de intervención dirigidas a los cuidadores informales, convirtiendo este tema en un ámbito de gran importancia para la enfermería.³³

Las investigaciones revisadas con el objetivo de conocer la habilidad de cuidado de cuidadores informales, son acotadas en el contexto nacional, una de estas es la investigación de Eterovic⁵ realizada el año 2014, realizó un estudio a una población de 151 cuidadores informales de personas con dependencia adscritos al programa de apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad, postrados o con discapacidad severa, de la Región de Magallanes de Chile, con el objetivo de determinar si los factores del cuidador informal y la persona cuidada influyen en la habilidad de cuidado de los cuidadores informales. En sus resultados se expone que el 88% de los cuidadores correspondían a mujeres, en su mayoría de entre 45 a 64 años. Un hallazgo importante, fue que el 61,1% de los hombres y el 66,2% de las mujeres presentaban una enfermedad crónica diagnosticada y de ellos, el 63,6% de los hombres y 85,2% de las mujeres tenían sus controles al día, además, que la percepción del estado de salud de los varones en un 61,1% fue bueno, mientras que en el 48,1% de las mujeres se percibió como regular. En su mayoría los cuidadores referían no tener molestias físicas al cuidar. En cuanto al nivel de sobrecarga, medido por medio de la escala Zarit, en los hombres existía una ausencia de esta, mientras que en las mujeres un 26,3% mantenían una sobrecarga leve o intensa. En relación con el nivel de habilidad de cuidado, medido por medio de la escala CAI, el 58,3% de los cuidadores presentaba un nivel alto de habilidad de cuidado total, seguido por un 41,7% con un nivel medio, sin cuidadores con nivel bajo, además, un 90,7% presentó un nivel medio en la dimensión valor, un 87,4% un nivel alto en la dimensión paciencia y un 84,1% un nivel alto de la dimensión conocimiento.

Los factores que resultaron relacionarse con la habilidad de cuidado son: la realización de actividad remunerada, la percepción de apoyo social, el rol sexual y la percepción del propio estado de salud; los cuales fueron medidos a través de la encuesta sobre factores demográficos y derivados de la actividad de cuidar elaborada por los investigadores.

Posteriormente Eterovic ³⁴, en el año 2015, investigó a cuidadores de personas dependientes pertenecientes al programa de apoyo al cuidado domiciliario de personas postradas de toda edad, con discapacidad severa o pérdida de la autonomía, de la

Región de Magallanes de Chile. En este estudio se midió la habilidad de cuidado y su relación con la sobrecarga de 151 cuidadores.

Se obtuvo como resultado que el 58,3% de los cuidadores tenía un nivel de habilidad de cuidado total alto y el 41,7% un nivel medio. En cuanto a la dimensión conocimiento el 84,1% presentó un nivel alto, en paciencia un 87,4% un nivel alto y en valor el 82,8% mantenía un nivel medio. Además de estos cuidadores un 76,8% presentaba ausencia de sobrecarga, un 9,3% una sobrecarga ligera y un 13,9% una sobrecarga intensa, por lo que, en el análisis de correlación entre las variables, se estableció una correlación significativa y negativa, esto significa que estas son inversamente proporcionales, es decir, a menor habilidad de cuidado es mayor la sobrecarga y viceversa. Como otro resultado, se obtuvo que nuevamente son las mujeres quienes adquieren mayoritariamente el rol de cuidadoras. Estos resultados refuerzan la idea de contar con programas de intervención de enfermería dirigidos a los cuidadores informales y a mejorar sus habilidades de cuidado como un método de beneficiar de calidad de vida tanto del cuidador, al evitar la sobrecarga, como para la persona que recibe el cuidado.³⁴

El año 2016 Bustos S.³⁵ realizó un estudio con la participación de 314 estudiantes de enfermería de una universidad tradicional de la región de Bío-Bío de Chile para medir las propiedades psicométricas de la escala CAI, medir la habilidad de cuidado de los estudiantes e identificar su relación con las variables sociodemográficas resultantes. La escala CAI fue sometida a un análisis por un grupo de expertos, luego fue modificada quedando con 36 ítems y fueron identificados factores emergentes distintos a las dimensiones originales propias de la escala ³⁵, estos son disposición de ayuda, aprecio por la experiencia del otro y autoconfianza. Previo a la aplicación del CAI modificado se realizó una prueba piloto con estudiantes de otra universidad con el fin de asegurar la comprensión del instrumento. La muestra en estudio correspondió en un 78% a mujeres. La edad de los participantes se mantuvo en un rango entre los 18 y 31 años. Los estudiantes se encontraban entre el 1er al 5to año de la carrera, siendo en su mayoría, es decir el 27%, de 2do año.

“Debido a las modificaciones realizadas al instrumento, no se pudo establecer la variable habilidad de cuidado en niveles alto, medio y bajo propios del instrumento original, ya que no existen baremos chilenos para este.”³⁵ Por esto, solo se logró establecer relaciones con otras variables. Es así como los resultados arrojaron que todos los factores emergentes establecen correlaciones directas y significativas entre sí. Se encontró una relación directamente proporcional entre el nivel cursado y habilidades de cuidado. Una relación directa positiva de “Disposición de ayuda” con los niveles de formación, siendo en las mujeres mayor que en los hombres para este factor. No se encontró correlación con la edad.

Al realizar una comparación entre la realidad nacional e internacional, podemos concluir que a nivel nacional el nivel de habilidad de cuidado total de los cuidadores en su mayoría era alto y en cuanto a sus dimensiones conocimiento, valor y paciencia se mantenían en un nivel alto o medio, distinto a lo revisado en las investigaciones extranjeras, además que los cuidadores presentaban ausencia de sobrecarga o un nivel leve de este, lo cual evidencia que a mayor nivel de habilidad de cuidado, menor nivel de sobrecarga.

Una de las limitaciones de esta comparación es que a nivel nacional no existen muchas investigaciones relacionadas a la habilidad de cuidado. Sin embargo, uno de los factores en común en las investigaciones revisadas es que la función del cuidado se le ha otorgado mayoritariamente a la mujer, por lo que este es entendido como un rol otorgado al género.

A partir de esta revisión se ha demostrado que es fundamental conocer los diferentes factores que pueden afectar a la población estudiada, ya que esto nos permite conocer y valorar los puntos débiles en la habilidad de cuidado de los cuidadores, para poder intervenirlos a través de la educación, capacitaciones y apoyo que necesitan por parte del profesional de enfermería y su relación con las sobrecarga y datos personales del cuidador.

Por último, cabe mencionar que actualmente no hay investigaciones relacionadas al nivel de habilidad de cuidado de cuidadores en la Región de Valparaíso, un tema que por lo demás, ha tenido un comienzo reciente en el contexto nacional y poco explorado.

2.3 Conceptualización y operacionalización de las variables

Es posible establecer que las principales variables se agrupan en variables dependientes tal como: sobrecarga del cuidador, factores relativos al estado de salud e independientes como: habilidad de cuidado, características sociodemográficas.

2.3.1 Variable dependiente

- **Habilidad de cuidado**

“Se define como la capacidad de cuidado que tiene la persona adulta quien asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica incapacitante.”²² En el caso de los profesionales de enfermería, estos poseen el rol legal de otorgar cuidado por lo que deben manejar adecuadamente las competencias para lograr este objetivo, es por esto que su deber además de entregar un cuidado adecuado es de educar respecto a este mismo, comprendiendo que su rol legal le exige poseer las competencias necesarias, las que se desarrollan durante los estudios universitarios de enfermería a partir de lo expuesto en la investigación de Martínez.²² La habilidad de cuidado es medible en distintos sujetos que entregan cuidados a los pacientes con dependencia o necesidades específicas a través de instrumentos validados, comenzando desde el profesional ya capacitado hasta el cuidador informal.

Esta habilidad incluye las dimensiones cognoscitivas y actitudinal, que son identificadas y medidas según los indicadores de conocimiento, valor y paciencia que propone Ngozi Nkongho para la creación de su escala *Inventario de habilidad de cuidado* (CAI por sus siglas en inglés), la cual mide el nivel de habilidad de cuidado. Esta escala consta de 37 ítems con respuestas de tipo Likert que van desde *1 equivalente a Nunca hasta el 4 equivalente a Siempre*. Está compuesta de las subescalas conocimiento, valor y

paciencia, comprendiendo el conocimiento como *“el autoconocimiento y la capacidad de entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar, además el conocer las propias fortalezas y limitaciones; la paciencia como el dar tiempo y espacio para la auto expresión y exploración, además del grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de otros; y el valor, que se adquiere a través de experiencias del pasado y se entiende como la sensibilidad de estar abierto a las necesidades del presente”*.³¹ Los resultados obtenidos como nivel de habilidad de cuidado total se clasificarán en alto con un puntaje desde 148 a 111 puntos, como medio desde 110 a 74 puntos y como bajo desde 73 a 37 puntos. En cuanto a la dimensión conocimiento, el nivel alto corresponde a un puntaje desde 56 a 43 puntos, medio desde 42 a 28 puntos y bajo desde 27 a 14 puntos; con relación a la dimensión valor, se considera como nivel alto un puntaje desde 52 a 40 puntos, como medio desde 39 a 26 puntos y como bajo desde 25 a 13 puntos; finalmente en cuanto a la dimensión paciencia, corresponde a un nivel alto desde un puntaje desde 40 a 30 puntos, como medio desde 29 a 21 puntos y como bajo desde 20 a 10 puntos. De esta manera los resultados demostrarán un nivel de habilidad de cuidado tanto total o general y un nivel por dimensiones, permitiendo hacer un análisis más específico en cada uno de ellos.³¹

Los estudiantes de enfermería están en proceso de convertirse en profesionales capaces de entregar cuidado a los pacientes, por lo que el estudio Habilidad de cuidado en Estudiantes de Enfermería de una universidad tradicional de Chile, enfocado en esta población evidencia la necesidad actual de otorgar los conocimientos adecuados de forma correcta además de corroborar sí estos están siendo interiorizados adecuadamente por los alumnos.

Otro ámbito es acerca de los cuidadores, actualmente a nivel nacional se han realizado escasas investigaciones relacionadas al nivel de habilidad de cuidado, por lo cual no se puede definir el principal déficit que presentan los cuidadores, solo corroborar que existe alto nivel de sobrecarga comprobado en las investigaciones a través de los resultados de la aplicación de encuesta de Zarit. *“Por lo que el profesional de Enfermería, pese a que*

posee las competencias y no conocer el déficit que presenta esta población, desconoce el enfoque adecuado para otorgar las capacitaciones apropiadas”⁷. Lo que se puede apreciar en otros países, como Colombia que poseen mayor profundidad sobre este tema y ha comenzado a crear nuevos programas enfocados a esta población.

2.3.2 Variables independientes

- **Sobrecarga del cuidador y habilidad de cuidado**

La sobrecarga ocurre cuando quienes llevan a cabo la actividad de cuidar a una persona no logran sobrellevar o afrontar la carga de esta actividad, por lo que tienen consecuencias en su salud física o mental. Esta situación es un riesgo al que está expuesto todo quien ejerce la acción de cuidar, por lo que corresponde a un problema muy común en este grupo de personas.

Para la medición de esta variable se utilizará el instrumento Escala de sobrecarga del cuidador “Test de Zarit”. Esta escala valora la sobrecarga sentida por los cuidadores en distintas áreas de su vida al cuidar. Consta de 22 preguntas de tipo Likert, de 5 opciones que van desde 0 puntos equivalente a “Nunca” hasta los 4 puntos equivalente a “Casi siempre”. *“El resultado corresponde a la suma de los puntos, dando un puntaje total que puede variar de 0 a 88 puntos, donde un puntaje menor o igual a 46, corresponde a “ausencia de sobrecarga”, entre 47 y 55 puntos corresponde a “sobrecarga ligera”, por último, corresponde a “sobrecarga intensa” si el resultado es superior a los 56 puntos.”*³⁶

En el estudio realizado por Eterovic⁵ en el año 2014, titulado Habilidad de cuidado en cuidadores informales, región de Magallanes, se obtuvo como resultado, *“en cuanto al nivel de sobrecarga, que en los hombres existía una ausencia de esta, mientras que en las mujeres un 26,3% mantenían una sobrecarga leve o intensa. Además, en relación con el nivel de habilidad de cuidado el 58,3% de los cuidadores presentaba un nivel alto de habilidad de cuidado total, seguido por un 41,7% con un nivel medio, sin cuidadores con nivel bajo, también un 90,7% presentó un nivel medio en la dimensión valor, un 87,4%*

un nivel alto en la dimensión paciencia y un 84,1% un nivel alto de la dimensión conocimiento”.⁵ Al analizar la relación entre el nivel de habilidad de cuidado y el nivel de sobrecarga se estableció que no existía una relación estadísticamente significativa entre estas variables, por lo tanto, la sobrecarga del cuidador no influye en la habilidad de cuidado del cuidador.

Por otra parte, en otra investigación realizada por Eterovic ³⁴, en el año 2015, titulado Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes, se obtuvo como resultado que el 58,3% de los cuidadores tenía un nivel de habilidad de cuidado total alto y el 41,7% un nivel medio. En cuanto a la dimensión conocimiento el 84,1% presentó un nivel alto, en paciencia un 87,4% un nivel alto y en valor el 82,8% mantenía un nivel medio. Además de estos cuidadores un 76,8% presentaba ausencia de sobrecarga, un 9,3% una sobrecarga ligera y un 13,9% una sobrecarga intensa. *“A través del análisis de correlación entre las variables se encontró una relación significativa negativa entre la habilidad de cuidado total y el nivel de sobrecarga de las/los cuidadoras/res, es decir, a menor habilidad de cuidado, más intenso es el nivel de sobrecarga que experimentan.”*³⁴

- **Características sociodemográficas y habilidad de cuidado**

Corresponden a factores como el sexo, edad (en años cumplidos), estado civil, escolaridad (último año cursado en establecimientos educacionales), actividad remunerada, jefatura de hogar y parentesco, se miden a través de un Cuestionario de preguntas de caracterización sociodemográfica del/la cuidador/a que permitirá establecer alguna relación entre la habilidad de este cuidador/a en función a su nivel de educacional y socioeconómico.

“Se considera como cuidador a la persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir responsablemente el cuidado del paciente, por contar con posibilidades reales y disposición para su atención, poseer una buena relación afectiva con el enfermo, suficiente nivel escolar para comprender y transmitir la información e instrucciones, así

*como capacidad para imprimirle seguridad y bienestar emocional en la mayor magnitud posible”.*⁸

Desde hace tiempo que las mujeres, ha adquirido siempre el rol de dueña de casa, cuidado de la familia a diferencia del hombre que se encargaba de ser el proveedor. La familia es el primer grupo al que pertenece el ser humano. En su seno se mantiene la salud, se produce y desencadena la enfermedad, tiene lugar el proceso de curación, la rehabilitación y, en muchos casos, la muerte.⁸

Otro elemento para tener en cuenta en los cambios sufridos en la familia es la justa y progresiva incorporación de la mujer al ámbito laboral. Hay una parcial modificación del rol y posición de la mujer dentro de la estructura familiar hacia posturas más equitativas, con una mayor posibilidad de elección ante la opción profesional. Ello ha producido un menor número de mujeres disponibles en los hogares para las tareas de cuidado sin la aparición aún de una clara sustitución o adopción de tales responsabilidades por parte del hombre en países no desarrollados.²³

- **Factores relativos al estado de salud**

Corresponden a factores indicadores del estado de salud de los cuidadores, estos son enfermedad crónica diagnosticada, controles de salud al día, percepción del propio estado de salud, tipo de molestia física relacionada con el esfuerzo y tiempo a cargo del cuidado. Estos factores se miden por medio del instrumento Cuestionario de preguntas sobre el Estado de salud del cuidador.

Estos se relacionan con la habilidad de cuidado en la medida que estos empeoran o mejoran la calidad de vida del cuidador, lo que afectará los diversos ámbitos personales de la persona, ya sean en forma de salud física, psicológica o emocional, como lo es una enfermedad crónica, un autocuidado ineficiente o la percepción del propio estado de salud. Un estado negativo de estos aspectos podría generar un grado de incapacidad para asumir y cumplir con el cuidado de una persona en el hogar.

Según los resultados obtenidos en la investigación realizada en la región de Magallanes por Eterovic⁵ en el 2014, se puede obtener una visión parcial de la realidad sobre el grado de influencia del estado de salud del cuidador sobre su habilidad de cuidado, en esta se demuestra que una habilidad de cuidado alta está presente en un mayor porcentaje en aquellos cuidadores sin enfermedad crónica, con un 67,3%. En cuanto a la percepción del estado de salud predominan con una habilidad de cuidado alto aquellos que perciben su estado de salud como bueno con un 72,9%. Así también aquellos que no presentan molestias físicas para la realización del cuidado predominan con el alto nivel de habilidad de cuidado con un 68,1%.

Debido a estos resultados, se puede evidenciar que la forma positiva de los factores relativos a la salud, acompañan un alto nivel de habilidad de cuidado, se puede inferir que, a mejor estado de salud y mejor percepción de esta, es más probable que el cuidador tenga un alto nivel de habilidad de cuidado y que, por el contrario, el desmedro de la salud del cuidador potenciará una baja en el nivel de habilidad de cuidado.

CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Diseño de la investigación

Este estudio de investigación es de abordaje cuantitativo, de diseño transversal de tipo descriptivo. Transversal porque la recolección de datos se hará en un solo momento.

Descriptivo porque se utilizará un nivel de análisis estadístico descriptivo a partir de las variables que permitirán la descripción de factores del cuidador y la habilidad de cuidado.

Métodos para abordar los objetivos:

- Motivación a los sujetos de estudio y selección de la muestra.
- Realización de visita domiciliaria a los sujetos del estudio.
- Aplicación de instrumentos de recolección de datos sociodemográficos, de Escala CAI® y Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT.

3.2 Unidad de Análisis

Estará formada por cada uno de los cuidadores informales de personas adscritas al Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de personas con dependencia severa, implementado en el CESFAM San Felipe El Real, de la ciudad de San Felipe de la región de Valparaíso.

3.3 Población

Está formada por los cuidadores informales que otorgan cuidados a personas con dependencia severa adscritas al Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario que pertenezcan al CESFAM San Felipe El Real y estén en el momento de aplicar los instrumentos. La población está conformada por 97 cuidadores informales.

Considerando el tamaño de la población, no se calcula un tamaño muestral ya que se pueden producir pérdidas por diferentes motivos, por lo que se trata de una muestra no probabilística, por conveniencia, donde se seleccionará a los participantes que estén

dispuestos y disponibles a participar. Esta población se selecciona por ser un grupo accesible, identificado e integrado a un sistema de salud y por cumplir con los criterios de inclusión.

3.3.1 Criterios de inclusión

- Cuidadores informales que entregan cuidados domiciliarios a personas adscritas al Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de personas con discapacidad severa.
- No tener una formación académica.
- Pueden trabajar con remuneración, pero no en torno al cuidado.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Recibir remuneración por el cuidado que realizan (excepto el estipendio).
- Formación académica especializada.
- Tener menos de 18 años.

3.3.3 Muestra

Conformación de la muestra del estudio: el equipo de salud, tiene dos responsabilidades, por un lado entregar conocimientos y competencias que mejoren el cuidado, y por otro, ser un soporte emocional y empático para quienes cuidan. Debido a esto, escogimos trabajar con el CESFAM San Felipe El Real, puesto que observamos que realizaban capacitaciones continuas a los cuidadores, entregaban herramientas para el manejo del estrés, sobrecarga que pudieran presentar, a diferencia de otros CESFAM de la zona.

La muestra se compone de 20 personas pertenecientes al Programa de Apoyo Domiciliario (PAD) des CESFAM San Felipe El Real, V región de Valparaíso. Chile. Los cuales aceptaron voluntariamente participar en la investigación. El siguiente gráfico, representa la distribución por sexo del total de participantes del estudio.



Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

3.4 Recolección de datos

Inicialmente se solicita la autorización a la directora del CESFAM para acceder a los datos estadísticos correspondientes al Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de personas con dependencia severa. Con esta autorización, se tomará contacto con la persona a cargo del Programa con quien se coordinará la oportunidad de informar sobre la investigación al grupo de cuidadores que asiste a esa reunión se recolectarán los datos en una colilla donde el o la cuidadora registra su nombre, dirección, teléfono, firma y aceptación o rechazo a participar del estudio. El consentimiento informado entrega, en una primera instancia la información en detalle de los antecedentes del estudio, y la otra los aspectos éticos de la misma.

La recolección de los datos se realizará en el domicilio del cuidador, en una visita domiciliaria previamente coordinada telefónicamente.

La aplicación de los instrumentos será realizada por las tesis, se estima que la visita domiciliaria tendrá una duración de 30 minutos y se respetará el anonimato de las/los participantes

3.4.1 Procedimiento de recolección de datos

El proceso de recolección de datos se realizó a través de la aplicación del cuestionario de habilidad del cuidado CAI creado por la doctora Nozi Nkhongo, para el control de confiabilidad y validez de esta, Eterovic⁵ realizó 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. Estas personas poseían características similares a las de la población del estudio ya que eran cuidadoras/res informales de un familiar en el domicilio, permitiendo evaluar la comprensión de los instrumentos y su confiabilidad. La prueba piloto brindó información acerca de: la comprensión de las preguntas, claridad de las instrucciones. 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.

Por otro lado la escala de sobrecarga de Zarit, se realizó la confiabilidad interna de la escala, en el estudio de Validación de escala por Breinbauer K, Vasquez H et al, aplicados en 3 oportunidades. Dos veces por observadores distintos al inicio del estudio (explorando confiabilidad interobservador), y una tercera vez 4 meses después por uno de los equipos iniciales; Se determinó consistencia interna con alfa de Cronbach. Se consideraron valores $\geq 0,75$ como alta consistencia.³⁶

También se realizaron preguntas relacionadas a los datos sociodemográficos de los participantes a partir de preguntas extraídas de la Encuesta Nacional de Salud ENS, del

año 2016-2017 ³⁷, el cual según la Norma Técnica de vigilancia de enfermedades No Transmisibles y sus Factores de riesgo, publicada el año 2011, valida la realización de esta encuesta, según su marco legal conformado por: Código Sanitario, Decreto Supremo N°5, Ley N° 19.937 y el Decreto Supremo N° 88 ³⁸.

Se dispusieron 3 semanas para la realización de la recolección de datos. Inicialmente se solicitó el listado obtenido en el CESFAM San Felipe El Real, de los cuidadores de personas que son partes del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa. A partir de la información contenida en este listado se seleccionó a aquellos individuos que cumplan los criterios de inclusión, para posteriormente contactarlos vía telefónica. Se pide información complementaria relacionada a los criterios de inclusión y exclusión, y se obtiene el asentimiento verbal para la realización de la visita domiciliaria en los días posteriores.

Entre las investigadoras se realizó una nómina de visitas domiciliarias, se dividió al grupo en 3 parejas y se distribuyeron las visitas entre estas según disponibilidad horaria y geográfica.

En la visita domiciliaria se entregaba el consentimiento, con una explicación detallada, para la posterior firma de forma informada. Luego se entregaba la encuesta, con una previa explicación, para ser contestada por el cuidador, facilitando, además, ayuda en caso de dudas acerca del instrumento.

3.4.2 Procesamiento y análisis de los datos

El análisis de recolección de datos fue realizado de forma cuantitativa y posteriormente cualitativa. Los resultados de cada instrumento fueron llevados a una base de datos Excel, en la cual se inserto en columnas cada una de las preguntas que componen el instrumento de recolección de datos, junto a los aspectos a evaluar de la Escala CAI, con sus puntajes tanto por dimensiones paciencia, valor y conocimiento, como su valor total, para cada uno de los cuestionarios aplicados. Las respuestas a los ítems se suman por

cada subescala (conocimiento, valor y paciencia), dando primero un puntaje específico y finalmente uno total y posteriormente analizadas a través del programa SPSS Statistics.

En el programa SPSS Statistics, se insertó la planilla de Excel y para cada pregunta se categorizó con su respectiva respuesta y algunos casos se dividieron en rangos de respuestas, por ejemplo, en la pregunta acerca de la habilidad de cuidado total, sus posibles respuestas eran alto, medio y bajo, para cada una de estas alternativas los resultados se agruparon en rangos, de esta forma encontramos que el nivel alto es de un puntaje de 111 hasta 148, medio de 74 hasta 110 y finalmente bajo de 37 hasta 73. De esta misma forma se realizó el instrumento nivel de sobrecarga del cuidador de Zarit en los resultados “ausencia”, “leve” e “intensa”.

Al ir realizando las tablas con el puntaje correspondiente que obtuvo “X” participante, este entregaba un porcentaje de cuántos alcanzaban un nivel alto, medio y/o bajo, lo cual se buscaba medir.

Estas mismas tablas se asociaban por sexo, por ejemplo, la escala de características sociodemográficas se tomaba el resultado total y asociaba al sexo (femenino o masculino), lo mismo con la edad y sexo o grupo de edad por sexo.

Finalmente se crearon las tablas para asociar variables, siendo la más relevante la asociación de habilidad de cuidado con sobrecarga, con habilidad y con percepción del estado de salud, y a su vez, del estado de salud con sobrecarga. Se realizó una correlación entre la variable habilidad de cuidado total y por dimensiones, y el nivel de sobrecarga, utilizando el coeficiente de correlación r de Pearson, el cual expresa si la correlación es positiva o negativa y si esta es directa o inversa.

3.4.2 Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado el día 26 de julio de 2018, mediante la revisión realizada por el comité de ética del Servicio de Salud Aconcagua gracias al cumplimiento de los aspectos científicos, metodológicos y éticos propuestos por el comité. (Anexo F).

CAPÍTULO 4:

RESULTADOS

4.1 Caracterización de la muestra

4.1.1 Sexo

Tabla I. Distribución numérica y porcentual por sexo de los cuidadores.

Sexo			
Hombre		Mujer	
Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
4	20%	16	80%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

En cuanto al sexo de los cuidadores, en el total de la muestra se evidencia un porcentaje mayor de cuidadores de sexo femenino (80%). Mientras que los cuidadores de sexo masculino corresponden al 20% de la muestra. (Tabla I).

4.1.2 Grupo de edad

Tabla II. Distribución porcentual de la caracterización según rango etario del cuidador

		Sexo					
		Hombre		Mujer		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo de edad	Adulto joven (18 a 29 años)	0	0%	0	0%	0	0%
	Adulto medio (30 a 44 años)	1	25%	2	12.5%	3	15%
	Adulto maduro (45 a 64 años)	1	25%	9	56.3%	10	50%
	Adulto mayor (65 y más años)	2	50%	5	31.3%	7	35%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

La mayoría de los cuidadores, es decir el 50%, se encuentra entre el rango de edad de 45 a 64 años correspondiente a la categoría “Adulto maduro”. El 50% de los hombres son adultos mayores y el 56,3% de las mujeres son adultas maduras. (Tabla II)

4.1.3 Estado civil

Tabla III. Distribución porcentual de la caracterización de los cuidadores en relación con el estado civil.

		SEXO					
		Hombre		Mujer		Total	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Estado Civil	Soltera	0	0,0%	2	12,5%	2	10,0%
	Casada/o	4	100,0%	8	50,0%	12	60,0%
	Conviviente	0	0,0%	1	6,3%	1	5,0%
	Separada/o	0	0,0%	3	18,8%	3	15,0%
	Viuda/o	0	0,0%	2	12,5%	2	10,0%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

Se puede apreciar que, en el total de la muestra, el estado civil más frecuente corresponde a “casado/a” con un 60%. La mitad de las mujeres y todos los hombres cuidadores están casados. Además, en las mujeres se evidencia una distribución entre los estados civiles: soltera (12.5%), conviviente (6.3%), separada (18.8%) y viuda (12.5%). (Tabla III)

4.1.4 Escolaridad

Tabla IV. Distribución porcentual de la caracterización de los cuidadores en relación con la escolaridad.

			Sexo					
			Hombre		Mujer		Total	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escolaridad	Sin estudios		0	0%	0	0%	0	0%
	Enseñanza incompleta	básica	1	25%	1	6.3%	2	10%
	Básica completa		2	50%	1	6.3%	3	15%
	Enseñanza incompleta	medio	0	0%	4	25%	4	20%
	Enseñanza completa	media	1	25%	5	31.3%	6	30%
	Enseñanza incompleta	superior	0	0%	0	0%	0	0%
	Enseñanza completa	superior	0	0%	5	31.3%	5	25%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

La mayoría (30%) de los cuidadores tienen un nivel de escolaridad de enseñanza media completa, seguida de un 25% correspondiente a enseñanza superior completa. El 50% de los hombres poseen una escolaridad básica completa y las mujeres principalmente tienen una escolaridad media completa (31,3%) y superior completa (31,3%). (Tabla IV)

4.1.5 Realización de actividad remunerada

Tabla V. Distribución porcentual de la caracterización de los cuidadores en relación con la realización de una actividad remunerada.

		Sexo					
		Hombre		Mujer		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Actividad remunerada	Actividad remunerada fuera del hogar	0	0%	1	6.3%	1	5%
	Actividad remunerada dentro del hogar	0	0%	2	12.5%	2	10%
	Sin actividad remunerada	4	100%	13	81.3%	17	85%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

En el total de la muestra existe un predominio en la categoría “Sin actividad remunerada”, en la cual se encuentra el 100% de los hombres y el 85% de las mujeres. En la población femenina existe un 12.5% de cuidadoras que realiza actividad remunerada dentro del hogar y un 12.5% que realiza estas actividades fuera del hogar. (Tabla V).

4.1.6 Jefatura del hogar

Tabla VI. Distribución porcentual de la caracterización de los cuidadores en relación con la jefatura del hogar.

		Sexo					
		Hombre		Mujer		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Jefatura de hogar	Si	3	75%	9	5.3%	12	60%
	No	1	25%	7	43.8%	8	40%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

El 60% de la población total de cuidadores posee el rol de jefe de hogar. Este rol además lo cumple el 75% de la población masculina y el 56.3% de la población femenina. (Tabla VI)

4.1.7 Parentesco con persona cuidada

Tabla VII. Distribución porcentual de la caracterización de los cuidadores en relación con el parentesco con la persona cuidada.

		Sexo					
		Hombre		Mujer		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Parentesco con persona cuidada	Madre/Padre	0	0%	4	25%	4	20%
	Hija/o	2	50%	10	56.3%	12	55%
	Hermana/o	0	0%	1	6.3%	1	5%
	Nieta/o	0	0%	0	0%	0	0%
	Sobrino/a	0	0%	0	0%	0	0%
	Prima/o	0	0%	0	0%	0	0%
	Cónyuge	2	50%	1	6.3%	3	15%
	Nuera/o	0	0%	0	0%	0	0%
	Otro	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

En cuanto al parentesco con la persona cuidada en el total de la muestra se evidencia que el 55% son hijos, mientras que el resto se distribuye entre madre/padre (20%), hermano/a (5%) y cónyuge (15%). En los hombres el mayor porcentaje son hijos (50%) y 50% conyugues, al igual que en las mujeres (56.3%). (Tabla VII)

4.2 Estado de salud del cuidador

4.2.1 Presencia de enfermedad crónica

Tabla VIII. Distribución porcentual de presencia de enfermedad crónica diagnosticada.

		Recuento	Porcentaje
Enfermedad crónica diagnosticada	Presenta	14	70%
	No presenta	6	30%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

En la población en general se puede identificar que la mayor parte de la muestra (70%) padece de enfermedades crónicas diagnosticadas. (Tabla VIII).

4.2.2 Controles de salud

Tabla IX. Distribución de la muestra para controles de salud al día por sexo.

		Sexo					
		Hombre		Mujer		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Controles de salud al día	Si	3	75%	10	62.5%	13	65%
	No	1	25%	3	18.8%	4	20%
	No aplica	0	0%	3	18.8%	3	15%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

En general la mayor parte de los participantes afirma que tiene sus controles al día (65%), situación que ocurre de igual forma en hombres (75%) y en mujeres (62.5%). (Tabla IX).

4.2.3 Percepción del propio estado de salud

Tabla X. Distribución porcentual de la percepción del propio estado de salud.

		Recuento	%
Percepción del propio estado de salud	Estado de salud muy bueno	1	5%
	Estado de salud bueno	9	45%
	Estado de salud regular	9	45%
	Estado de salud malo	1	5%
	Estado de salud muy malo	0	0%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

La mayor parte de los cuidadores perciben su propio estado de salud como bueno (45%) y regular (45%). El resto de los cuidadores perciben su salud como muy bueno (5%) y malo (5%). (Tabla X).

4.2.4 Molestias físicas relacionadas con el esfuerzo

Tabla XI. Distribución porcentual según las molestias físicas relacionadas con el esfuerzo.

		Recuento	%
Molestias físicas relacionadas con el esfuerzo	Cefalea	1	5%
	Dolor de cuello	0	0%
	Dolor de brazos	1	5%
	Dolor de cintura	1	5%
	Dolor de piernas	0	0%
	Dolores musculares en general	15	75%
	No presenta molestias	2	10%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

El 75% de los cuidadores sufre de dolores musculares en general al cuidar, otras molestias corresponden a cefalea (5%), dolor de brazos (5%), dolor de cintura (5%). Sin embargo, un 10% manifiesta no presentar molestias físicas al cuidar. (Tabla XI).

4.2.5 Tiempo a cargo del cuidado

Tabla XII. Distribución porcentual del tiempo a cargo del cuidado.

		Recuento	%
Tiempo a cargo del cuidado	Menos de 6 meses	0	0%
	Entre 7 meses y 3 años	3	15%
	Entre 4 y 10 años	11	55%
	Más de 11 años	6	30%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

El 55% de los cuidadores lleva entre 4 y 10 años a cargo del cuidado, un 30% más de 11 años y un 15% entre 7 meses a 3 años. (Tabla XII)

4.3 Nivel de cuidado según Escala CAI

4.3.1 Habilidad de cuidado total y por dimensiones

Tabla XIII. Distribución porcentual de los resultados escala CAI y sus dimensiones.

	TOTAL CAI		VALOR		CONOCIMIENTO		PACIENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO	0	0%	2	10%	0	0%	0	0%
MEDIO	7	35%	15	75%	4	20%	2	10%
ALTO	13	65%	3	15%	16	80%	18	90%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

Los participantes poseen mayoritariamente un nivel de habilidad de cuidado alto (65%), el resto de ellos posee un nivel medio (35%), no hay personas con nivel bajo. (Tabla XIII).

- En cuanto a la dimensión valor, los resultados fueron en un 75% de nivel medio, en un 15% de nivel alto y en un 10% de nivel bajo. (Tabla XIII).
- La dimensión conocimiento obtuvo principalmente resultados de nivel alto (80%), seguidos de nivel medio (20%). (Tabla XIII).
- El 90% de los cuidadores demostró tener un nivel alto de la dimensión paciencia y el 10% restante un nivel medio. (Tabla XIII).

4.4 Nivel de sobrecarga del cuidador según escala Zarit

4.4.1 Nivel de sobrecarga

Tabla XIV. Distribución porcentual de los resultados escala Zarit.

	Recuento	%
ZARIT AUSENCIA DE SOBRECARGA	13	65%
SOBRECARGA LIGERA	4	20%
SOBRECARGA INTENSA	3	15%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

La mayoría de los cuidadores presentaron ausencia de sobrecarga (65%), el 20% presentó una sobrecarga ligera y el 15% una sobrecarga intensa. (Tabla XIV).

4.5 Asociaciones

4.5.1 Asociación entre el nivel de sobrecarga y el nivel de habilidad de cuidado

Tabla XV. Relación escala CAI y Zarit

		TOTA ZARIT					
		AUSENCIA DE SOBRECARGA		SOBRECARGA LIGERA		SOBRECARGA INTENSA	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL CAI	BAJO	0	0%	0	0%	0	0%
	MEDIO	5	38.5%	1	25%	1	33.3%
	ALTO	8	61.5%	3	75%	2	66.7%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

El mayor número de participantes se encuentra en la categoría de ausencia de sobrecarga, presentando un 61.5% de nivel alto de habilidad de cuidado. Esto se repite en cada categoría de sobrecarga, ya que en la sobrecarga ligera el mayor porcentaje se concentra en el nivel alto de habilidad de cuidado con un 75%, al igual que en la sobrecarga intensa, con un 66.7% de personas que poseen un nivel de habilidad de cuidado alto, cabe destacar que no se obtuvo ningún resultado que presentara un nivel de habilidad de cuidado bajo.

4.5.2 Asociación entre la percepción de salud y el nivel de habilidad de cuidado

Tabla XVI. Relación entre percepción de salud y Escala CAI

Percepción del propio estado de salud		TOTAL CAI					
		Bajo		Medio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
Estado de salud muy bueno		0	0%	1	14,3%	0	0%
Estado de salud bueno		0	0%	2	26,8%	7	53,8%
Estado de salud regular		0	0%	3	42,9%	6	46,2%
Estado de salud malo		0	0%	1	14,3%	0	0%
Estado de salud muy malo		0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

Se puede apreciar que el mayor número de participantes se encuentra en el nivel alto de habilidad de cuidado presentando un 53.8% con una percepción buena del estado de salud, no así en el nivel medio de habilidad de cuidado, donde el mayor número de participantes considera su estado de salud como regular con un 42.9%, no habiendo porcentaje en ningún nivel para la percepción muy mala del estado de salud.

4.5.3 Asociación entre la percepción de salud y el nivel de sobrecarga

Tabla XVII. Relación entre escala Zarit y percepción de salud

		TOTAL ZARIT					
		AUSENCIA DE SOBRECARGA		SOBRECARGA LIGERA		SOBRECARGA INTENSA	
		N°	%	N°	%	N°	%
Percepción del propio estado de salud	Estado de salud muy bueno	1	7.7%	0	0%	0	0%
	Estado de salud bueno	7	53.8%	1	25%	1	33.3%
	Estado de salud regular	5	38.5%	3	75%	1	33.3%
	Estado de salud malo	0	0%	0	0%	1	33.3%
	Estado de salud muy malo	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: Cálculos de las autoras, basados en la encuesta de caracterización sociodemográfica del cuidador.

El mayor número de participantes se concentra en la categoría de ausencia de sobrecarga, presentando mayoritariamente una percepción buena de su estado de salud (53.8%), en cuanto a la sobrecarga ligera, el mayor porcentaje es de un estado de salud regular con un 75%, mientras que, en la sobrecarga intensa, el mayor porcentaje se divide en tres categorías, estado de salud bueno, regular y malo con un 33.3% en cada una.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, SUGERENCIAS y LIMITACIONES

5.1 Discusión

La habilidad de cuidado se considera como la capacidad de cuidar y suplir las necesidades que el otro no puede satisfacer por sí mismo. El cuidador o cuidadora, a través de este proceso, adquiere conocimientos y desarrolla sus propias capacidades para cuidar y relacionarse con el otro de forma continua, convirtiéndose en un progreso recíproco. El vínculo que se desarrolla entre el cuidador y la persona cuidada es único y se ve influenciado por las características propias de cada uno de ellos, sus experiencias previas y el contexto sociodemográfico en el que se encuentran insertos.

Los datos obtenidos en el presente estudio evidencian un predominio del sexo femenino en un 80%, en su mayoría en edades entre 45 a 64 años, el 20% restante está conformado por hombres, mayormente adultos mayores. Estos datos en comparación con los resultados obtenidos en la tesis doctoral de Eterovic C⁵, son similares, ya que existe predominio del sexo femenino y evidencia que los cuidadores de sexo masculino son minoría. El promedio de edad de la muestra total, en la misma tesis doctoral corresponde a 56 años, siendo en mujeres 56 años y en hombres 62 años, datos que se asemejan al grupo de cuidadores participantes de esta investigación, los cuales corresponden a 59 años en mujeres y 61 años en hombres, arrojando un promedio de 59 años en el total de la muestra. Por otro lado, en el estudio de Barrera¹ más del 80% de su 225 cuidadores, representaban al sexo femenino, mismo resultado se obtuvo en el estudio de Carreño²⁹ en Colombia (90,88% mujeres) y en el estudio realizado por Vicente²⁸ (84,2% sexo femenino) en México.

Los cuidadores se encontraron mayoritariamente en el grupo de edad entre los 45 a 64 años, estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Eterovic⁵ (60,9% entre 45 y 64 años) de la Región de Magallanes y en el estudio de Jofré³¹ (entre los 54 a 65 años), cuidadores que se encuentran en la etapa de adulto maduro. Sin embargo, los

resultados distan a nivel internacional, como se demuestra en el estudio de Carreño²⁹ (47,69% entre 18 y 35 años), donde los cuidadores son principalmente adultos jóvenes.

En cuanto al estado civil, las/os cuidadoras/es del presente estudio están mayoritariamente casadas/os (60%), resultado similar al obtenido en la investigación de Eterovic C.⁵ en la cual el 50.9% se encuentran casados. En el estudio de García⁹ se encontró que el 81% de los/las cuidadores/as se encontraban casadas, similares resultados se obtuvo en el estudio de Carreño²⁹ donde el 65,03% se encontraban con una pareja estable.

Respecto a la escolaridad, el 30% de la muestra total tiene una escolaridad media completa, en la cual en los hombres predomina la enseñanza básica completa en un 50%, y en las mujeres predomina la enseñanza media y superior completa en un 31,3% en cada una. En paralelo con Eterovic C.⁵ quien obtuvo que el 27.8% de la muestra tuvo estudios medios completos y un 26.4% con estudios básicos incompletos. Al dividirlo por sexo, los hombres presentan un 22.2% en cada uno de los siguientes niveles de escolaridad: estudios básicos incompletos, estudios básicos completos y estudios superiores completos. En cuanto a las mujeres, en ellas predominan los estudios medios completos con un 29.3%. Lo que revela similitudes a nivel de muestra general con la tesis doctoral, no así en la división por sexo.

En el ámbito de actividad remunerada, los resultados obtenidos indican que en ambos géneros predomina en un 85% la ausencia de actividad remunerada, reflejado por un porcentaje del 100% en los hombres y un 81,3% en las mujeres. Eterovic C⁵, evidencia que el 58.9 % del total de la muestra se encuentra sin actividad remunerada, en la población femenina el 61.7% no posee actividad remunerada en el hogar, superando el porcentaje anteriormente mencionado en la muestra, al igual que en la presente investigación, sin embargo, en la población masculina predomina la actividad remunerada fuera del hogar con un 55.6%, lo que se contradice con los resultados obtenidos en esta investigación.

En el aspecto del dominio de la jefatura del hogar, los resultados obtenidos evidencian que el 60% de la muestra total son jefes de hogar, donde el 75% de los hombres asumen la jefatura del hogar mientras que en las mujeres sólo el 56.3%. Los resultados son similares entre ambas investigaciones, debido a que en el estudio de Eterovic C.⁵ el 55,6% de los cuidadores asume la jefatura del hogar, dentro del cual el 77.8% de los hombres asume el rol de jefe de hogar y en las mujeres el 52.6%.

En lo referente al parentesco del cuidador con la persona cuidada, los resultados generales obtenidos indican que el 55% de los cuidadores son hijos de la persona cuidada lo que coincide con lo planteado por Eterovic C.⁵, en el cual los cuidadores son en su mayoría hijos/as (34.5%). En otra investigación realizada por Rojas M²² presentó que el 43,14 % de sus cuidadores eran hijo/a de la persona cuidada.

Con relación a la presencia de enfermedad crónica, en la muestra se evidencia un 70% de personas con alguna enfermedad crónica diagnosticada, resultado bastante similar al de Eterovic C⁵ quien presenta en sus resultados que el 65.5% de la muestra posee al menos una enfermedad crónica diagnosticada.

En cuanto a las molestias físicas un 75% de la muestra total afirmó dolor muscular generalizado relacionado con el esfuerzo, mientras que sólo un 10 % aseguró no tener ningún tipo de molestia física. Al compararlo con el estudio de Eterovic C⁵ quien obtuvo 31.7% de la muestra no presenta molestias físicas y un 30.4% presenta dolores musculares en general, resultados que difieren de los nuestros.

Según los resultados obtenidos acerca del tiempo a cargo del cuidado, el 55% de la población total lleva entre 4 y 10 años cuidando, seguido de un 30% que lleva más de 11 años, a diferencia de los resultados encontrados por Eterovic C⁵, en donde existen dos mayorías, las cuales son entre 7 meses y 3 años, y de 4 a 10 años a cargo del cuidado, con un 33.2% cada una. Además , en los resultados de Rojas M²² el 67,65 % su estudio presentaba un tiempo de cuidado mayor a 37 meses, dedicando un tiempo entre 13 a 24 horas.

La percepción del propio estado de salud de los cuidadores mostró un porcentaje de 45% tanto para la opción de buena percepción, como para la de regular percepción. Eterovic C⁵ en relación con la percepción del estado de salud, evidenció en su población total que un 46.4% percibe su estado de salud como regular, arrojando similitudes cercanas.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la escala CAI del presente estudio, se revela que, en la población total, un 65% posee un nivel alto de habilidad de cuidado, mientras que un 35% posee un nivel medio, no existiendo puntajes en el nivel bajo. En cuanto a los resultados obtenidos por Eterovic C.⁵ el 58,3% de la muestra presentó un nivel alto de habilidad de cuidado, seguido de un 41.7% que demostró un nivel medio, con una ausencia de cuidadores con nivel bajo de habilidad, en este aspecto no se realiza diferenciación por sexo. La comparación entre los resultados de ambas investigaciones presenta características generales similares. En el ámbito internacional Berdejo y Parra⁶, se obtuvo entre sus resultados que el 36% de los participantes registraron un nivel de habilidad de cuidado alto, el 56% un nivel de habilidad de cuidado medio y el 8% bajo. Estos porcentajes se diferencian a los obtenidos en todos los niveles de habilidad de cuidado tanto en la presente investigación, como en la realizada por Eterovic C⁵ ya que en estos la mayor cantidad de cuidadores presentan un nivel alto de habilidad de cuidado, mientras que en el estudio de Berdejo y Parra⁶, existe un predominio en el nivel medio de habilidad de cuidado, presentando además cuidadores en el nivel bajo, distinto a lo obtenido a nivel nacional. Por otro lado, la investigación realizada por Vicente²⁸ en México, se obtuvo para la habilidad de cuidado total un 80,7% de nivel bajo.

Al analizar las dimensiones se obtuvo como resultado que, en la dimensión valor el 75% presenta un nivel medio, el 15% un nivel alto y el 10% un nivel bajo. Al comparar con Eterovic⁵ en la dimensión valor, se observa que el 90.7% de la muestra presentó nivel medio, encontrándose ambas mayorías en el nivel medio. En la investigación realizada por Berdejo y Parra⁶, se obtuvo que el 20% de la muestra presenta un nivel alto en la dimensión valor, el 28% nivel medio y el 52% nivel bajo. En la investigación realizada en México por Vicente²⁸, se obtuvo para la dimensión valor un 52,6% de nivel medio.

En la dimensión conocimiento se presenta un 80% de nivel alto y un 20% de nivel medio, sin puntajes en el nivel bajo. Eterovic C⁵, en la dimensión conocimiento obtuvo un 84.1% en nivel alto, coincidiendo ambos estudios. En la investigación realizada por Berdejo y Parra⁶, se obtuvo en la dimensión conocimiento el 44% presentó un nivel alto en dicha dimensión, el 52% nivel medio y el 4% un nivel bajo. Estos resultados difieren a los obtenidos en la presente investigación, los resultados obtenidos se concentran en el nivel alto, mientras que lo obtenido en la investigación extranjera evidencia una notoria concentración en el nivel medio de la dimensión conocimiento. En la investigación realizada en México por Vicente²⁸, se obtuvo para la dimensión valor un 40,3% de nivel bajo.

En la dimensión paciencia un 90% presenta nivel alto y el porcentaje restante corresponde a nivel medio, en la investigación de Eterovic C⁵ la dimensión paciencia presentó un 87.4% en el nivel alto, siendo esta dimensión la que obtiene el nivel más alto en ambas investigaciones. En la investigación realizada por Berdejo y Parra⁶, se obtuvo que en la dimensión paciencia, la muestra registró que el 54% tiene un nivel alto de paciencia, el 38% nivel medio y el 8% un nivel bajo. Se puede evidenciar una diferencia en la distribución porcentual entre la investigación extranjera y el presente estudio, en la cual la mayoría se concentra en nivel alto mientras que en la de Berdejo y Parra se distribuye entre nivel alto y nivel medio. Por otra parte, en la investigación realizada en México por Vicente²⁸, se obtuvo para la dimensión paciencia un 80,7% de nivel bajo.

Con respecto al nivel de sobrecarga, en la muestra total los resultados encontrados corresponden a un 65% de ausencia de sobrecarga, un 20% sobrecarga ligera y un 15% sobrecarga intensa, predominando la ausencia de sobrecarga al igual que en el estudio de Eterovic C⁵, el cual manifiesta en sus resultados que el 76.8% de los cuidadores no presentan sobrecarga, 9.3% ligera e intensa 13.9%. En cuanto a la investigación realizada en México por Vicente²⁸, se obtuvo como resultado un 75,4% ausencia de sobrecarga.

Al relacionar los resultados obtenidos en la escala CAI y ZARIT, se puede observar que ante la ausencia de sobrecarga, predomina el nivel de habilidad de cuidado alto, con un 61.5%, en cuanto a la sobrecarga ligera el mayor porcentaje se encuentra también con un nivel de habilidad de cuidado alto con un 75%, al igual que en la sobrecarga intensa con un 66.7%, considerando el número de personas dentro de cada nivel de sobrecarga y habilidad de cuidado, se puede concluir que predomina la ausencia de sobrecarga con un nivel de habilidad de cuidado alto, y que a medida que aumenta la habilidad de cuidado, disminuye la sobrecarga del cuidador, lo que evidencia una relación negativa entre ambas variables.

Respecto a la relación entre el nivel de sobrecarga y la percepción del propio estado de salud, se observa que el mayor número de personas se encuentra dentro de la categoría de ausencia de sobrecarga, los cuales en su mayoría consideran tener un estado de salud bueno en un 53.8%, cabe destacar que un porcentaje no menor de la muestra se encuentra con algún tipo de sobrecarga (35%), además de que la única persona que percibe su estado de salud como malo se encuentra en la categoría de sobrecarga intensa, considerando también que en la categoría de sobrecarga ligera predomina el estado de salud regular, esto quiere decir que a medida que aumenta la sobrecarga en el cuidador, la percepción del propio estado de salud decae

En lo referente a la relación de los resultados de la Escala CAI con la percepción de salud de los participantes, se observa que al relacionar estas dos variables, no hay valores dentro del nivel bajo de habilidad de cuidado, mientras que el mayor número se concentra en el nivel alto de habilidad de cuidado, con una percepción buena del estado de salud con un 53.8%, ambas variables presentan una relación positiva, ya que a medida que aumenta una, también lo hace la otra.

5.2 CONCLUSIONES

Podemos concluir que quienes asumen el cuidado informal son mayoritariamente mujeres, estas se concentran en un grupo etario desde los 45 a 64 años de edad, la mayoría de estas mujeres están al cuidado de uno o ambos progenitores. La medida de edad para las mujeres de este estudio es de 59 años y para los hombres es de 62 años.

Estos cuidadores poseen estudios medios, y desempeñan rol de jefes de hogar a la misma vez, sin actividad remunerada, dedican entre 4 a 10 años de cuidado, sin capacitación pertinente.

Los cuidadores presentan una ausencia de sobrecarga que equivale al 65% de la muestra representativa de los 20 participantes, siendo este 13 personas, el 35% restante (7 personas) presentan una sobrecarga ligera e intensa respectivamente.

Por lo general quienes presentan esta sobrecarga ligera, su salud física es la que mayoritariamente se encuentra afectada con molestias específicas de tipo muscular generalizado, dado a la labor de cuidar, muchos de pacientes se encuentran postrados, por lo que requieren que el cuidador realice esfuerzos físicos. En cambio los que presentan sobrecarga intensa manifiestan además un distanciamiento social, intrafamiliar, emocional, agotamiento, entre otros.

Los cuidadores presentaron un nivel alto de habilidad de cuidado, destacando en ello un nivel alto en las dimensiones de conocimiento y paciencia, en cambio en la dimensión valor presentaron un nivel medio.

5.3 Sugerencias

Se sugiere al profesional del CESFAM San Felipe El Real a cargo del programa PAD mantener una cartola de pacientes y cuidadores adscritos a dicho programa, en formato digital, para facilitar su actualización frecuente, facilitar la recolección y entrecruzamiento de datos, y acceso de otros profesionales a este documento.

5.4 Limitaciones del estudio

- Falta de datos actualizados de direcciones y números de teléfonos de las/los cuidadores en los registros de la planilla PAD otorgada, incluso del fallecimiento de algunos pacientes.
- La traducción del Instrumento “habilidad de cuidado” (Escala CAI) de Ngozi Nkhongo, al español, realizado por Corredor, en los ítems 4, 6, 11, 19, 23, la redacción no permite la comprensión adecuada para los participantes.
- A la aplicación de los instrumentos, los participantes no responden acorde a la escala Likert, sino que responden principalmente de forma dicotómica.

III. BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera L, Galvis C, Moreno M, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. 2006. Vol. 24. (1): 36-46.
2. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Libro blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España. [Internet]. Madrid, España. 2004.
3. Nkongho N. The caring ability inventory. Measurement of Nursing Outcomes, 2nd Edition. Volumen 3 "SelfCare and Coping". Capítulo 15. 184 - 198.
4. Vega O, Mendoza M, Ureña M, Villamil W. Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. Revista Ciencia y Cuidado. 2008; 1(5).
5. Eterovic C. Habilidad de cuidado en cuidadoras/es informales, región de Magallanes, Chile. Tesis Doctoral. Concepción, Chile. Universidad de Concepción, 2014.
6. Berdejo F, Parra A. Nivel de habilidad de cuidado de los cuidadores informales de pacientes con alteración neurológica. Trabajo de titulación. Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana, 2008.
7. Fondo nacional de la discapacidad (FONADIS). Informe primer Estudio de discapacidad en Chile. Chile. 2000.
8. Ministerio de salud (MINSAL). Orientaciones para la planificación y programación en Red. Chile. 2016.
9. García M, Sala E, Coscolla R. La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración. Fundación Pere Tarrés. Universidad Ramón Llull. 2009.
10. Martínez A. La dependencia, los cuidadores y la necesidad de formación. Enferm docente. 2007; 8(7): 2-4.
11. Carrillo G, Sánchez B, Barrera L. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica. Index Enferm [Internet]. 2014 [Citado 2017 Mar 27]; 23(3): 129-133. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200003>.

12. Gala Fernández B, López Alonso SR, Pérez Hernández RM. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención sociosanitaria a personas con dependencia. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2006 54.
13. Martínez AA. La dependencia, los cuidadores y la necesidad de formación. Enferm docente 2007;8(7): 2-4
14. Ministerio de Salud Pública. Código Sanitario. Libro Quinto. Artículo 113 [Internet] [Actualizado el 26 de enero del 2016] [Revisado el 22 de Mayo del 2017] Chile. Disponible en: file:///C:/Users/121/Downloads/DFL-725%3B%20DTO-725_31-ENE-1968.pdf
15. Vega OM, Gonzales DS: apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería global.2009.16 (1) :1-11.
16. De Arco - Canoles O del C, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018;20(2):171-182. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>
17. Mayeroff M. On Caring. 1 edición. New York: Harper Perennial; 1990.
18. R. Neil, A. Marriner. Filosofía y ciencia del cuidado. Modelos y teorías en enfermería. Sexta Edición. 2007, Barcelona, España [ES]. Pág. 91-115.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Elsevier. 4º Edición. 2009
20. Sánchez B. Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. 373-385.
21. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. "Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios" Rev. Acta Paul Enferm 2007; 20 (4) Pag 499-503. Recopilado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
22. Rojas M. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive en situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. Av. enferm. [Internet]. 2007 [Citado 2018 agosto 16]; 25(1): 33-45. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35899>

23. Lopez Eva. Puesta al día: cuidador informal. Revista Enfermería. Castilla y Leon.[Citado el 31 dic del 2018]. Disponible en: Vol 8. N° 1 <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/164>
24. MINSAL. Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con perdida de autonomía. Chile, 2009.
25. Gálvis C. Pinzón M. Romero E. Comparación entre la habilidad de cuidado de cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica en Villavicencio, Meta. Av. enferm. [revista en Internet]. 2004. [citado 2018 Oct 7]; 22(1):4-26. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37934/40167>
26. Venegas Bustos B, Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Aquichan [Internet]. Jun 2009. [Citado 2018 Abr 4]; 6(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/87/179>
27. Contreras A. Contreras A. Díaz, M. Hernández M. Muñoz N. Ricardo M. Habilidad de cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. [revista en Internet]. 2011. [citado 2018 Oct 7]; 8(1):17-23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3785199.pdf>
28. Vicente M. Puga C. Morales R. García C. Fuentes M. Méndez M. Relación de habilidades y sobrecarga de cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica. Rev Paraninfo Digital. [revista en Internet]. 2015. [citado 2018 Oct 7]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/498.php>
29. Carreño S. Barreto R. Duran M. Ortiz V. Romero E. Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Oct 7];32(3):353-363. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/951>
30. Pérez Sepulveda G. Percepción de la habilidad de cuidado de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas. Universidad de Colombia. Colombia. 2016. (Citado el 25 noviembre 2018).
31. Jofré V. Sanhueza O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Ciencia y Enfermería [Internet] 2010. [citado 2018 Noviembre 25] 16 (3): 111-120.

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300012

32. Flores E. Rivas E. Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidado familiar del adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería* XVIII (1): 29-41. 2010.
33. Espinoza Miranda K. Aravena Jofre V. Sobrecarga, apoyo social, autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería* 18 n°2 (agosto 2012) 23-30. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>
34. Eterovic C, Mendoza S, Sáez K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global* [Internet]. 2015 [Citado 2017 Mar 27]; 14(2): 235-248. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841435013>.
35. Bustos S. Rivera N. Pérez C. Habilidad de cuidado en estudiantes de enfermería de una Universidad tradicional de Chile. *Ciencia y Enfermería* [internet] 2016- [citado 25 noviembre 2018] 22(2):117 -127. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000200009&lng=es
36. Breinbahuer H. Vásquez H. Mayanz S. Guerra C. Millan. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. Medi. Chile* 2009. 137: 657 - 665.
37. Centro UC, Ministerio de salud. Encuesta Nacional de Salud. Chile, 2016.
38. Ministerio de Salud, Epidemiología. NORMA TÉCNICA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO. Chile, 2011. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/NormaTecnicaVENT.pdf>
39. NKONGHO, Ngozi. The Caring Ability Inventory. En: Strickland OL and Waltz CF. *Measurement of Nursing Outcomes: Self Care and Coping*. Vol. 4 Edición. New York: Springer Publishing Company; 1990. pp. 3-16.

40. Pellegrini A, Macklin R, eds. Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/ OMS; 1999; 33-46.
41. Rodríguez E. Comités de Evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. [internet] [citado el 28 noviembre 2018] Acta bioeth. v.10 n.1 Santiago 2004. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005

IV. ANEXOS

Anexo A

Instrumentos para estudio de Nivel de habilidad de cuidado en cuidadores informales de personas con dependencia y percepción del estado de salud”

A. Cuestionario de preguntas de caracterización sociodemográfica del cuidador/ra

El siguiente cuestionario se compone de preguntas relacionadas a sus características personales, marque con un círculo la alternativa que más se ajuste a su situación actual.

A.1 Sexo del cuidador /ra

1. Hombre

2. Mujer

A.2 Edad del cuidador/ra.

Años cumplidos: _____

A.3 Grupo de edad:

1) Adulto joven de 18 a 29 años.	2) Adulto medio de 30 a 44 años.	3) Adulto maduro de 45 a 64 años.	4) Adulto mayor de 65 y más años.
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

A.4 Estado civil:

1) Soltera/o.	2) Casada/o.	3) Conviviente.	4) Separada/o.	5) Viuda/o.
---------------	--------------	-----------------	----------------	-------------

A.5 Escolaridad:

1) Sin estudios.	2) Enseñanza básica incompleta.	3) Enseñanza básica completa.
4) Enseñanza media incompleta	5) Enseñanza media completa	6) Enseñanza superior incompleta.
7) Enseñanza superior completa.		

A.6 Realización de actividad remunerada:

1) Actividad remunerada fuera del hogar.	2) Actividad remunerada dentro del hogar.	3) Sin actividad remunerada.
--	---	------------------------------

A.7 Jefatura del Hogar:

¿Es usted Jefe de Hogar? 1.SI ____ 2.NO ____

A.8 Parentesco con la persona cuidada.

1) Madre/padre	2) Hija/o.	3) Hermana/o.	4) Tía/o.	5) Sobrina/o.
6) Prima/o.	7) Conyugue.	8) Nuera/o.	9) Nieto/a.	

B. Estado de salud del cuidador.

B.1 Enfermedad crónica diagnosticada

1) Hipertensión arterial.	2) Diabetes mellitus.	3) Dislipidemia.	4) Asma bronquial.
5) Epilepsia.	6) Otra.	7) Ninguna	

B.2 Controles de salud al día.

- 1) Si_____ 2) No_____ 3)
No Aplica_____

B.3 Percepción del propio estado de salud.

1) Estado de salud muy bueno.	2) Estado de salud bueno.	3) Estado de salud regular.
4) Estado de salud malo.	5) Estado de salud muy malo.	

B.4 Tipo de molestias físicas relacionadas con el esfuerzo.

1) Cefaleas (dolor de cabeza)	2) Dolor de cuello.	3) Dolor de brazos.
4) Dolor de cintura.	5) Dolor de piernas.	6) Dolores musculares en general.
7) No presenta Molestias.		

B.5 Tiempo a cargo del cuidado.

1) Menos de 6 meses.	2) Entre 7 meses y 3 años.	3) Entre 4 y 10 años.	4) Más de 11 años.
----------------------	----------------------------	-----------------------	--------------------

C. Inventario de Habilidad del Cuidado de Ngozi Nkongho

Por favor lea cada una de las siguientes declaraciones. No hay una respuesta correcta o errónea. Si presenta alguna duda, comuníquese con los investigadores. Utilice las siguientes respuestas:

1. Nunca
2. Casi Nunca
3. Casi Siempre
4. Siempre

	Indicador	1=Nunca	2=Casi Nunca	3=Casi Siempre	4=Siempre
C.1	Creo que aprender toma tiempo.	1	2	3	4
C.2	El hoy está lleno de oportunidades.	1	2	3	4
C.3	Usualmente digo lo que quiero decir a otros.	1	2	3	4
C.4	Hay muy poco que yo pueda hacer para que una persona se sienta importante.	1	2	3	4
C.5	Veo la necesidad de cambio en mi mismo.	1	2	3	4

C.6	Tengo la capacidad que me gusten las personas, aunque así yo no les guste a ellas.	1	2	3	4
C.7	Entiendo a las personas fácilmente.	1	2	3	4
C.8	He visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver.	1	2	3	4
C.9	Me tomo el tiempo para llegar a conocer personas.	1	2	3	4
C.10	Algunas veces me gusta estar incluido en las actividades grupales.	1	2	3	4
C.11	No hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor.	1	2	3	4
C.12	Me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí.	1	2	3	4
C.13	No me gusta desviarme de mis cosas para ayudar a otros.	1	2	3	4

C.14	Al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos.	1	2	3	4
C.15	No importa lo que diga mientras yo haga lo correcto.	1	2	3	4
C.16	Encuentro difícil entender como se sienten las personas si no he tenido experiencias similares a ellas.	1	2	3	4
C.17	Admiro a las personas que son calmadas compuestas y pacientes.	1	2	3	4
C.18	Creo que es importante respetar las actividades y sentimientos de otros.	1	2	3	4
C.19	La gente pueda contar conmigo para hacer lo que dije que sería.	1	2	3	4
C.20	Creo que hay espacios para mejorar	1	2	3	4
C.21	Los buenos amigos velan por los demás.	1	2	3	4

C.22	Encuentro significado en cada situación.	1	2	3	4
C.23	Tengo miedo de “dejar ir” a aquellos a quienes cuido por temor de lo que pueda sucederles.	1	2	3	4
C.24	Me gusta ofrecer aliento a las personas.	1	2	3	4
C.25	No me gusta hacer compromisos más allá del presente.	1	2	3	4
C.26	De verdad yo no me gusto a mí mismo.	1	2	3	4
C.27	Veo fortalezas y debilidades (limitantes) en cada individuo.	1	2	3	4
C.28	Las nuevas experiencias son usualmente me producen miedo.	1	2	3	4
C.29	Tengo miedo de abrirme y dejar que otros vean quien soy.	1	2	3	4
C.30	Acepto a las personas tal como son.	1	2	3	4
C.31	Cuando cuido a alguien no tengo que	1	2	3	4

	esconder mis sentimientos.				
C.32	No me gusta que me pidan ayuda.	1	2	3	4
C.33	Puedo expresar mis sentimientos a las personas de una forma cálida y cuidadosa.	1	2	3	4
C.34	Me gusta hablar con las personas	1	2	3	4
C.35	Me veo como una persona sincera en mis relaciones con otros.	1	2	3	4
C.36	Las personas necesitan espacio (lugar, privacidad) para pensar y sentir.	1	2	3	4
C.37	Puedo ser abordado por las personas en cualquier momento.	1	2	3	4

D. Escala de Sobrecarga de la/el Cuidadora/or de Zarit

El Siguiete cuestionario consta de 22 preguntas relacionadas con sus sensaciones como cuidador que van desde nunca a casi siempre. Marque con un círculo la alternativa a seleccionar.

Ítem	Pregunta a realizar	0=Nunca	1=Casi Nunca	2=A veces	3=Bastantes Veces	4=Casi siempre
D.1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
D.2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4
D.3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
D.4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familia?	0	1	2	3	4
D.5	¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
D.6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4

D.7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4
D.8	¿Siente que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
D.9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	0	1	2	3	4
D.10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
D.11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	0	1	2	3	4
D.12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
D.13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	0	1	2	3	4
D.14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	0	1	2	3	4
D.15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4

D.1 6	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
D.1 7	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	0	1	2	3	4
D.1 8	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0	1	2	3	4
D.1 9	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
D.2 0	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	0	1	2	3	4
D.2 1	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	0	1	2	3	4
D.2 2	En general: ¿ Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

ANEXO B

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITE ETICA CIENTIFICA/

ANEXO N° 11 C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudio: Nivel de habilidad de cuidado en cuidadores informales de pacientes con dependencia.

Investigador Responsable: Esterbina Olivares Vergara, Docente de la Universidad de Valparaíso.

Patrocinante: Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

Unidad Ejecutante: Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio “Nivel de habilidad de cuidado en cuidadores informales de pacientes con dependencia”. Usted ha sido elegido por poseer el rol de cuidador de una persona con un grado de incapacidad, ser mayor de 18 años y no poseer una capacitación formal. El investigador principal es la docente guía Esterbina Olivares Vergara y los co - investigadores son 6 alumnas de enfermería: Alejandra Camus Ortega, Macarena Cárdenas Lagos, Catalina Menéndez Parra, Isadora Ogaz Jamett, Constanza Stark Celedón y Valentina Valladares Herrera, de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe. 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. Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al investigador o al personal del estudio.

Este estudio está siendo financiado por los mismos investigadores. No posee fines de lucro.

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación.

La investigación se realizará en el CESFAM San Felipe el Real, durante el primer y segundo semestre del año 2018.

2. Motivación y propósito del estudio.

Actualmente en nuestro país, debido al cambio epidemiológico causado por el envejecimiento progresivo de la población, la incidencia de enfermedades crónicas ha ido en aumento. La población con algún grado de incapacidad ha ido creciendo junto con este cambio epidemiológico, sin embargo, el círculo cercano de esta población en su mayoría no tiene los recursos para pagar un profesional que entregue un servicio de cuidados por lo que está responsabilidad la toma una persona natural de este círculo, las cuales en su mayoría no tienen una capacitación adecuada o carecen completamente de una.

El profesional de enfermería posee dentro de sus roles el rol educativo, el cual se encuentra fundamentado en la legislación vigente en nuestro país, la cual está adaptada a las necesidades cambiantes de la población chilena. En el rol educativo, se presenta la importancia de entregar conocimientos a los usuarios en base a un respaldo teórico, habilidades, actitudes y valores que cimientan el cuidado enfermero. Es fundamental entregar este conocimiento a los cuidadores de pacientes postrados, ya que debido al déficit de profesionales y recursos que afecta a la sociedad chilena en la actualidad, son pocos los que reciben todos cuidados necesarios de parte de un profesional de enfermería. La educación y capacitación de estos cuidadores informales recae netamente en el profesional enfermero, quien posee el conocimiento y habilidades necesarias para otorgar un cuidado íntegro, logrando a través de esta, la disminución de daños relacionados a la mala praxis del cuidado. A partir de esto, surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de habilidad de cuidado de cuidadores informales de

personas con algún grado de incapacidad? Y ¿Tendrán algún tipo de sobrecarga estos cuidadores?

Los objetivos planteados para lograr responder estas preguntas son: medir el nivel de habilidad de cuidado de cuidadores informales de personas con algún grado de incapacidad, junto con los objetivos específicos: Identificar el nivel de conocimiento, valor y paciencia de cuidadores informales y determinar sus características sociodemográficas.

La investigación se realizará con un grupo de cuidadores informales de personas con algún grado de incapacidad que estén afiliadas al CESFAM San Felipe El Real, San Felipe de Aconcagua, V Región, Chile. La recolección de datos se llevará a cabo en el segundo semestre del 2018, en el CESFAM San Felipe el Real, el día en que se realice la capacitación del grupo de cuidadores de personas con algún grado de incapacidad.

La recolección de datos se realizará a través de la aplicación de dos escalas, la escala Caring ability Inventory de Ngozi Nkongo y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Se realizará un análisis estadístico de los resultados obtenidos a través del sistema de SPSS, para cuantificar los resultados y analizarlos.

3. En que consiste su participación.

Su participación es de carácter voluntaria, utilizaremos su rut para identificar el cuestionario que se le realizará, resguardando su anonimato, en el análisis de estos. Para la encuesta se acordará previamente con usted, la hora, lugar y día. Tendrá un tiempo de duración no mayor a 30 minutos. 1. En esta investigación se utilizarán dos instrumentos para recoger datos, uno de ellos está relacionado con su edad, sexo, estado civil y nivel de escolaridad, y el otro, consiste en un conjunto de preguntas que pretenden conocer el cuidado que usted está realizando a la persona bajo su cargo.

4. Riesgos.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud física o mental. Los investigadores se comprometen a resguardar la información entregada una vez obtenida, cabe destacar que estos datos quedarán presentes en la Universidad por tres a cinco años.

5. Beneficios.

Los beneficios que esta investigación puede aportarle, es el de conocer cómo usted está realizando el cuidado de la persona a su cargo. Esta información, posteriormente podría ser utilizada para poder crear capacitaciones que le permitan adquirir más conocimientos y mejorar las técnicas que utiliza al cuidar.

6. Costos y pagos.

No existirá financiamiento alguno para realizar esta investigación, es así como los posibles gastos serán financiados por los investigadores. Usted no recibirá dinero o pagos por su participación en el estudio, ni otro tipo de reembolso.

7. Derecho de los participantes.

Si le surge alguna duda acerca de esta investigación Científica puede contactar o llamar a Esterbina Olivares Vergara, Investigador Responsable del estudio, al teléfono +56981390186 o al correo electrónico Esterbina.olivares@uv.cl

Al ser su participación voluntaria, puede retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, solo comunicarse al investigador principal; indicando las razones por las cuales usted desea retirarse, no afectará en forma alguna a la investigación, ni a usted.

8. Confidencialidad.

El registro de datos será reservado, sólo tendrán acceso a ellos las investigadoras y será resguardado por el investigador principal en archivos de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe por tres a cinco años.

9. Difusión y entrega de resultados.

Los resultados de la investigación podrán ser publicados y/o utilizados para otros estudios que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, pero siempre resguardando su identidad.

10. Evaluación Ética Científica.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación Científica, usted puede llamar a Claudia Camerati, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Aconcagua, al teléfono 2492998, o al mail: claudia.camerati@redsalud.gob.cl.

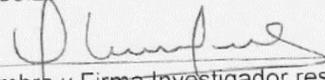
DECLARACIÓN DE CONCENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar (o a mi hijo/hija, familiar o representado) de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.

- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

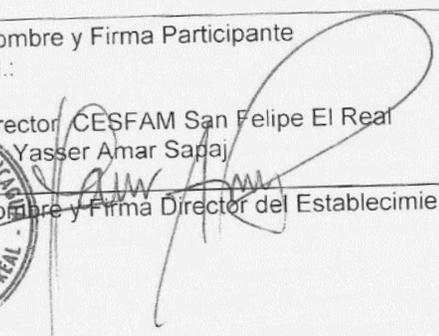
FIRMAS

Investigador Principal
Esterbina Olivares Vergara
5.058.207-8


Nombre y Firma Investigador responsable

Nombre y Firma Participante
C.I.:

Director CESFAM San Felipe El Real
Yasser Amar Sapaj


Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado



San Felipe, 10 Septiembre 2018

ANEXO C
AUTORIZACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO/
EU./CES/cbv

San Felipe, 26 de Julio de 2018

Carta-C.E.C 25/2018

ESTIMADA:
ESTERBINA OLIVARES
INVESTIGADORA PRINCIPAL
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO – CAMPUS SAN FELIPE
PRESENTE

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua, analizó Segunda Versión del Estudio: **"Nivel de habilidad de cuidado en cuidadores informales de personas con dependencia y la percepción del estado de salud"**, en este contexto se informa que se definió **APROBADO**, debido al cumplimiento de los aspectos científicos metodológicos y éticos, revisados por este comité.

Sin otro particular, saluda Atentamente a Ud.




DR. PATRICIO NEIRA GUERRA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Distribución:

✓ Oficina de Partes CEC-SSA

ANEXO D

AUTORIZACIÓN CESFAM SAN FELIPE EL REAL

 MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
CONSULTORIO GENERAL URBANO SAN FELIPE
CESFAM SAN FELIPE EL REAL /

San Felipe, Octubre 17 de 2017.

SEÑORA:
ESTERBINA OLIVARES
DOCENTE Y RESPONSABLE DE ESTUDIO COMO TEMA DE TESIS
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO CAMPUS SAN FELIPE
PRESENTE/

En respuesta a carta de fecha 17 de Octubre de 2017, para realizar estudio a desarrollar como Tema de Tesis "Nivel de Habilidad de Cuidado de Cuidadores Informales de Personas con algún grado de Incapacidad", informo a Ud. que en caso de ser aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua, nuestro CESFAM otorgará las facilidades para realizar dicho estudio.

Saluda atentamente a Ud.

 RA. ANDREA RODRIGUEZ VIVEROS
DIRECTORA
CONSULTORIO GENERAL URBANO SAN FELIPE
CESFAM SAN FELIPE EL REAL

c.c.:

- ENFERMERA COORDINADORA
- OFICINA DE PARTES

ANEXO E
AUTORIZACIÓN INSTRUMENTO HABILIDAD DE CUIDADO (CAI)

