



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería
Programa Doctorado en Enfermería

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA
PARA MEJORAR LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEL CUIDADOR
PRINCIPAL INFORMAL**

POR: PATRICIA DEL CISNE GUATO TORRES

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de
Concepción para optar al grado de doctor

Profesora Guía: Dra. Sara Mendoza Parra
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

Concepción, Chile 2022

2022 Patricia del Cisne Guato Torres

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

Profesora Tutora Dra. Sara Mendoza Parra

Profesora Asociada Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería.

Profesor Dr. José Leiva Caro

Profesor Asociado Universidad de Bio Bío
Doctor en Enfermería.

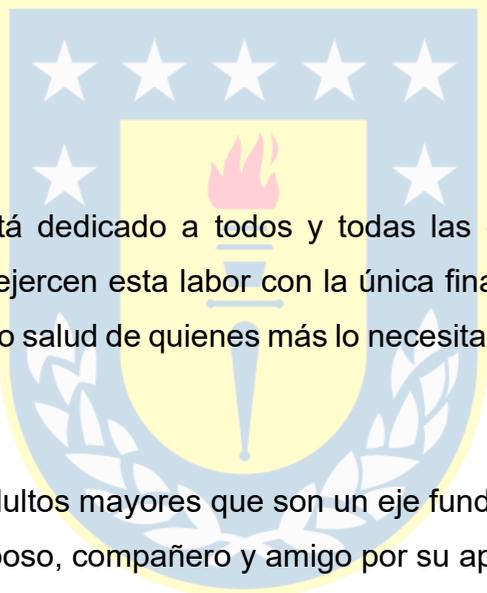
Profesora Dra. Lorena Chaparro Díaz

Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia
Doctora en Enfermería.

Profesora Dra. Alide Salazar Molina

Directora del Programa de Doctorado en Enfermería
Profesora Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería





DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todos y todas las cuidadoras principales informales que ejercen esta labor con la única finalidad de mantener y/o mejorar el estado salud de quienes más lo necesitan, sus queridos adultos mayores.

A mis padres adultos mayores que son un eje fundamental en mi vida.

A mi amado esposo, compañero y amigo por su apoyo incondicional.

A mis tres amores Lizeth, Teodoro Joel y Bebsabeth, por ser el motor de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Dios vivo por la oportunidad que me dio de estudiar el doctorado y ser mi compañero incansable en la vida y en este proceso.

A mi maestra Sara Mendoza Parra por el apoyo académico y personal, por la sabiduría para guiarme y motivarme a la finalización de este, mi proyecto de vida.

A la Dra. Katia Sáez Carrillo, por la asesoría estadística y su paciencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Al Dr. Luis Luengo, por el acompañamiento en el proceso de tesis.

A la Universidad de Concepción, a quienes en su momento nos abrieron las puertas a ocho docentes de la Universidad Central del Ecuador para el programa de doctorado en Enfermería.

A las autoridades de la Universidad Central del Ecuador por incentivar al crecimiento académico.

A todos y todas las docentes del programa de Doctorado por aportar en el crecimiento académico y humano.

A todos los profesionales que de una u otra forma aportaron para el desarrollo de esta investigación.

Al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor que a través de la Dra. Soledad Chiriboga hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

ÍNDICE

<i>I. CAPITULO: INTRODUCCIÓN</i>	1
I.1 Fundamentación del proyecto.....	1
I.2 Justificación	11
I.3 Formulación del problema de investigación	14
<i>II. CAPITULO: MARCO REFERENCIAL</i>	15
II.1 Marco conceptual: Cuidado, adulto mayor dependiente y cuidador	15
II.1.1 Cuidado.....	15
II.1.2 Adulto mayor con dependencia.....	16
II.1.3 Cuidador	16
II.2.1.1 Teoría del Autocuidado.....	20
II.2 Marco teórico.....	26
II.2.1 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA).....	27
II.2.1.2 Teoría del Déficit de Autocuidado	31
II.2.1.3 Teoría de los Sistemas de Enfermería.....	32
II.2.2 Proceso de Enfermería (PE) y Taxonomía NANDA, NOC, NIC (TNNN)	34
II.3 Marco empírico.....	37
<i>III. CAPITULO: VARIABLES</i>	49
<i>IV. CAPITULO: OBJETIVOS E HIPÓTESIS</i>	51
IV.1 Objetivo General	51
IV.2 Objetivos específicos	51
IV.3 Hipótesis	52
<i>V. CAPITULO: MATERIALES Y MÉTODOS</i>	53
V.1 Tipo de estudio y diseño	53
V.2 Lugar de estudio	54
V.3 Unidad de análisis.....	54
V.4 Población y plan de muestreo.	54

V.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	55
V.6 Recolección de datos	58
V.6.1 Encuesta biosociodemográfica.....	58
V.7 Control de calidad de los datos	58
V.6.2 Escala de Agencia de Autocuidado (<i>Self-Care Agency Scale</i>).....	58
V.7.1 Adaptación cultural de la escala de Agencia de Autocuidado	64
V.7.2 Análisis de fiabilidad y confiabilidad del instrumento “Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)”	66
V.7.3 Prueba Piloto para el programa de intervención.....	68
V.8 Procesamiento y análisis de datos	71
V.9 Intervención educativa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor.....	73
VI. CAPITULO: ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	83
VII. CAPITULO: RESULTADOS	88
VII.1 Análisis descriptivo.....	88
VII.1.1 Características sociodemográficas del CPI del AM	88
VII.1.2 Características del cuidado que realiza del CPI del adulto mayor...90	
VII.1.3 Percepción de la Salud del cuidador, presencia de enfermedades y efectos del cuidado que realiza el cuidador/a principal informal	92
VII.1.4 Nivel basal de la Agencia de Autocuidado (ASA) - Pre-test	93
VII.2 Análisis correlacional.....	94
VII.2.1 De los factores sociodemográficos, del cuidado, de percepción de la Salud, presencia de enfermedades y los efectos del cuidado, identificar aquellas variables que se relacionan con la Agencia de Autocuidado basal.	94
VII.2.2 Efecto de la intervención de enfermería en cada dimensión de la ASA del CPI del adulto mayor.....	95
VII.2.3 El programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, mejora el nivel de la ASA del CPI del AM con dependencia leve y moderada	99

<i>VIII. CAPITULO: DISCUSIÓN</i>	100
<i>IX. CONCLUSIONES</i>	116
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	117
<i>ANEXOS</i>	141
Anexo 1: Definiciones nominales y operacionales de las variables.....	141
Anexo 2: Encuesta Biosociodemográfica.....	152
Anexo 3: Escala de Agencia de Autocuidado	158
Anexo 4: Valoración de los Aspectos Generales del Programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, para validez técnica (profesionales).....	160
Anexo 5: Validación de los Aspectos Generales del Programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, para validez por los cuidadores/as principales informales (CPI).....	161
Anexo 6: Evaluación para la validez técnica profesional del material educativo. ...	162
Anexo 7: Evaluación para validez por los cuidadores/as principales informales del material educativo	163
Anexo 8: Ficha técnica del Programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”	164
Anexo. 9: Autorización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor para el desarrollo de la investigación.....	180
Anexo. 10: Acuerdo de confidencialidad y responsabilidad con el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor	181
Anexo 11: Consentimiento informado.....	184
Anexo 12: Declaración de confidencialidad	199
Anexo 13: Declaración de conflicto de intereses	204
Anexo 14.1: Comprensión del instrumento ASA – primer experto	205
Anexo 14.2: Comprensión del instrumento ASA – segundo experto.....	208
Anexo 15.1: Adaptación cultural – primer experto.....	209

Anexo 15.2: Adaptación cultural – segundo experto	212
Anexo 15.3: Adaptación cultural – tercer experto.....	215
Anexo 15.4: Adaptación cultural Ecuador – cuarto experto.....	217
Anexo 16.1: Validación por profesionales del programa de intervención Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia leve y moderada – primer profesional.....	220
Anexo 16.2: Validación por profesionales del programa de intervención Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia leve y moderada – Segundo profesional.....	221
Anexo 16.3: Validación por profesionales del programa de intervención Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia leve y moderada – Tercer profesional.....	222
Anexo 17.1: Validación del material educativo del programa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia leve y moderada - primer profesional.....	223
Anexo 17.2: Validación del material educativo del programa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia segundo profesional.....	224
Anexo 17.3: Validación del material educativo del programa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia - tercer profesional.....	225
Anexo 18.1: Certificado de Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad	226
Anexo 18.2: Certificación de Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería UDEC	228
Anexo 18.3: Certificación de Subcomité Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador SEISH-UCE	230
Anexo 19.1: Aleatorización grupo experimental.....	231
Anexo 19.2: Aleatorización grupo control	232

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación teórico conceptual y empírica de la.....	29
Figura 2. Derivación de la Teoría de Enfermería Déficit del autocuidado.	33
Figura 3. Aplicación de la TEDA, PE y Taxonomías NNN, para diseñar la intervención educativa.....	36
Figura 4. Diagrama de la intervención educativa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”	53
Figura 5. Flujograma para conformar grupos para estudio	57

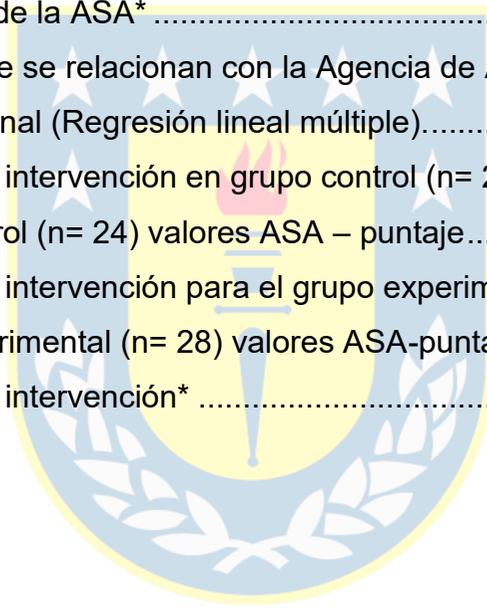
ÍNDICE DE FOTOS

Foto 1. Intervención " Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales "	75
Foto 2. Videos de las dimensiones enviadas a las CPI posterior a la capacitación por Zoom	76
Fotos 3. Mensajes de los cuidadores -WhatsApp.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables del estudio.....	49
Tabla 2. Instrumentos que miden Autocuidado basadas en TEDA.....	59
Tabla 3. Estudios de los últimos 5 años que realizan la fiabilidad de la ASA ...	62
Tabla 4. Respuesta expertos en la comprensión del ASA	64
Tabla 5. Aportes de expertos a la adaptación cultural	65
Tabla 6. Adaptación cultural Ecuador de la escala ASA	66
Tabla 7. Consistencia interna ASA	67
Tabla 8. Validación por expertos sobre el programa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales y del material educativo.....	68

Tabla 9. Validación por los CPI del programa "Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales " y del material educativo	70
Tabla 10. Cuadro comparación G. Experimental - G. Control.....	82
Tabla 11. Perfil sociodemográfico del cuidador/a principal informal del adulto mayor, Quito-Ecuador 2021	89
Tabla 12. Características del cuidado que realiza el CPI del adulto mayor, Quito-Ecuador 2021.....	91
Tabla 13. Percepción de la Salud del cuidador, presencia de enfermedades y efectos del cuidado que realiza el cuidador/a principal informal del adulto mayor, Quito-Ecuador 2021 (n=59).	93
Tabla 14. Nivel basal de la ASA*	94
Tabla 15. Factores que se relacionan con la Agencia de Autocuidado basal, resumen del modelo final (Regresión lineal múltiple).....	95
Tabla 16. Efecto de la intervención en grupo control (n= 24)*	96
Tabla 17. Grupo Control (n= 24) valores ASA – puntaje.....	96
Tabla 18. Efecto de la intervención para el grupo experimental (n= 28) *	97
Tabla 19. Grupo Experimental (n= 28) valores ASA-puntaje	98
Tabla 20. Efecto de la intervención*	98



RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto de la intervención educativa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia.

Materiales y métodos: Estudio experimental con asignación aleatoria simple, intervención con pre-test y pos-test, para grupos experimental y control. Se realizó en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor; con una población de 153 cuidadores principales informales. Considerando un 95% de confianza, una potencia del 80%, un margen de error de 5 unidades, admitiendo 30% de abandono, el tamaño muestral mínimo fue de 20 cuidadores por grupo. A la muestra final 28 y 24 cuidadores por grupo respectivamente se aplicó la encuesta biosociodemográfica y la escala Agencia de Autocuidado.

Resultado el cuidado recae en mujeres (79,7%), hijas (66,1%), casadas (45,8%) que viven con el adulto mayor (54,2); raramente o nunca (27,1%) reciben apoyo. cuidan de 1 a 6 años (44,1%) y de 16 a 24 horas (61%), la percepción del nivel de cuidado físico, psicológico y de tiempo es alto (71,2%); además, de cuidar el 83,1% realiza quehaceres domésticos y percibe que su salud es regular por el cuidado (57,5%). La Agencia de Autocuidado basal de los dos grupos, control (76,0 puntos), y experimental (66,3 puntos), correspondió a agencia media. En el pos-test el grupo control disminuyó 4,2 puntos manteniéndose en nivel medio, al contrario, el grupo experimental post test mejoró en 32 puntos alcanzando un nivel alto de Agencia de Autocuidado. **Conclusión:** el cuidado recae en la mujer, hija, casada, por una labor prolongada sin dejar quehaceres domésticos, y perciben que su salud se ha deteriorado por el cuidado. La intervención educativa mejoró el puntaje de la Agencia de Autocuidado en las cuidadoras principales informales, comprobando el efecto positivo para mejorar la conducta de autocuidado.

Palabras claves: Agencia de Autocuidado, Cuidador principal informal, Adulto mayor con dependencia, Modelo teórico, Proceso de Enfermería, Taxonomía NANDA-NOC-NIC, intervención educativa.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of the educational intervention "Nursing caring for the main informal caregivers" for the improvement of the Self-Care Agency of the informal main caregiver of the elderly with dependency.

Materials and methods: Experimental study with simple random selection, intervention with pre-test and post-test, for experimental and control groups. It was carried out at the Comprehensive Care Hospital for the Elderly; with a population of 153 informal main caregivers. Considering a 95% confidence, a power of 80%, a margin of error of 5 units, admitting a 30% abandonment, the minimum sample size was 20 caregivers per group. The biosociodemographic survey and the Self-Care Agency scale were applied to the final sample of 28 and 24 caregivers per group, respectively. **Result:** care falls on women (79.7%), daughters (66.1%), married (45.8%) who live with the elderly (54.2); they rarely or never (27.1%) receive support. care from 1 to 6 years (44.1%) and from 16 to 24 hours (61%), the perception of the level of physical, psychological and time care is high (71.2%); In addition, when caring, 83.1% perform household chores and perceive that their health is regular due to care (57.5%). The baseline Self-Care Agency of the two groups, control (76.0 points), and experimental (66.3 points), corresponded to average agency. In the post-test, the control group decreased by 4.2 points, remaining at a medium level, on the contrary, the experimental post-test group improved by 32 points, reaching a high level of Self-Care Agency. **Conclusion:** the care falls on the woman, daughter, married, for a prolonged job without leaving housework, and they perceive that their health has deteriorated due to the care. The educational intervention improved the Self-Care Agency score in the informal main caregivers, proving the positive effect to improve self-care behavior.

Keywords: Self care Agency, Informal main caregiver, Dependent older adult, Theoretical models, Nursing Process, NANDA-NOC-NIC Taxonomy, Educational intervention.

DESCRIPCIÓN DE ABREVIATURAS

AM:	Adulto Mayor
ASA:	The Appraisal of Self-Care Agency Scale
CONADIS:	Consejo Nacional de Discapacidades
CPI:	Cuidador Principal Informal
CUA:	Universidad Católica de América
HAIAM:	Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
MIAH:	Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud en América Latina y el Caribe
MIES:	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSP:	Ministerio de Salud Pública
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association
NDCG:	Grupo de la Conferencia de Desarrollo de la Enfermería
NIC:	Nursing Intervention Classification
NOC:	Nursing Outcomes Classification
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PE:	Proceso de Enfermería
SABE:	Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento
TEDA:	Teoría de Enfermería Déficit del Autocuidado
TNNN:	TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC



I. CAPITULO: INTRODUCCIÓN

I.1 Fundamentación del proyecto

La esperanza de vida al nacer se está modificando aceleradamente en el mundo, los datos reportan que para el 2010, esta correspondía a 70,6 años, y al año 2017, es de 72,23 años (1). Es apremiante dar importancia a los informes de instituciones que advierten que el crecimiento del número de personas de 60 años y más en el año 2025 correspondería a un 10% del total de la población (2). Asimismo en el año 2015, ya se advertía que la población mundial de personas mayores de 60 años se duplicará entre el año 2000 al 2050, pasando del 11% al 22% (3). Coincidiendo con lo declarado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2017, que manifestó que a mitad de siglo la población de adultos mayores (AM) se duplicará, mientras que, para el año 2100, se triplicará (4).

Con la finalidad de evaluar el estado de salud y situación de los adultos mayores, varias ciudades de América Latina y el Caribe realizaron una investigación multicéntrica denominada “Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento” (SABE) (5), integrándose Ecuador, con la encuesta SABE-Ecuador 2009. Los datos indican que uno de cada 4 hogares, a principios del 2000, tenía entre sus miembros una persona de edad avanzada. Esta realidad también se reconoce en Ecuador en donde el 16,4% de los hogares necesitan de un cuidador/a principal informal (CPI) para personas de edad avanzada (6).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador (INEC), en la proyección de edades entre el 2010 al 2020, declara el aumento de la población mayor a 60 años en el país. En el 2018, las personas de 65 años y más correspondió al 6,7% (7), incremento que responde, entre varios factores, a una disminución de la tasa de natalidad y una estabilidad de la tasa de mortalidad general, razón que se le atribuye al Estado y la sociedad a prepararse para proporcionar cuidados integrales y prolongados o de tiempo prolongado a los adultos mayores (8).

En Ecuador, el proceso de envejecimiento se evidencia acompañado de enfermedades crónicas no trasmisibles, siendo las de mayor incidencia la hipertensión arterial (29%), la diabetes mellitus tipo II (21%), la artritis (17%), la osteoporosis (13%), la demencia senil (8%) y la neumonía (2%), entre otras condiciones mórbidas como la discapacidad física, sordera y epilepsia, que llegan al 10% en este grupo. Lo anterior indica que los adultos mayores están afectados en su salud y a medida que avanza su edad existen más limitación para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (9).

En un estudio realizado en la ciudad de Loja-Ecuador se ratifica, en los adultos mayores, el déficit neurosensorial visual en un 64,4% y el déficit auditivo del 50,6%. En cuanto a la capacidad funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria, el grado de dependencia es de 73,5% y la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria correspondió a 93,1%; datos que permiten visualizar de manera real la dependencia del Adulto mayor en el Ecuador (10). A todo esto, se le suma la discapacidad que presentan las personas de 65 años y más registrada en el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) al año 2019, que representa el 27,3% del total de discapacitados del país (458.505) (11), factor que puede influir en la manifestación de dependencia que presenta el Adulto mayor.

El contexto anterior da a conocer un conjunto de situaciones que afectan la salud del Adulto mayor, manifestadas por pérdidas en las habilidades funcionales y cognitivas, pérdida de roles y de la capacidad de realizar tareas definidas socialmente, lo cual da origen al término “dependencia del adulto mayor” (12). Esta realidad permite establecer que estamos frente a un grupo de personas que tienen la necesidad de cuidado de tiempo prolongado, lo que implica tener cuidadores que estén a su lado para satisfacer sus necesidades de cuidado. En este contexto, los cuidadores/as principales informales se transforman en personas esenciales para cubrir este cuidado (2,4,13).

Realidad que se evidenció en la pandemia que afectó desmedidamente a los adultos mayores a nivel mundial, revelando la importancia del rol de los cuidadores (14). Ecuador anuncia su primer caso de COVID-19, el 29 de febrero del año 2020 y a partir de esa fecha el contagio fue implacable, obligando a las autoridades a decretar confinamiento social el 17 de marzo del mismo año. El Centro de Investigaciones y Políticas Públicas del Ecuador (CITE), da a conocer que la tasa de mortalidad de los adultos mayores fue 4,98% habitantes hasta junio del mismo año, obligando a las familias a la movilidad de los adultos mayores con la finalidad de protegerlos (15). Todo lo anterior desencadenó la necesidad de atender a los adultos mayores en sus propios hogares, bajo la responsabilidad del cuidador/a. Esta circunstancia obligó a los cuidadores a enfrentar más tareas y más complejas, dejando de lado definitivamente su autocuidado. Aun cuando, muchos países tienen programas y legislaciones que apoyan la labor del cuidador, en tiempos de pandemia se observó que aún hay mucho por hacer por este grupo vulnerable.

En Latinoamérica y el Caribe, países como Costa Rica, Colombia, Panamá y Perú cuentan con legislaciones específicas que otorgan derechos a cuidadores y cuidadoras (16), además, Colombia, a través de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, lidera el tema con el programa “Cuidando a los Cuidadores”, que aborda tres componentes: conocimiento, valor y paciencia, con el objetivo de aportar en el cuidado del cuidador/a (17).

Así mismo, Chile se interesa en cuidar del cuidador a través del Programa de Atención en el Domicilio, en el que los profesionales de enfermería proveen cuidados al paciente y al mismo tiempo ayudan a la cuidadora a organizar el cuidado (18). Igualmente, Argentina, a través del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, desarrolló un Programa de Registro Nacional de Cuidadores/as Domiciliarios, con el objetivo de conocer a las personas que ejecutan esta

actividad y, al mismo tiempo, proporcionar capacitación gerontológica que asegure el cuidado eficaz a los adultos mayores (19).

En Ecuador, el cuidador principal informal de personas con discapacidad reciben el Bono Joaquín Gallegos Lara (USD 240) (16), a través del Ministerio de Salud Pública (MSP), y desde el año 2011, entrega el “Manual para cuidadores/as de la persona Adulta Mayor dependiente”, cuyo eje central es educar al cuidador para el cuidado. Aunque esta guía considera en su contenido algunos elementos que apuntan al cuidado del cuidador, esto no es suficiente. En efecto, este ministerio, conjuntamente con el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), trabajan en proyectos y programas de capacitación para las cuidadoras principales informales (20), y logran el reconocimiento del trabajo domiciliario que incluye a toda persona que realiza la labor del cuidado al otro, como lo señala el artículo 34 de la Constitución de la República. En lo pertinente, se reconoce el derecho a la seguridad social a toda persona que ejecuta un trabajo domiciliario no remunerado, que incluye el cuidado a un familiar directo (21).

A pesar de los esfuerzos de las instituciones públicas, existe insuficiente información sobre el número de personas dedicadas a esta labor, no se conocen las condiciones en las que realizan el cuidado en los hogares y la información que existe sobre su salud o sus prácticas de autocuidado, es incipiente.

El cuidado al otro es un tema aún de debate, carente de preceptos que adviertan hasta dónde llega el cuidado principal informal. Es difícil enmarcarlo, por lo que el cuidador se autoimpone horarios y exigencias que son el resultado del grado de afecto hacia la persona cuidada; esta abnegación, aparentemente, no es la causante de la morbilidad y mortalidad reportada en cuidadores/as, pues influyen mucho las condiciones bajo las que se proporciona este cuidado (22).

Se advierte, de los adultos mayores con dependencia, una demanda de cuidados de tiempo prolongado que desbordan la capacidad asistencial de los

servicios de salud públicos y privados que obligan a que las propias familias sigan asumiendo la responsabilidad del cuidado y el costo del mismo (23), por lo que se estima que los sistemas de salud del mundo continuarán dependiendo, en gran medida, de los familiares y amigos para brindar cuidados no remunerados.

Lo descrito da origen al cuidado informal que se reconoce como las actividades de ayuda no profesional (24), y a la figura del cuidador principal informal (cuidador familiar, cuidador primario o cuidador principal), como quien se responsabiliza y se hace cargo de proporcionar ayuda y cuidados para satisfacer las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor dependiente. Además, es la persona que asume un rol para el que no está técnicamente capacitado y en ocasiones, es una actividad forzada e invisible que no cuenta con una retribución económica ni con el adecuado reconocimiento social (25–28).

Dorothea Orem en la Teoría de Enfermería Déficit de Autocuidado (TEDA), reconoce como agente de cuidado dependiente, a quien proporciona cuidados a aquella persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar su autocuidado (29,30), es decir, el cuidador principal informal es un agente de cuidado y como tal, en su tarea diaria, debe velar por la vida y el bienestar del adulto mayor en situación de indefensión, cuidar su salud y seguridad, con un trabajo cotidiano que se enfoca exclusivamente en cumplir diversas actividades, olvidándose del cuidado propio (31).

Es característico de este grupo que la mayoría de las personas que asume este rol sean mujeres (32–35) entre 36 y 56 años, aunque no es menor que las cuidadoras de más de 60 años pueden alcanzar sobre el 17% (36). Respecto al estado civil, la mayoría tiene pareja y, en un gran porcentaje, la actividad que desempeñaban antes de ejercer el rol de cuidado no era productiva, además de que por sobre el 80% viven en la casa de los adultos mayores, como hijas,

hermanas y/o conyugues y en su mayoría han alcanzado la escolaridad primaria o secundaria; frecuentemente comparten el cuidado con otra actividad, en la mayoría de los casos, tareas del hogar o acciones no calificadas (cocina, planchado, limpieza, compras, entre otras). En cuanto al tiempo de cuidado, sobre el 66% dedican entre 8 a 21 horas diarias al cuidado, califican al apoyo familiar para el cuidado como poco o casi nulo, porque realizan un cuidado informal sustentado por lazos de consanguinidad y afecto (37). La mayoría señala que ha llevado a cabo esta labor por más de 5 años, reportando diagnósticos de alguna patología y consumo diario de medicamentos por la manifiesta sobrecarga del cuidado (38).

Así, se evidencia el impacto negativo de la labor de cuidar en la salud física del cuidador/a cuando manifiesta cansancio, problemas de columna y comorbilidades. En lo psicológico está el estrés, sensación de angustia, insomnio, depresión, irritabilidad, deterioro del sueño, sedentarismo, menos tiempo libre, sentimientos de culpa y/o frustración, sentimiento de impotencia, y restricciones en el desarrollo personal, en actividades de ocio y esparcimiento. Además, se afecta la dinámica y la estructura familiar del cuidador/a, puesto que involucra compromiso y esfuerzo para el cual no está preparada/o (39,40).

Es conveniente conocer que las cuidadoras presentan un incremento en el número de consultas médicas, de enfermería y polifarmacia, por la presencia de sobrecarga y el síndrome de Burnout (41,42). Lemus-Fajardo, et al. (23), en el estudio “Nivel de sobrecarga de cuidadores/as de adultos mayores frágiles” constató que las cuidadoras que dedicaban menor porcentaje de horas al cuidado propio presentaban sobrecarga intensa y si fallaba su autocuidado sufriría daño y disminución de su calidad de vida (43). Asimismo, los estudios que analizan la sobrecarga del cuidador/a, manifiestan que los cuidadores/as reconocen que no tienen tiempo suficiente para sí mismos debido al tiempo que dedican al cuidado del familiar (44,45).

En tal sentido, el cuidado proporcionado por los cuidadores principales informales de los adultos mayores en todo momento es un soporte, más aún, fue en la etapa inicial del COVID-19, temporada difícil en la cual manifestaron su percepción sobre la ayuda social que fue insuficiente y en muchos casos llegó tarde, además, revelan que el cuidado a un adulto mayor es como *“vivir en confinamiento desde antes de la pandemia”*. Así mismo dan a conocer *“nosotros como cuidadoras ni siquiera tenemos apoyo psicológico, de contención y hay mucha sobrecarga, mucha sobrecarga; yo también, estoy muy estresada, y no existe un apoyo, no existen los servicios de apoyo”* (46). Con todo, en el cuidador/a, sin advertirlo, se va deteriorando su autocuidado, lo que señala la necesidad de intervenir fortaleciendo la misma, pues de no hacerlo a tiempo, el cuidador/a se convierte en un enfermo secundario y un nuevo problema de salud pública (47–49).

El término autocuidado etimológicamente está conformado por dos palabras: auto del griego auro que significa "por uno mismo", y cuidado del latín cogitstus que significa "pensamiento", es decir, cuidado propio; constructo que para la teorizante Dorothea Orem lo conforman todas las acciones que realiza el ser humano intencionalmente con la finalidad de controlar tanto los factores internos como los factores externos que pueden comprometer la vida (29,30).

Orem manifiesta que la persona ejerce sus capacidades de autocuidado denominando a este accionar como Agencia de Autocuidado pues la persona se responsabiliza de su propio cuidado con la finalidad de mantener y/o mejorar la salud, el bienestar y la vida, satisfaciendo los requisitos de autocuidado (50).

Los estudios sobre autocuidado se han enfocado especialmente al autocuidado de personas con algún tipo de enfermedad crónica no trasmisible, al autocuidado de adultos mayores y al autocuidado de profesionales de salud (51–55). Del mismo modo el concepto de autocuidado es utilizado por el personal

de enfermería principalmente para referirse a las estrategias personales y generales con las que cuentan las personas para el afrontamiento de una enfermedad, más que para la prevención de riesgos. Para la psicología de la salud, el autocuidado es parte de la adhesión al tratamiento, que se ve fortalecida con el soporte social y familiar (56).

La mayoría de los estudios realizados en cuidadores/as se enfocan especialmente en caracterizar y describir a este grupo, también evalúan la sobrecarga del cuidador y el síndrome de Burnout (57–61), pero existen pocos estudios que hacen referencia directa a intervenir la Agencia de Autocuidado del cuidador/a (62).

Al no ser perceptible la necesidad de cuidado del cuidador, la sociedad, la familia, el Estado y el propio equipo de salud no se han percatado en profundidad de este hecho. Todos están enfocados principalmente en garantizar el cuidado de calidad del adulto mayor y en educar al cuidador para el cuidado hacia el otro y no para su propio cuidado.

Lo anterior, motivó a realizar un programa de intervención de enfermería en este grupo vulnerable e invisibilizado, que cumple un rol fundamental de apoyo al sistema de salud pública del Ecuador. Se sustentó también, en las experiencias y vivencias de la autora, que ha tenido la oportunidad de trabajar por más de 15 años en unidades de atención geronto-geriátricas, dónde la razón principal de la institucionalización del adulto mayor, en la mayoría de los casos, se relaciona con el deterioro de la Agencia de Autocuidado del CPI, manifestado por la presencia de enfermedades físicas o psicológicas de quién ejerce este rol.

En Ecuador, el esfuerzo por estudiar las problemáticas de salud de este grupo vulnerable es incipiente y los pocos trabajos de investigación existentes hasta el momento, han recomendado que se atienda a la salud del cuidador en las visitas domiciliarias a los adultos mayores (63). Los Ministerios de Salud y de

Inclusión Económica y Social del país trabajan conjuntamente en capacitar a los cuidadores/as, pero a pesar de los esfuerzos que hacen, todavía hay mucho por hacer para aportar al mejoramiento de la salud de quién ejerce esta labor y que permanece invisibilizada (43).

Es importante que los profesionales de las ciencias de la salud, particularmente enfermería, respondan al derecho universal de la salud del cuidador/a, promocionando y fortaleciendo todas las dimensiones que engloban su Agencia de Autocuidado (47,64), es decir, la interacción social y personal, el consumo suficiente de alimentos, la actividad y reposo y la promoción del funcionamiento y desarrollo personal (27, 28).

Estas dimensiones se encuentran desarrolladas en la Teoría de Enfermería Déficit de Autocuidado descrita por Orem (29,30), con reconocida evidencia en todo el mundo (65), cuyo indicador empírico, derivado del The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA), se enfoca en un ser humano holístico, integrado, cambiante, no reducible a sus partes y que enfrenta situaciones que afectan o mejoran los procesos de salud. Esta teoría considera que la enfermería brinda un cuidado integral donde, tanto la persona como el personal de enfermería, participan activamente en una relación de cuidado. Contempla como principios y supuesto: que los seres humanos requieren estímulos continuos deliberados o derivados de ellos y del entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza; que la actividad humana, es decir, el poder actuar de manera deliberada se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros, para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios y que los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidados a los miembros del grupo que experimentan las privaciones (29).

En este marco, se investigó el nivel de Agencia de Autocuidado que poseen los cuidadores/as principales informales de adultos mayores con

dependencia leve y moderada, a partir del cual se planificó, ejecutó y se evaluó el efecto de un programa de intervención educativa basado en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado. Para organizar la intervención se trabajó con el Proceso de Enfermería y la Taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC).

En consecuencia, el abordaje en esta investigación incorporó los fundamentos y principios de las dos visiones: la interacción recíproca o interactiva-integrativa con la visión reactiva o particular determinista, porque permitió integrar una entidad teórica con herramientas aplicables en la práctica para organizar y sistematizar una intervención educativa para mejorar el autocuidado de quién cuida a otro (66).



I.2 Justificación

El presente estudio se sustentó en la perspectiva centrada en la salud de la persona que cumple el rol de cuidador informal, quien es un apoyo significativo al Sistema de Salud. Se conoce de sus problemas de salud física y psicológica, del grado de afectación que tiene por la sobrecarga del cuidado que brinda, y de la necesidad que existe de implementar acciones dirigidas a favorecer sus prácticas de autocuidado. Por ello, se propuso un programa de intervención educativa con el convencimiento de que aportara a mejorar la salud y bienestar del CPI.

El valor social del estudio radica en que al motivar a los CPI a mantener y/o mejorar su autocuidado, se resguarda su derecho de gozar de buena salud. Asimismo, los beneficiarios indirectos serán los adultos mayores con dependencia leve y moderada, debido a que, al contar con una persona saludable para ejercer el rol de Agente de cuidado para cuidar su propia salud, puede proporcionar cuidados con calidad y calidez. También la familia se verá favorecida por el cuidado que recibe su familiar.

El sistema de salud y el Estado son herederos de la información científica que proporciona esta investigación; además, de un instrumento para valorar la Agencia de Autocuidado validado para países latinoamericanos con adaptación cultural en la República del Ecuador. Del mismo modo, se pone a disposición un programa de intervención que promueve la salud de un importante actor sanitario, el cuidador/a principal informal.

Los resultados de la presente investigación otorgaron información de interés para el desarrollo de intervenciones de forma virtual, precisas e integrales que apostaron a favorecer la Agencia de Autocuidado y prevenir la enfermedad, elementos claves para descongestionar el sistema sanitario y disminuir los costos en salud.

Al conocer qué dimensiones de la Agencia de Autocuidado se ven afectadas en los CPI, permitió realizar intervenciones intencionadas y, a su vez, el instrumento utilizado en la investigación facilita la posibilidad de ser aplicado en varios momentos, por lo cual, se puede realizar seguimiento de los niveles de Agencia de Autocuidado y acompañar al cuidador.

El valor teórico en esta investigación fue consolidar la vinculación de la Teoría de Enfermería Déficit de Autocuidado (TEDA), con el Proceso de Atención de Enfermería y la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como entidades científicas que permiten organizar, planificar, ejecutar y evaluar el programa.

Para la disciplina de enfermería y específicamente en el área de gerontogeriatría, la implementación de un programa de intervención educativa de forma virtual proporcionó conocimientos que pueden ser aplicables en la práctica clínica, en la formación académica y en la gestión de la investigación, permitiendo al profesional de enfermería promover la salud, prevenir la enfermedad y brindar cuidados basados en la realidad social que experimenta el CPI e impulsa el interés de trabajar con personas que, aunque aparentemente están sanas, ven deteriorada su Agencia de Autocuidado.

Desde el rol de la gestión, este estudio aporta información relevante a las autoridades del Sistema de Salud que les permitirá crear herramientas para la gestión, administración y distribución de recursos, tanto materiales como humanos para apoyar la implementación de la tecnología y las redes en la atención primaria que vinculan a los cuidadores con las familias de bajos ingresos. El acceso a internet y la atención virtual permiten complementar la atención de salud con modalidades que disminuyen costos, tiempos, distancias y acercan a las personas. Los equipos de salud se perciben más cercanos con oportunidad de dar consejería en un ambiente tranquilo y familiar.

Los resultados del estudio aportan al compromiso con el que viene trabajando el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM) con las CPI, en el que se reconoce la necesidad de contar con programas que permitan mantener y/o mejorar su vida, su salud y su bienestar.



I.3 Formulación del problema de investigación

Por lo anterior, en esta investigación se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuál es el efecto de la intervención educativa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, de Quito-Ecuador, en el periodo 2021?



II.CAPITULO: MARCO REFERENCIAL

II.1 Marco conceptual: Cuidado, adulto mayor dependiente y cuidador

II.1.1 Cuidado

La palabra cuidado se origina del latín cura, que, en su forma más antigua, se escribía coera y era usada en un contexto de relación de amor y de amistad. Monsalvo San Macario (67), establece la definición realizada por Collière M. que significa: “acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona”.

El concepto cuidado tiene implicaciones filosóficas y pragmáticas, y evoluciona junto a la vida, la cultura y la sociedad. Es un concepto polisémico y según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, tiene significado en tres sentidos: “Solicitud y atención para hacer bien algo”; “Acción de cuidar: asistir, guardar, conservar, ejemplo, el cuidó de los enfermos” y “Recelo, preocupación, temor”. De las tres definiciones, la que es pertinente para las ciencias de la salud y, de manera particular, en la presente investigación, es la segunda acepción: acción de cuidar, con sus sinónimos asistir, guardar y conservar (68).

En la lengua inglesa, la palabra cuidar tiene dos significados: uno es *care* que se refiere al cuidado trivial o informal y *cure* que se refiere al cuidado profesional. El acto del cuidado humano se identifica y se diferencia de otros cuidados, pues posee el vínculo de varios sentimientos manifestados con libertad y trascendencia del respeto por el otro (69). Ante la necesidad de cuidados prolongados o de tiempo prolongado, es la familia la responsable del cuidado a pesar del escaso conocimiento del cuidado formal (70).

En 1991, Swanson da a conocer la “Teoría de los cuidados”, definiendo a estos como una forma educativa de relación con las personas estimadas, con

las cuales hay reciprocidad, confianza y compromiso personal (71). Heidegger, señala que el Ser se caracteriza por vivir por su propia vida, cuidando de ella para satisfacer sus necesidades, pues todo lo que realiza es cuidado y que el hombre es un ser con los otros, por tanto, debe cuidar del otro (72,73).

El cuidado representa sentimientos como: compasión, aprecio, empatía, conocimiento de sí y de otros. En el cuidar está involucrado la empatía el sentir desde adentro, es decir, sentir lo que la otra persona siente para poder saber lo que necesita y enfatiza que el cuidado está basado en la ética, fundamentada en valores, articulándose con las respuestas humanas del ser (74).

II.1.2 Adulto mayor con dependencia

Se considera a las personas que poseen más de 65 años de edad (75), es la persona de edad avanzada que presenta significativas pérdidas funcionales en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y que tiene bajas o ninguna esperanza de recuperación (76). Los adultos mayores dependientes son personas que precisan de ayuda para desarrollar las actividades más esenciales de la vida diaria (77).

II.1.3 Cuidador

El diccionario de la Real Academia Española, define al cuidador o cuidadora como “una persona que cuida” (68).

Desde la visión antropológica el cuidador es “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”; es la persona que se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atender a otra persona como un anciano, un bebé, un convaleciente o una persona con dependencia. Es el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y

especializados con el fin de satisfacer las necesidades de la persona cuidada, es decir, adquiere el compromiso de preservar la vida del otro (78).

Así, el cuidador principal informal es aquella persona que diariamente se encarga de ayudar en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria a la persona que, por cualquier motivo de salud, no se puede desempeñar por sí misma. Dentro de las características prestan cuidados necesarios por muchos años y en largas jornadas diarias; asimismo, garantizan una mejor calidad de vida de la persona cuidada, además en muchos casos continúan realizando las labores propias del mantenimiento del hogar, esto asociado a que quién mayoritariamente ejerce el cuidado es una mujer vinculada a los quehaceres domésticos (79).

La mayoría de cuidadores/as no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen y no cuentan con capacitación para el cuidado, no obstante, tienen un fuerte compromiso para realizarlo por el grado de afecto o de consanguineidad que tienen con la persona cuidada. Lo anterior implica que ellos mismos se plantean realizar el cuidado con mucha rigurosidad y sin límite de horarios. Se trataría entonces de un apoyo informal, bondadoso y gratuito de familiares y/o allegados, aun cuando también pueden desempeñar este rol otros agentes o personas de redes que no pertenecen ni a la familia ni a los servicios de atención formal (80).

Se identifican cuatro tipos de cuidadores/as: principal, secundario, informal y formal.

Según el tiempo destinado al cuidado se encuentran:

El cuidador principal: Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo. Suele vivir en el mismo domicilio que el enfermo o muy cerca de éste y tener una relación familiar muy próxima.

Cuidador secundario: Es la persona que permanece la menor parte del día a cargo del paciente; el cuidado lo brinda por pequeños lapsos de tiempo.

Según la formación especializada:

Cuidador informal: Son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención al enfermo, pero no cuentan con una formación especializada en el cuidado.

Cuidador formal: Es aquella persona con una formación especializada o académica para cuidar al enfermo siendo reconocido económicamente por ello.

Podemos decir que un cuidador/a principal, al mismo tiempo, puede ser informal y es la persona responsable del cuidado total, lo realiza de forma permanente y de tiempo prolongado, no es remunerado, ni posee capacitación especializada en esta labor (79,81).

Para complementar, el cuidador formal no puede ser principal, secundario o informal, debido a que cuenta con formación académica y al realizar una labor de cuidado se rige por las leyes laborales y respaldos técnico-científicos.

En su labor de cuidado, que para este caso está dirigida al Adulto Mayor dependiente, el/la CPI cumple las siguientes funciones:

- Suplir total o parcialmente las necesidades que el Adulto Mayor, por problemas de salud, no puede realizar.
- Estar pendiente de los problemas de salud del Adulto Mayor con el fin de llevar tempranamente al especialista en salud.
- Transportar al Adulto Mayor fuera del domicilio, por ejemplo, cuando necesita ir al médico.

- Desplazamiento del Adulto Mayor en el interior del domicilio.
- Apoyo parcial o total en la higiene personal, alimentación y necesidades fisiológicas.
- Administración del dinero y los bienes del Adulto Mayor.
- Ocupar el tiempo libre del cuidado con actividades recreativas.
- Supervisión o administración de los medicamentos al Adulto Mayor.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado, por ejemplo, cuando el paciente presenta trastornos de conducta.
- Favorecer la comunicación con los demás cuando la persona cuidada tiene dificultades para expresarse.
- Realizar actividades domésticas como cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.

En el ejercicio del cuidado surgen necesidades que el cuidador debe satisfacer a partir de la interacción con el entorno físico, social y cultural que le rodea, en un proceso continuo de asimilación y adaptación. De gran importancia es que el cuidador/a conozca sobre la patología del Adulto Mayor para afrontar los problemas de una manera correcta y segura o marcar límites para evitar un exceso de dependencia del mismo. También, tendrá necesidad de obtener recursos económicos y sociales adecuados, o necesidad de planificar los cuidados y de adaptar el entorno para asegurar el éxito de su labor y facilitar las tareas de cuidado (82).

A causa de sus diversas funciones, se generan necesidades de su propia salud y en un entorno óptimo de autocuidado, el cuidador debería: realizar ejercicio físico y tener descanso, mantener una correcta alimentación, expresar sus emociones, ser apoyado por su familia, recibir información y orientación, continuar su proyecto de vida, tener momentos de recreación y ocio, recibir atención psicológica especializada y ayuda económica. Será crucial entonces, mantener sus prácticas de Agencia de Autocuidado para asegurar su bienestar y calidad de vida (82).

II.2.1.1 Teoría del Autocuidado

El autocuidado es un concepto desarrollado por Orem desde hace 50 años (1969), considerado como una actividad aprendida que tiene un objetivo claro; una conducta existente en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, con la finalidad de controlar los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento en pro del bienestar la salud y la vida (78).

Orem consideró que la elaboración del concepto de autocuidado, su demanda y actividad, ofrecía la base para entender los requisitos internos o externos de acción, que podían determinarse por medio de la observación o por datos subjetivos del agente de autocuidado. Las acciones de autocuidado orientadas externamente son cuatro: secuencia de acción para la búsqueda de conocimientos; secuencia de acción de búsqueda de ayuda y recursos; acciones expresivas interpersonales; y secuencia de acción para controlar factores externos. Del mismo modo, las acciones de autocuidado orientadas internamente son dos: secuencia de acción del uso de recursos para controlar los factores internos; y secuencia de acción para el autocontrol (pensamientos, sentimientos, orientación), por tanto, para regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo (78).

La comprensión del concepto de autocuidado como una acción voluntaria e intencionada con orientaciones internas y externas, facilita al profesional de enfermería el adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades para asegurar información válida y fidedigna de los sistemas de aprendizaje de autocuidado de las personas, al mismo tiempo que les permite analizar la información descriptiva de este y emitir juicios de cómo pueden ser ayudadas en el aprendizaje del autocuidado terapéutico (78).

En la actualidad, el avance de la literatura científica dedicada al tema ha complementado su comprensión señalando que el autocuidado es un conjunto

de acciones voluntarias e intencionales que realizan las personas para controlar los factores internos y externos, traduciéndose en una conducta que deben asumir con responsabilidad, poniendo en práctica actividades de fomento y conservación que se llevan a cabo con el objetivo de mantener el funcionamiento, desarrollo personal y bienestar, en donde el profesional de enfermería debe individualizar los cuidados y hacer partícipe, de manera activa, a la persona considerando sus preferencias y cuya herramienta de trabajo principal es la educación para la salud (79). Siendo así, el autocuidado para enfermería es una estrategia que responde a objetivos y metas planteadas por la disciplina y la profesión(80).

También se considera como una función humana, reguladora distintiva que cada persona debe aplicar de manera continua en coherencia con las necesidades que tiene en las distintas etapas de su crecimiento y desarrollo, estados de salud, y factores ambientales (78). Se le considera como la acción efectiva de un individuo de cuidar de sí mismo, porque hay un normal funcionamiento de sus procesos vitales, se mantiene un normal crecimiento, desarrollo y maduración, porque se es capaz de prevenir y/o controlar procesos de enfermedad, lesiones o incapacidad, y realizar actividades de promoción del bienestar. Así, el autocuidado es, "la práctica de actividades que los propios individuos, inician y desarrollan en su propio beneficio, en la mantención de su vida, salud y bienestar", tiene requisitos que tendrían un propósito, un patrón y una secuencia, y cuando se realiza de forma efectiva, contribuye a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humano (80).

Requisitos de Autocuidado

Cuando se habla de los requisitos de autocuidado, se hace referencia a una reflexión formulada y expresada respecto a las acciones que se deben realizar porque son necesarias para el control de los aspectos funcionales y del desarrollo humano, de manera continua o bajo contextos y condiciones específicas, que representan los objetivos formalizados del autocuidado y

resultados deseados. Se identifican tres tipos de requisitos: Universales, de Desarrollo y de Desviación de la salud.

Requisitos Universales

Asociados al proceso de vida y funcionamiento humano, comunes en todas las personas, que incluyen el ingreso de aire, la ingesta de agua y alimentos, la eliminación urinaria e intestinal, el equilibrio de la actividad y el descanso, equilibrio entre la soledad y la interacción social, la prevención de riesgos para la vida y la promoción del funcionamiento humano e interacción en grupos (81).

Requisitos de Desarrollo

Expresiones especializadas de los requisitos internos, asociados al proceso y a las condiciones específicas de los estados de desarrollo de las personas. Estos requisitos se subdividen en tres conjuntos: a) provisión de condiciones que fomentan el desarrollo; b) implicación en el autodesarrollo; y c) prevención o superación de efectos de las condiciones y situaciones vitales que pueden afectar negativamente el desarrollo humano. Con todo, estos requisitos son los que promueven las condiciones necesarias para la vida y maduración, y que a su vez previenen la aparición de condiciones adversas, eliminando los efectos de estas en cualquier momento del proceso de crecimiento y desarrollo del ser humano (82).

Entre los requisitos universales y de desarrollo se encuentran los Factores Condicionantes Básicos que son demandas internas y externas cuyo fundamento está en la naturaleza de los seres humanos tal cual son, considerando la edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, factores socioculturales, factores del sistema de cuidados de salud, sistema familiar, patrón de vida, ambiente y recursos disponibles (83). Esto es un eje fundamental de la enfermería, pues bajo este concepto se trata de identificar el déficit existente entre la capacidad potencial de autocuidado y estas demandas para

eliminarlo, de tal manera que se cubran los requerimientos universales y de desarrollo, limitando las desviaciones en la salud (78).

Requisitos de Desviación de la Salud

Son los vinculados a los estados de salud y asociados a aquellas funciones perturbadas. Esto se ve reflejado cuando la persona se enferma, sufre alguna lesión o presenta incapacidades, que la lleva a buscar y asegurar ayuda médica. En caso de ser expuesto a factores que determinan un estado patológico, y es consciente de los efectos y consecuencias de este estado, debe aceptarse a sí mismo y aprender a vivir con él, bajo medidas diagnósticas y terapéuticas que conllevan a un estilo de vida que promueve el desarrollo personal (83). Ocurrida esta desviación, la persona amerita el apoyo de la Demanda terapéutica de autocuidado, proporcionada por el personal de enfermería. Estas demandas son manifestaciones de las personas y representan el total de las actividades de autocuidado que requieren los individuos en un lugar y tiempo determinado, con el fin de cubrir o satisfacer los requisitos de autocuidado, en relación con sus condiciones y circunstancias (79).

Agencia de Autocuidado

Es el conocimiento, destrezas, habilidades y motivación que poseen las personas para ejercer su propio autocuidado. Las personas que tienen una Agencia de Autocuidado desarrollada saben satisfacer sus propias necesidades de salud. Así, por ejemplo, en los niños esta Agencia de Autocuidado está en proceso de desarrollo, mientras que otras personas pueden poseer una Agencia de Autocuidado desarrollada que no funciona, por cualquier motivo (78).

La estructura de la Agencia de Autocuidado es compleja y está compuesta por tres niveles jerárquicos:

1. Capacidades y disposiciones fundacionales: se agrupan en dos: el primero, considera la sensación (propioceptiva y exteroceptiva), el aprendizaje, el ejercicio y trabajo, regulación de la posición y movimientos

del cuerpo y sus partes; mientras que el segundo considera atención, percepción y memoria.

2. Los componentes de poder: son capacidades específicas relacionadas con la habilidad que tiene la persona para comprometerse con el autocuidado y son diez:
 - 2.1 Habilidad para mantenerse atento y vigilante en relación al yo como agente de autocuidado, así como a las condiciones internas, externas y factores significativos para el autocuidado.
 - 2.2 Uso controlado de la energía física disponible y necesaria para iniciar y continuar con las operaciones de autocuidado.
 - 2.3 Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para iniciar y completar las operaciones de autocuidado.
 - 2.4 Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado.
 - 2.5 Motivaciones a metas orientadas al autocuidado, coherentes con la vida, la salud y el bienestar.
 - 2.6 Habilidades para tomar decisiones acerca del autocuidado y llevar a cabo las acciones.
 - 2.7 Habilidad para adquirir conocimiento técnico acerca del autocuidado, de retenerlo y operacionalizar desde fuentes autorizadas.
 - 2.8 Poseer un repertorio de destrezas cognitivas, perceptuales, manuales, comunicacionales e interpersonales, apropiadas para llevar a cabo las operaciones de autocuidado.
 - 2.9 Habilidad para ordenar separadamente las acciones de autocuidado en sistemas de acción previos y siguientes para alcanzar las metas reguladoras del cuidado.
 - 2.10 Habilidad para llevar a cabo las operaciones de autocuidado en forma consistente, integrándose con aspectos relevantes de la vida personal, familiar y comunitaria (29).

3. Operaciones de autocuidado: Se encuentran subdivididas en tres tipos: a) las estimativas, en donde se evalúan las condiciones y los factores individuales y medioambientales de importancia para el autocuidado; b) las transicionales, en las cuales se toman decisiones sobre lo que se debe y puede hacer para mejorarlo y, c) las productivas, en donde se ejecutan las medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado (29).

La Agencia de Autocuidado implica un proceso dinámico y participativo por parte de las personas, mediante el cual discierne sobre los factores que deben ser controlados para contribuir a su propia autorregulación y en donde decide lo que puede y debería hacer respecto a esta última. Implica también reflexionar sobre sus capacidades específicas y sobre la responsabilidad en el cuidado de su propia salud, cuyo objetivo es satisfacer los requisitos de autocuidado en el tiempo o en aquellas circunstancias en que exista una alteración en el estado de salud (84).

Agente de Autocuidado

Es la capacidad que tiene cada persona para ser participe en su propio cuidado, cuyo grado de satisfacción de necesidades o requisitos está asociado a una agencia mayor o menor desarrollada (78).

Quien posee estas capacidades se denomina Agente de Autocuidado, mientras que cuando las acciones de autocuidado deben ser realizadas por otra persona, esta se denomina Agente del Cuidado al Dependiente, visible en las personas responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por individuos que son dependientes, principalmente infantes y adultos mayores con limitaciones motoras, sensoriales y cognitivas (85). Del mismo modo, en otras personas la Agencia de Autocuidado puede estar desarrollada, pero no ser funcional, como cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

En el presente estudio el cuidador principal informal, fundamentalmente es visto como un Agente de Autocuidado, aunque también cumple el rol de Agente del Cuidado al Dependiente, porque proporciona cuidado al adulto mayor.

Agencia de Enfermería

Es imprescindible destacar que los cuidados especializados que realiza una persona con formación de enfermera/o le otorgan el rol de Agente de Cuidado Terapéutico, considerado como una compleja característica, atributo y facultad, que se relaciona con las competencias que tienen para ayudar a identificar en otros las demandas de autocuidado terapéutico, con la finalidad de que estas puedan ser cubiertas por la propia persona o por los profesionales, y así favorecer el desarrollo de su Agencia de Autocuidado o de cuidados dependientes (81).

II.2 Marco teórico

Esta investigación es sustentada por la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado, con el soporte del Proceso Enfermero y Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Previo a desarrollar la Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado, merece exponer un breve relato biográfico de la teorista.

Dorothea Elizabeth Orem (29), nace en Baltimore, Maryland, en 1914. Empezó sus estudios de enfermería en *Providence Hospital School of Nursing* en Washington DC, donde recibió el diploma de enfermera a inicios de la década de los '30. Posteriormente, en 1939, obtuvo el título de *Bachelor of Sciences in Nursing Education de la Catholic University of America (CUA)* y en 1946 el *Master of Sciences in Nurse Education* en la misma institución. En su experiencia profesional, se desempeñó en clínica, área quirúrgica, pediatría, cuidados de adultos, urgencias y también como profesora de ciencias biológicas.

La oportunidad que tuvo de trabajar en el *Office of Education en U.S Department of Health, Education and Welfare* en Washington DC, asesorando programas de estudio, más tarde la motivaría a desarrollar un proyecto para mejorar la práctica de las enfermeras, llevándola a publicar el *Guides for Developing Curricula of the Education of Practical Nurses* en 1959 (Guías para el desarrollo curricular de la educación de enfermeras prácticas). Orem se enfocó principalmente en el desarrollo del concepto de enfermería y autocuidado. Fue así que el *Nursing Development Conference Group* contribuyó al desarrollo de su teoría, con la cual aportó liderazgo intelectual a la profesión.

Orem, a partir del año 1970 se desvincula de la CUA, dedicándose a tiempo completo a su empresa consultora y a realizar publicaciones. Su primer libro fue *Nursing: Concepts of Practice* en 1971, mientras preparaba y revisaba *Concept Formalization in Nursing: Process and Product* publicado en 1973, los cuales fueron reeditados posteriormente a través de los años. Orem se jubiló en el año 1984 y continuó trabajando de manera privada junto a colaboradores en el desarrollo de la Teoría del Déficit de Autocuidado.

Fue una enfermera premiada y honrada con diferentes títulos, destacándose el *Honorary Fellow of the American Academia of Nursing* en 1992 y el de doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998. Termina su ciclo de vida en el año 2007 a la edad de 92 años, en Skidaway Island, Georgia, bajo el cuidado de familiares y amigos cercanos (29).

II.2.1 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA)

Reconocida como una teoría general, este marco teórico de referencia para la práctica, la educación y la investigación del profesional de enfermería, surge en la década de los 50 y sitúa a la enfermería como proveedora de autocuidados, considerando a la persona como eje central.

Esta teoría se ha utilizado como base teórica y filosófica para promover prácticas de autocuidado en beneficio de la propia salud y bienestar (91); para explicar necesidades alteradas detectadas en casos clínicos manejados con el Proceso de Enfermería basado en la NANDA (92); para estudiar el impacto del aislamiento terapéutico que impide el autocuidado (93) o para identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes (94).

Orem alude a Virginia Henderson como teorista que aporta al desarrollo de su teoría, ya que define conceptos que fueron considerados como ideas para establecer los requisitos de autocuidado universales, con énfasis en las necesidades humanas y la existencia de la demanda de autocuidado cuando la persona no puede realizar por sí misma actividades que faciliten su independencia y pueda satisfacer sus necesidades en base a las capacidades, disponibilidad y madurez para restablecer o mantener su salud (29,78).

Los conceptos paradigmáticos de persona, salud, entorno y enfermería que describe la TEDA son los siguientes:

Persona se considera como un todo integrado y dinámico, organismo biológico, racional y pensante con capacidad de reflexionar sobre su propia existencia en el mundo y los hechos colaterales que lo rodean, a fin de llevar a cabo el autocuidado. También reflexiona sobre el entorno y toma decisiones y acciones beneficiosas para él y los demás. Asimismo, lo conceptualiza como un ser total con necesidades de desarrollo universal y capaz de realizar un cuidado personal continuo, que puede funcionar de manera biológica y social, con capacidad de reflejar, simbolizar y usar sus propios símbolos (78).

Salud sería un estado que para la persona va a tener diversos significados en sus componentes, que cambia a medida que varían las características humanas y biológicas (78). Es un término que se utiliza para describir seres vivos

estructuralmente funcionales e íntegros, que hace a una persona completa y sana. Además, significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de algún defecto que se traduzca en deterioro de una persona; implica un desarrollo progresivo e integrado de la persona que vive como unidad individual acercándose a niveles de integración más elevados (79).

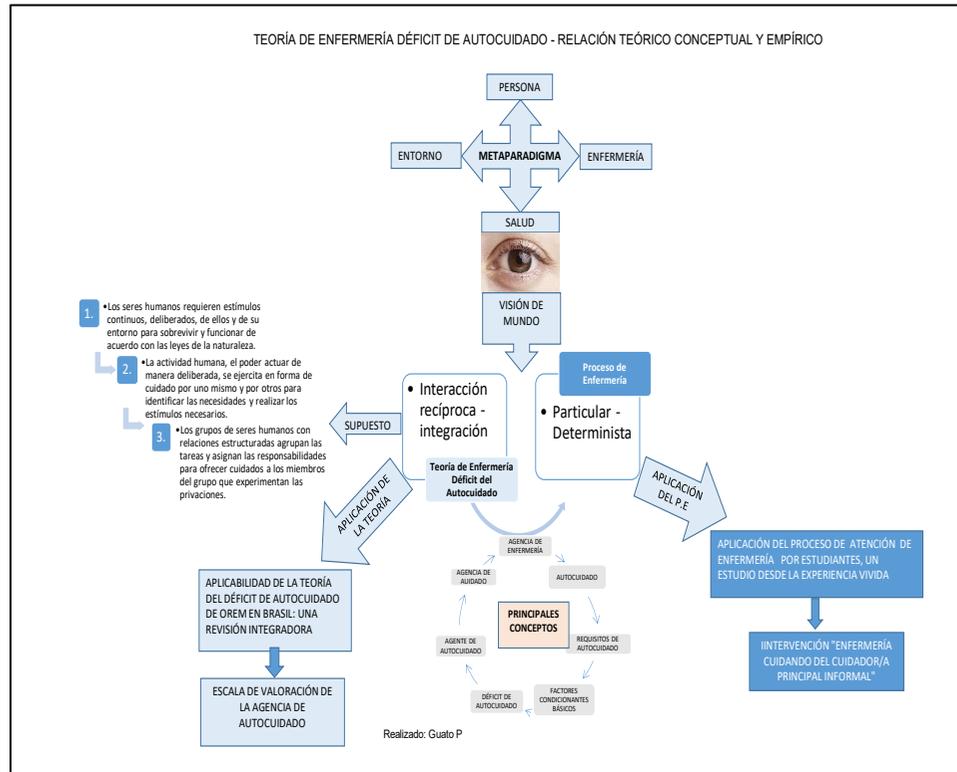
Enfermería, la identifica como una ciencia práctica, al servicio humano, prestado cuando la persona no tiene la capacidad de cuidarse por sí misma ni para mantener su propia salud, vida y bienestar, por lo que también proporciona asistencia directa a aquellos que la necesitan de acuerdo con sus requerimientos, debido a las incapacidades determinadas por cada situación individual(29,78). Considera a la enfermería como un arte, un servicio de ayuda mediado por la tecnología, que funciona en base a acciones seleccionadas y ejecutadas deliberadamente por los profesionales de enfermería para ayudar a las personas o grupos que están bajo su cuidado, con la finalidad de mantener o cambiar las condiciones en ellos o su entorno. Son los cuidados que tienen como finalidad ayudar a la persona a realizar y mantener actividades de autocuidado con fines de conservar la salud, vida, bienestar y recuperarse de la enfermedad o enfrentar las consecuencias que trae consigo, en lo posible con una mentalidad positiva (29,79).

Por último, define a entorno como los factores externos físicos, químicos, biológicos, y sociales (familiares o comunitarios) que pueden influir, relacionarse e interactuar en la persona, teniendo en cuenta elementos y condiciones ambientales en un medio de desarrollo que van a influir directamente sobre la capacidad de decisión de la persona para emprender las acciones de autocuidado y su capacidad para llevarlas a cabo (79).

La Teoría del déficit de Autocuidado (95), y la relación teórico conceptual se representa en la Figura 1.

Figura 1. Relación teórico conceptual y empírica de la

Teoría de Enfermería Déficit de Autocuidado



Dorothea Orem desarrolla la TEDA como una teoría general conformada por tres subteorías: Teoría de Autocuidado, que expresa el objetivo, el método y el resultado de autocuidarse, por lo que responde al por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas; la Teoría de Déficit de Autocuidado, que describe y explica cómo enfermería puede prestar ayuda; y la Teoría de Sistemas de Enfermería, que describe y explica las relaciones que debe mantener el profesional de enfermería con la persona (29,78).

II.2.1.2 Teoría del Déficit de Autocuidado

La Teoría del Déficit de Autocuidado describe y explica cómo enfermería puede ayudar a las personas a relacionar la demanda de autocuidado terapéutico con la acción de autocuidado como propiedad humana. Así, las aptitudes desarrolladas entorno a este no se encuentran operativas y son incapaces de reconocer la totalidad de los componentes de esta demanda terapéutica latente. Por ejemplo, puede darse una situación en que la demanda total de autocuidado que presenta una persona exceda su capacidad de hacer frente a esta demanda, por lo que puede requerir ayuda de otros, tanto de familiares y amigos, surgiendo así, la persona como Agente de cuidado dependiente. De igual forma, también surge la Agencia de enfermería, que alude a los cuidados profesionales de alto nivel que las personas pueden requerir, empoderando fuertemente al profesional de enfermería como agente de cuidado terapéutico, único y exclusivo (78).

De acuerdo a lo anterior, Orem propone métodos de asistencia basados en la relación de ayuda entre la persona y el profesional de enfermería (79), a saber: actuar en lugar de la persona; ayudar y orientar a la persona en base a recomendaciones; apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada; promover un entorno favorable al desarrollo personal y, por último, educar a la persona ayudada.

II.2.1.3 Teoría de los Sistemas de Enfermería

Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero, cuyos elementos básicos que lo constituyen son la enfermera/o, la persona o grupo y los acontecimientos relacionados (78).

Este enunciado articula las teorías mencionadas anteriormente (81), debido a que establece la manera en cómo el profesional de enfermería contribuirá a superar el déficit para que la persona recupere el autocuidado (79).

Los sistemas que componen esta teoría son tres:

Sistema parcialmente compensador: Se evidencia cuando la persona presenta necesidades de autocuidado por motivos de limitación o incapacidad, cubiertas por el profesional de enfermería y se requiere una relación terapéutica entre ambos. La persona y el profesional interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado por limitaciones psicológicas y físicas. Hay una dependencia parcial porque si bien la persona puede ejecutar algunas actividades básicas, como cepillarse los dientes y alimentarse, depende de la enfermera/o para desplazarse, vestirse o bañarse, entre otros.

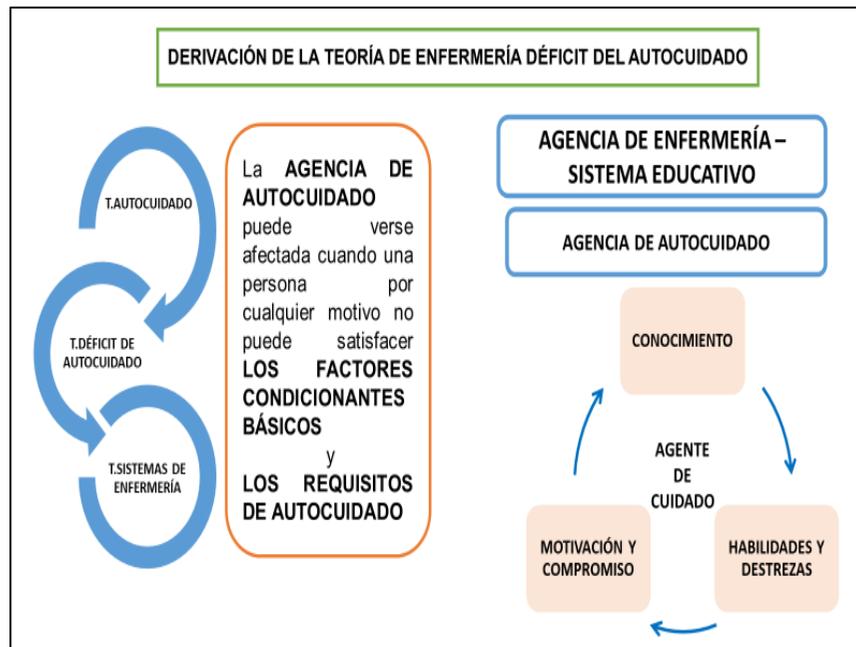
Sistema totalmente compensador: Es visible cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado por sí mismo, lo que implica una dependencia total. Un ejemplo de esto son los cuidados que se proporcionan a una persona inconsciente o postrada con limitaciones sensorias motoras.

Sistema de apoyo educativo: Son aquellas ocasiones en que la persona necesita orientaciones para llevar a cabo el autocuidado, por lo que la enfermera/o ayuda al paciente, mediante consejería, apoyo y educación, de la medida que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su propio autocuidado.

Estos sistemas de cuidado se deben individualizar y concretar en cada persona, lo que ayuda a determinar las intervenciones y actividades específicas a ejecutar, como también a evaluar los resultados de la aplicación de estas. Junto con esto, los sistemas ayudan a determinar el grado de participación de la persona para realizar su propio autocuidado y regular o rechazar el cuidado terapéutico, en donde estas pueden transitar de un sistema a otro, o inclusive, activar varios sistemas al mismo tiempo (85).

Dado lo anterior, la TEDA con sus tres sub-teorías: Autocuidado, Déficit de Autocuidado y Sistemas de Enfermería, direccionaron la presente investigación como se visualiza en la figura 2.

Figura 2. Derivación de la Teoría de Enfermería Déficit del autocuidado.



En esta figura se puede observar que cuando el Agente de cuidado no posee conocimiento, habilidades y destrezas, se ha perdido la motivación y el compromiso para satisfacer los Factores Condicionantes Básicos y los Requisitos de Autocuidado de la TEDA puede verse afectada su Agencia de Autocuidado (96).

II.2.2 Proceso de Enfermería (PE) y Taxonomía NANDA, NOC, NIC (TNNN)

El Proceso Enfermería es el método científico más documentado a nivel internacional y aceptado como el marco de la práctica en el ejercicio del cuidado idóneo. Fortalece los fundamentos de enfermería, permitiendo a los profesionales trabajar de forma sistemática y organizada, optimizar el tiempo y, con ello, favorecer el pensamiento crítico, reflexivo y brindar cuidados continuos e individualizados (97,98).

Entre los años 1950 -1960, un grupo de enfermeras de Estados Unidos y Canadá con diversa formación (clínicas, educadoras e investigadoras), sintieron la necesidad de utilizar un solo lenguaje denominado “lenguaje enfermero universal”. En el año 1973 la *American Nurse Association*, publicó los estándares para el Proceso de Enfermería, fortaleciendo así la práctica asistencial y a su vez desarrolló una herramienta básica con planteamiento de resultados humanos esperados, enfocados en el sujeto de interés y en intervenciones y actividades características de enfermería, enfocadas en el cuidado (99).

Así mismo, aportaron con conocimientos en la producción de un proceso guiado por taxonomías de Diagnósticos de Enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), denominando a estos diagnósticos como el juicio crítico para analizar las necesidades del individuo, familia, y comunidad. Junto a esta taxonomía se formulan los resultados humanos que el profesional de enfermería quiere obtener, los *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y también se incluyen las intervenciones que el profesional de enfermería ejecutará para lograr los resultados humanos, *Nursing Interventions Classification* (NIC). En la actualidad la taxonomía NANDA-NOC-NIC es un soporte para la profesión (97,98).

El cimiento del Proceso de Enfermería es la valoración de enfermería, que tiene por finalidad encontrar respuestas humanas alteradas que pueden ser reales, de riesgo, de promoción y de síndrome. Es una herramienta clave para

valorar las necesidades sentidas, subjetivas y objetivas, con el fin de analizar las necesidades humanas, plantear y ejecutar intervenciones efectivas en el cuidado, con calidad y calidez. Además, faculta la evaluación del proceso, permite contar con la decisión y participación de la persona, familia y comunidad, con la ventaja de que se puede aplicar en la práctica, en la docencia, la investigación y en la administración de enfermería (97,98).

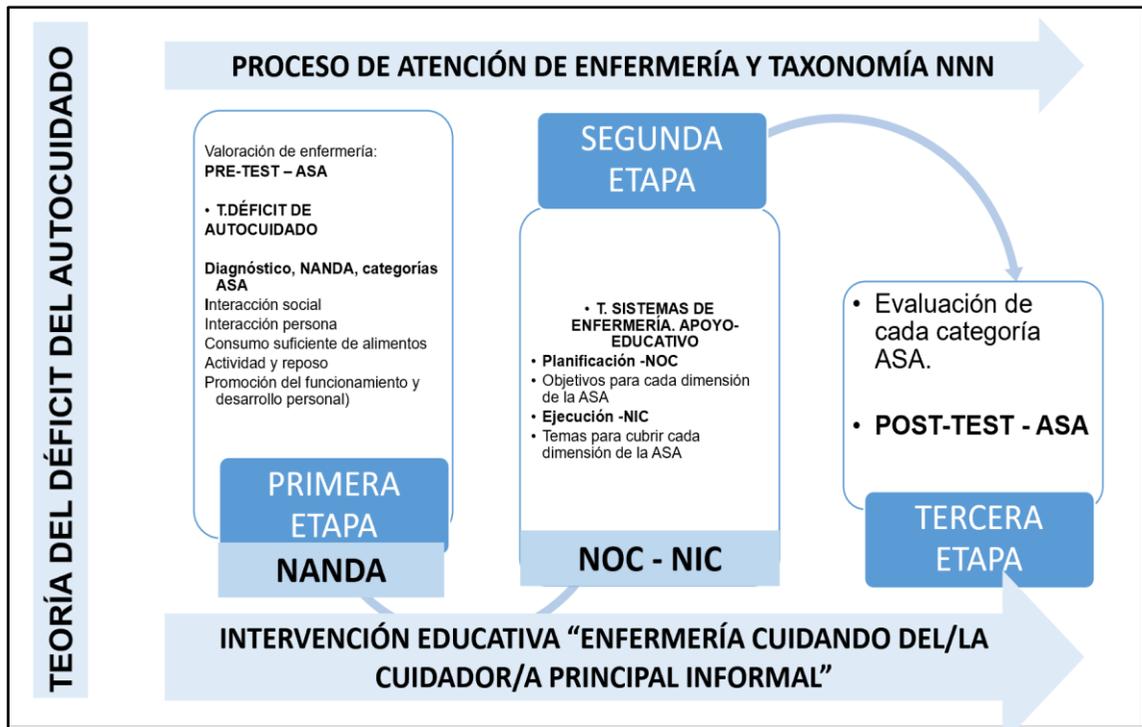
El Proceso de Enfermería, está compuesto por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación y se trabaja con la taxonomía NANDA para su fácil manejo. A su vez la NANDA, está compuesta por una etiqueta que va en orden alfabético y se le asigna un código numérico que permite que se agrupen por dominios/clases.

Descrito lo anterior, se puede señalar que la Teoría de Enfermería Déficit de Autocuidado sustenta la base conceptual de la ASA, que aplicada conjuntamente con el Proceso de Enfermería facultan el juicio clínico, el razonamiento crítico, la reflexión y direccionan la toma de decisiones y la selección de las intervenciones. Se demuestra su aplicabilidad en la práctica diaria de enfermería porque permite rescatar respuestas humanas alteradas con fundamento científico (100).

Así, en esta investigación, la Teoría de Enfermería Déficit del Autocuidado con sus tres subteorías, direccionó la construcción de un programa de intervención educativa, enfocado en el CPI, para que sea capaz de ejercer su Agencia de Autocuidado.

Tanto el rol del PE como el de las Taxonomías NNN y su vinculación con la ASA en el programa de intervención, se ilustra a continuación (Figura 3).

Figura 3. Aplicación de la TEDA, PE y Taxonomías NNN, para diseñar la intervención educativa.



En la figura 3 se puede apreciar cómo se articulan el TEDA, el Proceso de Enfermería, la Taxonomía NANDA, NOC y NIC y el programa de intervención educativa que se le denominó “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, construido en este estudio:

Primera etapa – Valoración y Diagnósticos NANDA: Se aplicó el pretest de encuesta biosociodemográfica y la escala ASA a las/os CPI para caracterizar al grupo, recoger información del nivel basal de Agencia de Autocuidado y conocer cómo cuidan de sí mismas/os. Del análisis de los datos obtenidos en la ASA surgieron los Diagnósticos de enfermería NANDA, seleccionados en base a las dimensiones afectadas de la Agencia de Autocuidado, teniendo en cuenta que la Teoría del Déficit de Autocuidado explica cómo, el profesional de enfermería puede ayudar para revertir este déficit.

Segunda etapa - Planificación NOC y Selección y Ejecución NIC: Se plantearon los objetivos (NOC) direccionados a mejorar cada una de las dimensiones afectadas de la ASA del CPI. La intervención educativa con los temas obtenidos en las NIC y actividades propuestas por la investigadora, fueron seleccionadas utilizando la Teoría de Sistemas de Enfermería Apoyo-educación.

Tercera etapa - Evaluación: Se realizó la evaluación de las dimensiones de la ASA posterior a la intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, es decir, la aplicación del pos-test.

II.3 Marco empírico

Se realizó una búsqueda bibliográfica destinada a recuperar producción científica de programas de intervención educativos para cuidadores/as principales informales basados en la ASA, entre el año 2016 al 2022, en diversas bases de datos: Web of Science, Pubmed, Scopus y, SciELO. Se utilizaron los descriptores DeCS/MeSH: Enfermería, ensayo clínico, autocuidado, cuidador, adulto mayor, Agencia de Autocuidado, terminología normalizada de enfermería; en idioma español, inglés y portugués, vinculados por los operadores AND y OR.

De los 1402 artículos de enfermería recuperados, la lectura de sus títulos y abstract permitió seleccionar 39. Luego de la revisión completa de estos, 16 fueron elegidos por su pertinencia y actualidad con relación a esta investigación. Aunque no se ha podido encontrar estudios relacionados con intervenciones dirigidas al mejoramiento de la Agencia de Autocuidado de cuidadores/as principales informales vinculados al Proceso de Enfermería y la taxonomía NNN, se relatan a continuación investigaciones con experiencias de intervención o ensayos clínicos basados en la Agencia de Autocuidado o en el autocuidado, en grupos de personas con diversos problemas de salud.

En el trabajo “Investigación del efecto del entrenamiento de autocuidado en la esperanza de vida y la calidad de vida en pacientes con cáncer gastrointestinal bajo radioterapia”, su autor Hekmatpou, señala que trabajaron

con 50 participantes seleccionados con muestreo por conveniencia y asignados al azar para conformar el grupo control y el de intervención, cada uno con 25 participantes. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de cáncer gastrointestinal no metastásico. La intervención se realizó de la siguiente manera: el grupo control llenó los cuestionarios para medir variables demográficas, calidad de vida y esperanza de vida, recibiendo la atención de rutina que le daba el médico radioterapeuta. El grupo de intervención, luego de llenar los mismos cuestionarios y recibir la atención de rutina, una enfermera administró una intervención educativa que incluyó tres sesiones de entrenamiento cara a cara de una hora. La primera educación se realizó antes que comenzara la radioterapia, la segunda sesión fue 7 días después de iniciar el tratamiento y la tercera sesión se aplicó a los 14 días después de iniciar el tratamiento. Cada sesión educativa estaba conformada por una consejería, un espacio de preguntas y respuestas y una presentación de diapositivas. Además, los pacientes contaban con un número telefónico en caso de inquietudes durante el tratamiento. La enseñanza fue en modalidad presencial en las tres sesiones y al finalizarlas se les entregó un folleto de capacitación, así como el número telefónico para el seguimiento posterior. Los materiales educativos se seleccionaron de acuerdo a las necesidades de autocuidado de los pacientes. El personal de enfermería era el responsable del desarrollo del programa. Los grupos fueron homogéneos en cuanto a las variables sociodemográficas. Después de la intervención, hubo un aumento significativo de la Agencia de Autocuidado en el grupo de intervención, en comparación con el grupo control ($p= 0,000$). Se concluyó que la educación sobre el autocuidado que recibió el grupo de intervención tuvo un efecto positivo, mejorando la esperanza y la calidad de vida de las personas con cáncer que recibían radioterapia (101). Este estudio aporta a la presente investigación respecto a los dos grupos y el número de participantes para cada grupo (25), además, evidencian que la intervención educativa ha mejorado exitosamente la Agencia de Autocuidado.

Bryant y Himawan, en el artículo “Programa de autocuidado para la insuficiencia cardíaca: efecto en los resultados”, describen un estudio de intervención, cuyo programa estuvo basado en pautas clínicas y elementos teóricos de la situación específica del autocuidado. Enfermeras capacitadas y certificadas seleccionaron a 67 participantes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca de los cuales, 28 personas no regresaron para realizar seguimiento. Se aplicó una encuesta para medir variables sociodemográficas y el índice inicial de autocuidado en insuficiencia cardíaca. Posteriormente se realizaron intervenciones de autocuidado dirigidas a cada participante en su domicilio. La visita inicial registró un tiempo promedio de 20 a 30 minutos, y luego las visitas, dentro de los tres meses siguientes o antes, tuvieron una duración de 15 a 20 minutos. De acuerdo al requerimiento del paciente, para todas las visitas se utilizó un calendario que detalla los contenidos a revisar: el conocimiento de la insuficiencia cardíaca, el autocontrol de los síntomas, la toma de decisiones con respecto a los síntomas y el tratamiento iniciado. Además, los pacientes disponían del número telefónico en caso de emergencia. Las conductas de autocuidado se evaluaron antes y después de la intervención. Aplicando las pruebas t de muestras pareadas, los resultados revelaron que hubo un aumento significativo en la puntuación de mantenimiento de autocuidado ($n=39$) ($t= -3.30$, $p=.002$), demostrando mejoría en la escala de mantenimiento de autocuidado (102). Este estudio, junto con avalar el aporte que poseen los programas de educación sobre el autocuidado en las personas, también señalan que evaluaron el autocuidado en dos tiempos, antes y después de la intervención al igual que la propuesta del estudio.

Dahmardeh y Amirifard (103), realizaron un ensayo clínico aleatorizado que tuvo como propósito evaluar el impacto de un programa de autocuidado basado en el modelo de Orem sobre la autoeficacia de los pacientes que sufrían esclerosis múltiple. Fueron seleccionados por muestreo a conveniencia 62 pacientes, y luego asignados aleatoriamente para conformar los dos grupos: de control y el de intervención, cada uno con 31 pacientes. Se ejecutaron 9 sesiones

de 45 min durante dos semanas de capacitación, considerando las necesidades de los participantes y basándose en el Modelo de Orem. El programa se desarrolló con conferencias y visualización de imágenes, además, se proporcionó contenido sobre la patología y las habilidades para el autocuidado. Asimismo, el instrumento utilizado fue una lista de verificación de autoinforme. Al finalizar la intervención se realizó capacitación a los dos grupos. La puntuación de autoeficacia, antes de la intervención, no reveló diferencias significativas en los dos grupos ($p = 0,75$), sin embargo, la puntuación media de autoeficacia en el grupo de intervención aumentó significativamente después de implementar el programa de capacitación de autocuidado ($p= 0.00$). De este estudio se recupera como útil, para la presente investigación, la metodología aplicada: estudio aleatorizado, para evaluar el impacto de un programa de autocuidado bajo el modelo de Orem, así como el diseño de dos grupos, y la intervención educativa.

Kaveh y col. (104), realizó un ensayo clínico con el propósito de medir el efecto de una intervención educativa en el aprendizaje del autocuidado en pacientes con asma. Los participantes de los grupos control e intervención fueron seleccionados por conveniencia y luego asignados aleatoriamente para conformar cada grupo con 30 y 31 participantes respectivamente. Aplicaron dos instrumentos: cuestionario sociodemográfico y una prueba de conocimiento sobre la enfermedad que fue validada por expertos. La intervención educativa sobre el autocuidado se desarrolló en tres meses y medio, con 5 sesiones educativas presenciales de 60 minutos, orientadas al autocuidado en el asma a través de diversas actividades: conferencias interactivas, sesiones prácticas, preguntas y respuestas, y apoyo con folletos educativos. Después, los dos grupos homogéneos en las variables sociodemográficas participaron nuevamente en la evaluación de conocimientos. Los resultados mostraron que, contrario a lo que resultó en el grupo control, en el grupo de intervención la media y la desviación estándar de la variable conocimiento tuvieron diferencias significativas entre el antes y el después de la intervención. Con estos resultados, también se confirma el éxito que tiene aplicar diversas modalidades de

capacitación en el autocuidado, con un tiempo de intervención parecida a la propuesta de la presente investigación, con la finalidad de asegurar efectos positivos en el manejo del autocuidado personal.

Nogueira y col. (105), realizaron un estudio cuyo propósito fue medir el efecto de un programa educativo en el empoderamiento del autocuidado para el cumplimiento de objetivos en diabetes. Con un diseño cuasiexperimental, realizado en cinco unidades de salud familiar de atención primaria, participaron 127 personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, considerando pérdidas, cambio de dirección, muerte y falta de interés de participar. El programa estuvo estructurado de acuerdo a un protocolo de comportamiento validado para Brasil, dividido en cinco etapas: 1) exploración del problema; 2) aclaración de sentimientos y significados; 3) desdoblamiento de un plano; 4) compromiso con una acción y 5) evaluación de la experiencia y plan. Realizaron diez encuentros educativos apoyados de metodologías y estrategias para motivar y reforzar el autocuidado en la diabetes. El instrumento utilizado fue la escala de empoderamiento (DES-SF). Los resultados mostraron que la probabilidad global de cumplimiento de los objetivos en el grupo con la puntuación más alta en la potenciación es 2,98 veces más que el grupo con puntuación más baja de la potenciación (IC del 95%: 1,30 a 6,86). Este estudio refuerza la importancia de realizar programas de intervención de enfermería para mejorar el autocuidado; al mismo tiempo el que se planifique una intervención en base a un protocolo, que parta de un problema y termine con una evaluación. Estos elementos fueron considerados en la presente investigación porque permitieron organizar la intervención en base a necesidades.

Elías-Viramontes y González-Juárez (106), realizó un estudio de intervención educativa de enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con diabetes tipo 2, de tipo cuantitativo, de diseño cuasiexperimental, en dos grupos: experimental y de comparación. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la selección fue aleatoria simple,

conformada por 40 personas para el grupo experimental y 32 para el grupo de comparación. Se aplicaron tres instrumentos: 1) cuestionario sociodemográficas basado en los factores condicionantes básicos de Orem; 2) la variable del autocuidado de los pies se midió a partir de escalas; 3) los datos de glicemia fueron tomados de la historia clínica considerando los valores más recientes reportados por el laboratorio. La intervención fue educativa aplicada en seis meses. Los resultados indicaron que en la dimensión autocuidados para prevenir el pie diabético, el grupo experimental presentó un incremento del 30% en el nivel alto. Los autores concluyeron que una intervención educativa con fundamento teórico y estrategias dinámicas, participativas e interactivas son determinantes para comprender la importancia de las prácticas de autocuidado; aporte que respalda metodología y la intervención del presente estudio relacionado con la Agencia de Autocuidado.

Zandinava y col. (107), elaboraron un ensayo clínico para medir el efecto de un paquete educativo sobre el comportamiento de autocuidado, la calidad de vida y los niveles de glucosa en sangre en mujeres embarazadas con diabetes gestacional, realizado en el hospital Tohid en Sanandaj en Irán. Se asignó de forma aleatoria a las 42 mujeres participantes con diabetes gestacional, tanto para el grupo control y de intervención. Se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos: cuestionario de características sociodemográficas, el cuestionario de conductas de autocuidado y el cuestionario de calidad de vida para el embarazo (QOL-GRAV), todos aplicados mediante una entrevista. El programa de educación sobre el autocuidado en diabetes se desarrolló en un mes ejecutando una sesión por semana. Al terminar la primera sesión las pacientes intervenidas recibían un folleto con información sobre la diabetes. Las sesiones educativas se realizaron en grupos de 7 a 14 participantes. El grupo control recibió sólo atención prenatal de rutina. Destacan en sus resultados que la conducta del autocuidado fue significativamente más alta en el grupo experimental que en el grupo control y concluyen que proporcionar un programa de intervención educativa mejora el comportamiento del autocuidado. Esta

investigación respalda la propuesta de un programa de intervención de enfermería estructurado por etapas.

Riegel (108), en el estudio cualitativo “Mecanismos de cambio en el autocuidado en adultos con insuficiencia cardíaca que recibieron una intervención de entrevista motivacional y personalizada”, incluyeron a 41 participantes que fueron beneficiarios de la intervención, la cual comenzó con una visita domiciliaria donde la enfermera realizó una intervención motivacional con la finalidad de apoyar a los participantes a identificar al menos dos objetivos que aporten a mejorar su autocuidado. La intervención se basó en los datos obtenidos en el índice de autocuidado, y posterior a su aplicación se continuó con un número de llamadas telefónicas de 3 a 4 para el seguimiento de tres meses. En sus resultados expusieron que el grupo intervenido mejoró las puntuaciones de autocuidado, que medía el mantenimiento del autocuidado, la gestión del cuidado y la confianza en el cuidado personal, lo que evidencia que una intervención educativa incide positivamente en las personas y los motiva a realizar acciones de autocuidado.

Vázquez y col. (109), aplicaron una estrategia educativa y midieron la capacidad de autocuidado en personas con diabetes mellitus, en un estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal. Participaron 36 personas con diagnóstico de diabetes mellitus que asistían a control en unidades de salud de Guanajuato, México. Entre los instrumentos aplicados se incluyeron datos personales, la escala de Capacidad de Autocuidado y un instrumento para identificar los conocimientos sobre la DM. Ejecutaron una estrategia educativa que abordó generalidades sobre la DM apoyados con material didáctico, el cual en su mayoría contenía imágenes alusivas al tema, para facilitar la comprensión y despertar el interés de las personas. Realizada la evaluación pos-test, los pacientes con DM2 no registraron un nivel de conocimientos sustancial, sin embargo, el 41.6%, es decir, 15 participantes mostraron una muy buena capacidad de autocuidado. Los autores concluyeron que las estrategias

educativas deben considerar las características individuales de cada persona con la finalidad de incrementar su capacidad de autocuidado.

Chapman y col. (110), realizaron el estudio “Efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del autocuidado del paciente diabético”. Se trató de un estudio cuasi experimental de intervención educativa en 36 pacientes diabéticos en Cuba, durante un periodo de cuatro meses. La intervención se ejecutó en tres etapas: 1) diagnóstico: se aplicó un cuestionario sociodemográfico que contenía preguntas que permitían medir el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la DM, antes y después de la intervención educativa; 2) intervención: se ejecutó un programa con el uso de la técnica inicial de familiarización, exploración individual del conocimiento, integración del conocimiento, colectivización, formulación de los objetivos, temas a impartir, implementación de técnicas de análisis y reflexión, además se utilizó la retroalimentación para comprobar el cumplimiento de objetivos. El programa estaba diseñado con conferencias y talleres para tres grupos, con una duración de 2 horas, dos veces por semana para cada grupo, los contenidos se orientaron al tema de la diabetes mellitus y el autocuidado; 3) evaluación: los autores observaron que la intervención educativa fue efectiva para modificar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, el cuidado y el autocuidado que tenían los pacientes diabéticos estudiados. El aporte de este estudio está en el periodo de intervención y en el desarrollo de un programa en tres etapas.

Sillas y col. (111), en el año 2017 presentan un estudio de caso “Proceso de Enfermería y cáncer de mama”. Las autoras trabajaron con el Proceso de Enfermería aplicando las taxonomías NNN y la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, con la finalidad de mejorar el cuidado, lograr la unificación de criterios, y utilizar un lenguaje estandarizado para el personal de enfermería. Estudio de caso en el cual valoraron la satisfacción de los factores condicionantes básicos y los requisitos de autocuidado universales enunciados por la TEDA. La autora concluye que, el PE aplicando las taxonomías NANDA

NOC NIC y la Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado de Dorotea Orem, permiten mejorar el cuidado, unificar criterios y comunicarse con un lenguaje estandarizado. Para la presente investigación este estudio permitió observar el valor que tiene el vincular la teoría de Orem con el Proceso de Enfermería y la taxonomía NANDA, para intervenir en el déficit de autocuidado de forma organizada y sistematizada.

Sánchez (112) en el 2015, en su estudio “Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la Agencia de Autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud” con dos fases la primera descriptiva y la segunda cuasiexperimental, con dos grupos: de intervención (n=22) y control (n=22), los instrumentos utilizados, Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) y Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+). Se comprobó la efectividad de un programa de intervención basado en la Agencia de Autocuidado de Orem vinculado al Proceso de Atención de Enfermería. Sus resultados informaron un aumento significativo en la ASA y en la salud mental positiva de los participantes después de haber recibido el programa de intervención. Este estudio confirma que la teoría de Orem se complementa con el Proceso de Enfermería, ambas entidades consideradas en la presente investigación.

El estudio de Fernández y col. (113) fue un ensayo clínico aleatorizado, en el cual participaron usuarios de entre 30 a 80 años, que tenían acceso a teléfonos fijos o móviles. Las intervenciones telefónicas fueron realizadas mensualmente por una enfermera, 210 usuarios con diabetes, vinculados a ocho Unidades Básicas de la Salud de Belo Horizonte-Brasil. El grupo experimental (104 usuarios) recibió seis intervenciones telefónicas en seis meses de acompañamiento; el grupo control (106 usuarios) recibió acompañamiento convencional. Las intervenciones telefónicas siguieron un protocolo previamente establecido y el efecto promedio de los puntajes de autocuidado en el grupo experimental fue de 1,03 a 1,78 mayor que el grupo control, presentando mejoría

progresiva y significativa (valor- $p < 0,001$). En este estudio se observa que la intervención telefónica mejoró el autocuidado del paciente con diabetes y es una modalidad aplicable para una intervención educativa.

Mohaddeh y col. (114), estudió el impacto de la tele-enfermería en la carga a corto plazo del cuidador de pacientes con insuficiencia cardíaca dados de alta en hospitales de Irán. Realizaron un ensayo clínico aleatorizado (ECA) entre los años 2018 -2019. El grupo de intervención recibió al momento del alta entrenamiento de rutina, atención con videos y fotos relacionadas a través de las redes sociales cada dos días durante 1 mes. El grupo de control recibió solo entrenamiento de rutina al alta. Entre los resultados se observó una diferencia significativa en los 2 grupos después del estudio, favorable al éxito de la teleenfermería para disminuir la carga del cuidador. Aun cuando la variable medida no tiene relación con el presente estudio, estos resultados permitieron observar que la educación en modalidad virtual es exitosa y puede ser aplicada para modificar conductas favorables al autocuidado.

Galicia Aguilar y col.(115) estudiaron el “Efecto de un programa educativo: e-continuidad de cuidados domiciliarios a pacientes con COVID-19” diseño del estudio fue cuasi-experimental, en 23 pacientes con diagnóstico de COVID-19 y sus cuidadores principales, que estaban en aislamiento domiciliario. Se realizaron 3 fases: 1) Fase de diagnóstico, donde con la ayuda de un cuestionario de Zhong, se midió conocimiento, actitudes y prácticas hacia el COVID-19. 2) Fases de planeación e implementación del programa en la cual se realizaron 5 sesiones, dos veces por semana, cada intervención de 30 minutos y durante un mes. Las sesiones fueron talleres con el uso de material educativo audiovisual y visual y con el apoyo de plataformas digitales como Zoom, Meet, Genially, Youtube, y Whatsapp este último fue utilizado como una estrategias para reforzar conocimiento. 3) evaluación. El programa educativo demostró efectividad estadísticamente significativa. Aun cuando la variable medida no tiene relación

con el presente estudio, este estudio aporta con la modalidad de la intervención que utilizó varias plataformas digitales con éxito.

Aun cuando las variables ya estaban elegidas durante la prueba piloto surgió en las entrevistas el fenómeno de la violencia que puede estar ocurriendo en el cuidador y adulto mayor. Por la experiencia de la investigadora y la revisión de la literatura se decidió incorporar esta variable en el estudio, ya que es un factor que podría estar influyendo en el cuidado propio del cuidador y en el cuidado al otro. Así, Paz-Rodríguez y Sánchez-Guzmán (116), estudiaron “Identificación de variables predictoras de violencia en díadas paciente-cuidador de cuatro enfermedades neurológicas”, estudio transversal, realizado entre diciembre 2009 a marzo 2011, con una población de estudio de 185 díadas con 4 patologías neurológicas. Aplicaron un cuestionario diseñado para investigar la variable auto-reporte de violencia y variables asociadas: depresión y ansiedad, calidad de vida, apoyo social, percepción de control, hostilidad y ayuda, violencia económica, y maltrato en la infancia, además, variables biosociodemográficas del cuidador. En los resultados se evidenció que la prevalencia de violencia reportada por los cuidadores fue del 66,5%; por severidad: riesgo de violencia 51,2 %, sufre violencia 37,4% y un 11,4% informan violencia severa. Así mismo, los pacientes reportan un 65,9% de prevalencia de violencia, 49,2% violencia severa, 41,8% manifiesta sufrir violencia.

De lo expuesto, se puede concluir que los programas de intervención educativa son exitosos en mejorar los niveles de la Agencia de Autocuidado, independiente del tipo de pacientes, edad, patología y técnica utilizada. Se consideró la teoría, experiencia y resultados de las investigaciones realizadas en este tema, y de manera especial el diseño metodológico aplicado: diagnóstico, intervención y evaluación. La presente investigación apuntó a mejorar la Agencia de Autocuidado en un grupo específico de personas: cuidadores/as principales informales (62), que son Agentes de Autocuidado y a su vez Agentes de cuidado del dependiente.

Del mismo modo, se observa que las intervenciones exitosas han tenido un período de aplicación en un rango entre 1 a 12 meses, lo que permite suponer que lo importante no es el mayor tiempo de duración de la intervención, sino las diversas modalidades educativas aplicadas.



III. CAPITULO: VARIABLES

Las variables del estudio se basan en la búsqueda bibliográfica que recupera la producción científica de programas de intervención educativos para cuidadores/as principales informales basados en la ASA. Además, la Teoría de Enfermería Déficit de Autocuidado (TEDA), reconoce como agente de cuidado dependiente, a quien proporciona cuidados (CPI), a aquella persona que, no puede satisfacer las necesidades de los requisitos universales y factores condicionantes básicos, lo que le impide realizar su autocuidado. El marco empírico valida el uso de la escala Agencia de Autocuidado-ASA, por ser un instrumento que recoge de forma clara y precisa los conceptos del autocuidado que propone Orem, utilizado en varios estudios. Por expuesto, en la presente investigación se consideró medir, en los CPI, las variables señaladas en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables del estudio

Intervención educativa	Programa "Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales".
Teoría Déficit de Autocuidado (TEDA)	<p>Agencia de Autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacción social • Interacción personal • Consumo suficiente de alimentos • Actividades y reposo • Promoción del funcionamiento y desarrollo personal
Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Nivel de educación • Lugar de residencia • Estado civil • Parentesco con el adulto mayor • Integrantes del grupo familiar • Relación de la vivienda del cuidador con la del AM
Características del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo para el cuidado del adulto mayor • Tiempo de cuidado en años • Tiempo en horas de dedicación al cuidado • Percepción del nivel de cuidado • Actividades que realiza durante el cuidado • Seguro social por el cuidado • Tiempo de descanso

Percepción de la Salud del cuidador y presencia de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de la salud antes del cuidado • Percepción actual de su salud • Enfermedades crónicas diagnosticadas
Efectos del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos emocionales del cuidado • Presencia de maltrato

Definiciones nominales y operacionales de las variables. Anexo 1



IV. CAPITULO: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

IV.1 Objetivo General

Evaluar el efecto de la intervención educativa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría en el Hospital de Atención Integral del Adulto mayor, Quito-Ecuador, 2021.

IV.2 Objetivos específicos

Para la etapa descriptiva se plantean los siguientes objetivos:

1. Describir el perfil sociodemográfico del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto mayor, Quito-Ecuador, 2021.
2. Identificar las características del cuidado que realiza el cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto mayor, Quito-Ecuador,2021.
3. Conocer la percepción de la salud y los efectos del cuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador,2021.
4. Describir el nivel basal de la Agencia de Autocuidado en el cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador,2021.

Para la etapa inferencial se plantean los siguientes objetivos:

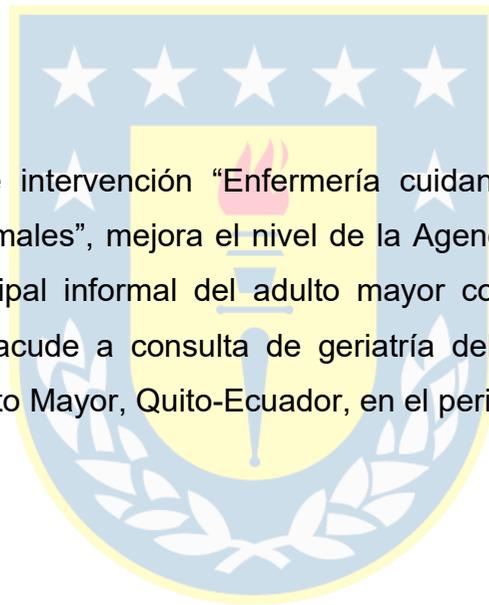
5. Identificar de los factores sociodemográficas, del cuidado, de percepción de la Salud del cuidador, de presencia de enfermedades y los efectos del

cuidado, aquellas variables que se relacionan con la Agencia de Autocuidado basal del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador,2021.

6. Determinar el efecto de la intervención educativa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” en cada dimensión de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador,2021.

IV.3 Hipótesis

- El programa de intervención “Enfermería cuidando de los cuidadores principales informales”, mejora el nivel de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador, en el periodo 2021.



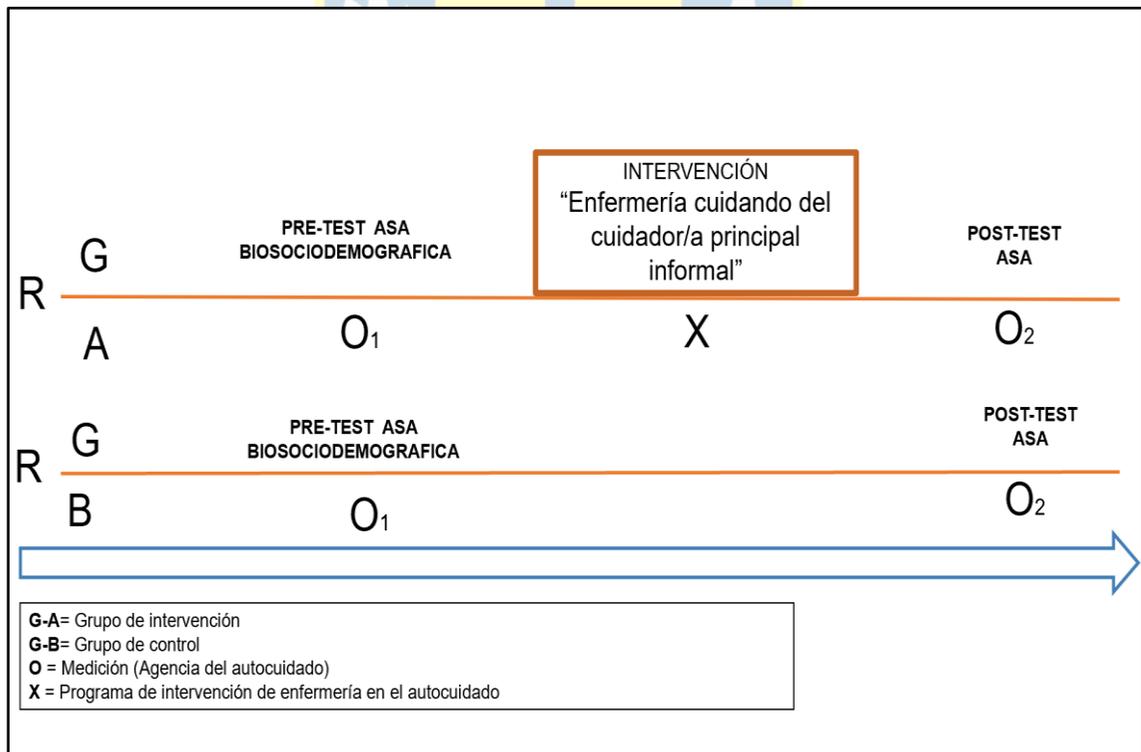
V. CAPITULO: MATERIALES Y MÉTODOS

V.1 Tipo de estudio y diseño

La presente investigación fue de abordaje cuantitativo, diseño experimental (117), con asignación aleatoria simple, de intervención educativa con pre-test y pos-test, con dos grupos, uno experimental y otro de control (118).

Con la finalidad de medir y comparar el efecto del Programa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” (variable independiente), sobre la variable dependiente Agencia de Autocuidado con sus dimensiones: interacción social, interacción personal, consumo suficiente de alimentos, actividad y reposo, promoción del funcionamiento y desarrollo personal, se evaluó la diferencia entre las mediciones de la Agencia de Autocuidado: pre-test (O1), y la medición final o pos-test (O2), en cada grupo (Figura 4).

Figura 4. Diagrama de la intervención educativa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”



V.2 Lugar de estudio

El escenario específico para la investigación fue el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM), unidad de salud pública, tipo especializado en la atención al adulto mayor, que está ubicado en la ciudad de Quito, capital de Ecuador.

El HAIAM brinda atención por consulta externa y hospitalización, cuenta con el soporte humano especializado en salud. Las áreas de consulta externa son: Geriátrica, Medicina Interna, Medicina Familiar, Neurología Clínica, Medicina Física y Rehabilitación, Nutrición, Odontología, Salud Mental (Psicología, Psiquiatría) y Hospital del Día (Talleres: funcional, fragilidad, caídas y memoria) (119). El HAIAM es el lugar donde los cuidadoras principales informales acuden con los adultos mayores que requieren atención en salud.

V.3 Unidad de análisis

Cuidador o cuidadora principal informal (CPI) de adultos mayores con dependencia leve y moderada que estuvieron registrados en la consulta de geriatría del HAIAM en el periodo 2021.

V.4 Población y plan de muestreo.

En el contexto de la pandemia que vivió Ecuador en el año 2020 al igual que el mundo reportó una alta mortalidad de adultos mayores, prevalencia que influyó en que muchos CPI se quedaran sin ejercer esta función. Por tal situación y para evitar el contagio, muchas familias decidieron trasladar a sus adultos mayores a provincias, lo que ocasionó una disminución del número de consultas en el HAIAM y por ende disminuyó el número de CPI a considerar como población de estudio 153 (120).

Reconociendo las experiencias de investigaciones relatadas en el marco empírico, el tamaño de la muestra se estableció principalmente a partir de los

resultados del estudio “Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadoras informales”, realizado en Chile por Espinoza donde la mediana correspondió a 70,4 y la DE fue de 12,5 (62). Estos valores obtenidos fueron ingresados a una matriz preestablecida del programa STATA 10.0, con un 95% de confianza, una potencia del 80%. Además, se contempló un margen de error de 5 unidades, admitiendo un 30 % de abandono en el periodo de estudio. Con estas consideraciones se decidió trabajar con un tamaño muestral mínimo de 20 CPI para cada grupo (121).

V.5 Criterios de inclusión y exclusión

Fueron incluidos:

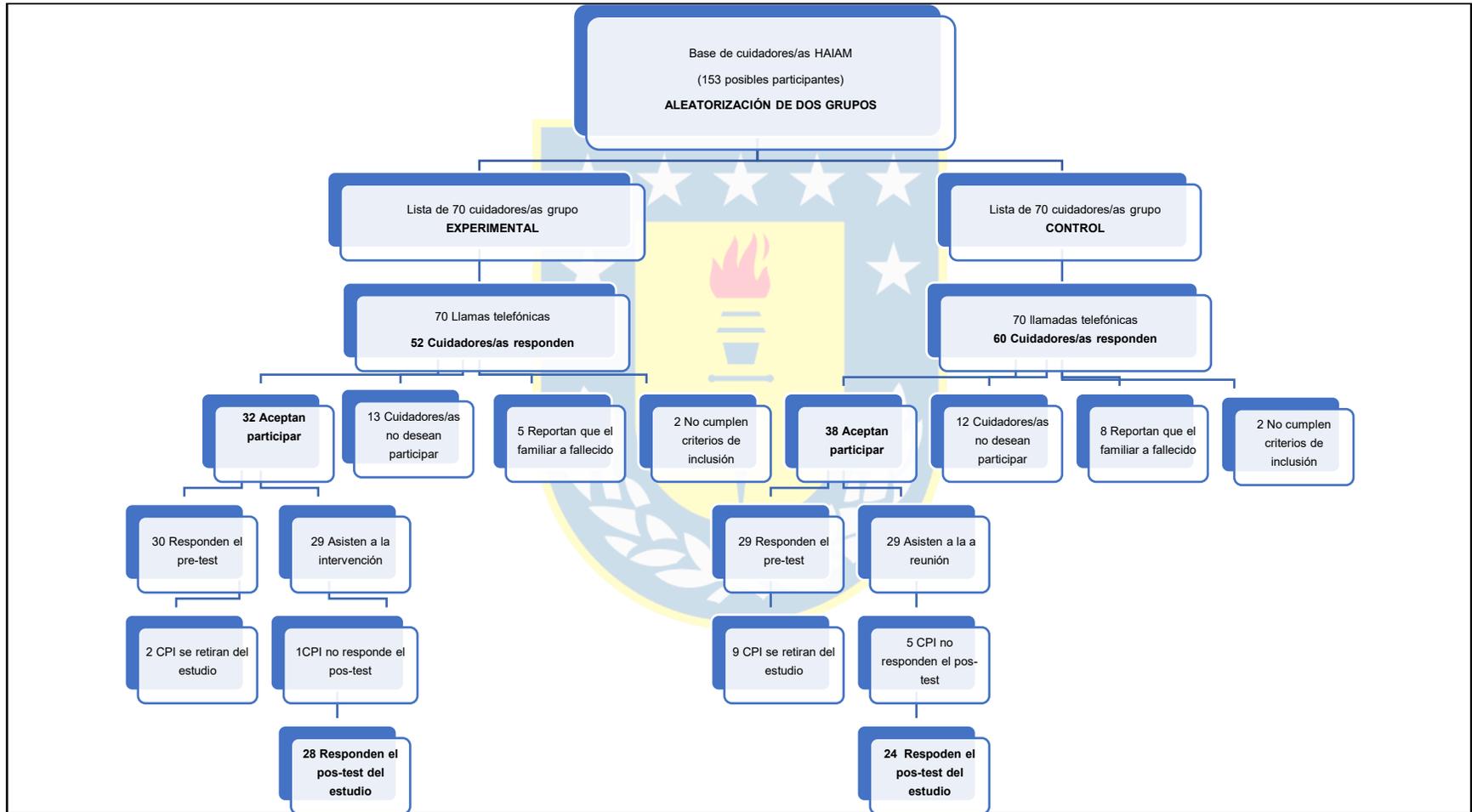
- Aquella persona que, siendo CPI, es decir, responsable del cuidado diario del adulto mayor, encargada/o de ayudar en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, no tuviera capacitación previa para el cumplimiento de esta labor (87).
- Todos los CPI que estuvieran registradas en el HAIAM. Si estaba registrada se consideró que el adulto mayor tuviera una dependencia leve o moderada.
- Los CPI que dispusieran de tecnología con accesibilidad a una red de Internet, que tuvieran instalada la plataforma Zoom y en capacidad de utilizar la misma, porque la intervención sería virtual (122).
- Personas de 18 años o más, consideradas mayores de edad según el Código Civil Ecuatoriano (123).
- CPI dedicado/a al cuidado del adulto mayor con dependencia leve o moderada en un tiempo de a seis meses o más a la fecha de hacer la investigación (124).
- Fueron excluidos los cuidadores/as que:
 - Poseían un título formal profesional o técnico en enfermería o salud.
 - Recibían una remuneración económica por el cuidado (125).
 - Tenían problemas físicos, mentales, emocionales que les impidiera responder los instrumentos del estudio (126).

- Fueran cuidadores/as de adultos mayores con dependencia grave, debido a que ellos acuden al servicio de emergencia u hospitalización, por la condición de salud del Adulto mayor (127).
- Hayan participado en el último trimestre en programas de promoción de la salud o que estuvieran participando en el momento del estudio.
- Fueran cuidadores/as secundarios, es decir, persona de apoyo, que ayuda o suple al cuidador principal cuando este lo requiera, debido a que no están en las mismas circunstancias en cuanto a responsabilidad y tiempo de cuidado (128).

A continuación, se describe el algoritmo para llegar a conformar los grupos de estudio (Figura 5)



Figura 5. Flujograma para conformar grupos para estudio



V.6 Recolección de datos

Los instrumentos que midieron las variables del estudio y técnicas de recolección de datos se describen a continuación:

V.6.1 Encuesta biosociodemográfica

La encuesta presentó 4 preguntas abiertas y 16 cerradas. Se consideró algunos ítems de la “Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica”, instrumento validado con variables necesarias para poder caracterizar la diada en el contexto de América Latina, por la pertinencia con la presente investigación (129,130).

Considera tres bloques de variables: 1) Características sociodemográficas para medir: sexo, edad, nivel de educación, lugar de residencia, estado civil, parentesco, número de integrantes del grupo familiar y relación de vivienda con el adulto mayor; 2) Características del cuidado para medir: Apoyo en tiempo para la actividad del cuidado del adulto mayor, tiempo de cuidado en años, tiempo de cuidado en horas, percepción de esfuerzo físico, psicológico y tiempo del nivel de cuidado que brinda al adulto mayor, actividades que realiza durante el cuidado, beneficio del seguro social por el cuidado y tiempo de descanso; 3) Salud del cuidador: percepción de la salud antes del cuidado, percepción actual de su salud, enfermedades crónicas diagnosticadas del cuidador/a, efectos emocionales del cuidado y presencia de algún tipo de maltrato. Anexo 2

V.7 Control de calidad de los datos

V.6.2 Escala de Agencia de Autocuidado (*Self-Care Agency Scale*)

La trayectoria de los instrumentos que miden y evalúan el autocuidado y se basan en la Teoría de Enfermería Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem es amplia y se expone en la Tabla 2. (131)

Tabla 2. Instrumentos que miden Autocuidado basadas en TEDA

Instrumentos	Dimensiones	Tipo de escala
<i>The exercise of Self-Care Agency (ESCA)</i> (131)	Autoestima, Respuesta activa hacia respuestas pasivas a situaciones, Conocimientos, Motivación.	Likert
<i>The Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI)</i> (131)	Capacidad para tomar decisiones, Valoración relativa de la salud, Conocimientos, Niveles de energía física, Sentimientos, Atención a la salud	Likert
<i>The Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI)</i> (131)	Nutrición y salud, Descanso e interacción social	0-100
<i>The Perception of Self-Care Agency Questionnaire (PSCA)</i> (131)	Motivación, Capacidades cognitivas para tomar decisiones, Limitaciones cognitivas, Capacidad de movimiento, Repertorio de habilidades	Likert
<i>The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA)</i> (131)	Combina el poder de los componentes de autocuidado con la capacidad para desempeñar operaciones de autocuidado	Likert
<i>Dependent Care Agent Questionnaire (DCA)</i> (131)	Requisitos de autocuidado, Responsabilidad social, Interacción social	Likert
<i>Self –As – Carer Inventory (SCI)</i> (131)	Conocimiento de sí mismo, Juicio y decisiones que afectan la producción del autocuidado, Conciencia de sí mismo, Habilidades físicas y satisfacción con las actividades de autocuidado	Likert
<i>The Mental Health-Related Self-Care Agency Scale (MHSCA)</i> (131)	Capacidad para mantener la atención, vigilancia del ejercicio, uso controlado de la	Likert

	energía, motivación, capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de sí mismo y para adquirir conocimientos técnicos, repertorio de habilidades cognitivas y perceptivas, capacidad para ordenar acciones de autocuidado	
Cuestionario basado en la Teoría de Orem (131)	Nutrición, descanso, sueño, forma física, actividad, manejo del estrés, apoyo social, seguridad ambiental, calidad de vida y permanecer activo e independiente.	Preguntas abiertas
Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) (131)	Requisito de autocuidado	Likert



La medición de la Agencia de Autocuidado fue desarrollada en Holanda en el año 1986 por Evers e Isenberg, seguidoras de Orem e integrantes del grupo de la Conferencia de Desarrollo de la Enfermería (NDCG), dedicado al estudio de la Agencia de Autocuidado. Este instrumento permite medir los elementos del autocuidado definidos en la Teoría de Dorothea Orem, y combina el poder de los componentes de autocuidado con la capacidad para desarrollar las operaciones de autocuidado. Originalmente planteada en idioma inglés, ha sido traducida en varios países de Europa, Asia Oriental y Latinoamérica (98). En 1998 fue traducida y validada por primera vez en el idioma español en México, y esa versión consta de 24 ítems y 5 alternativas de respuesta tipo Likert (100).

Particularmente en esta investigación se aplicó *The Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA), en su segunda versión en español adaptada para población de Colombia con 5 opciones de respuesta tipo Likert (100). La ASA evalúa la agencia que posee la persona para el autocuidado a través de cinco dimensiones: 1) interacción social; 2) interacción personal; 3) consumo suficiente de alimentos; 4) actividad y reposo; y 5) promoción de la funcionalidad y desarrollo personal (100). La puntuación va de 1= nunca, siendo el valor más bajo, y 5= siempre que es el valor más alto para puntuar cada dimensión.

El instrumento cuenta con validez conceptual en la traducción (100), validez del contenido con propiedades psicométricas válidas y adecuadas, además, demostrada alta confiabilidad y validez externa (132). Asimismo, posee la ventaja de ser autoadministrado o aplicado por otra persona, y ostenta aceptación por investigadores/as de enfermería a nivel internacional, con un Alpha de Cronbach entre 0,74 - 0,89. Ha demostrado ser válida y confiable en diversos tipos de población y en varios países, datos que se evidencian en los estudios mencionados a continuación, desde el año 2015 hasta la fecha (Tabla 3).

Tabla 3. Estudios de los últimos 5 años que realizan la fiabilidad de la ASA

Investigación	Lugar / idioma	Muestra / unidad de análisis	N° items	Fiabilidad
Rocha et al. 2015 (133)	México /Español	n= 281 individuos	24	S/I
Leiva et al. 2016 (134)	Costa Rica/ Español	n= 105 adultas	24	0,84
Leiva et al. 2016 (132)	Costa Rica/ Español	n= 106 crónicos	24	0,84
Morales, Flórez. 2016 (135)	Colombia/ Español	n= 133 adolescentes	24	0,74
Gutiérrez, Gómez, Ochoa. 2018 (50)	Colombia/ Español	n= 61 cardiopatía	24	0,74
Rodríguez-Gómez et al. 2018 (136).	Colombia/ Español	n= 187 estudiantes	24	0,74
Espinoza, Espinoza. 2018 (137).	Chile/ Español	n= 50 enfermeras/os	24	0,81
Samaniego-Lomelia et al. 2018 (138)	México/ Español	n= 50 en hemodiálisis	24	0.79
Gutiérrez, Gómez. 2018 (50)	Colombia/ Español	n= 61 con cardiopatía	24	0,74
Ademe et al. 2019 (139)	Etiopía/ Inglés	n= 309 hipertensos	15	0,89

Se seleccionó la Escala Agencia de Autocuidado-ASA, por ser un instrumento que recoge de forma clara y precisa los conceptos del autocuidado que propone Orem (132) y ha aplicado de forma autoadministrada (100). Las cinco dimensiones se describen a continuación:

Interacción social: entendida como la capacidad de solicitar ayuda a las personas cercanas/allegadas en los momentos en que se los necesite. Puede presentar una cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social. Evaluada por las preguntas 12 y 22.

Interacción personal (Bienestar personal): capacidad que tienen las personas de averiguar, indagar y reflexionar por conseguir respuestas sobre el autocuidado. Evaluada por las preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23.

Consumo suficiente de alimentos: capacidad de cambiar hábitos alimentarios, dieta equilibrada y suficiente para satisfacer las necesidades del individuo con el fin de mantener el peso corporal. Evaluada por la pregunta 9.

Actividad y reposo: evalúa la producción y conservación de energía, considera los factores humanos, ambientales y condiciones específicas que interfieren en el equilibrio entre la actividad y reposo. Evaluada por las preguntas 3, 6, 11, 13 y 20.

Promoción del funcionamiento y desarrollo personal: es la capacidad que utiliza la persona en la adaptación al ambiente y las circunstancias para proporcionar su propio cuidado personal. Se consideran todas las actividades y modificaciones que la persona dirige hacia sí misma para el mantenimiento de la vida, promueve el progreso humano. Evaluada por las preguntas 1, 10, 18 y 24. (100,134,140)

El puntaje global mínimo es 24 puntos y el máximo 120, para la interpretación de la ASA se consideró la siguiente distribución de puntajes (65):

- Agencia de Autocuidado Alta= puntaje igual o mayor que 97 puntos.
- Agencia de Autocuidado Media= puntaje entre 49 y 96 puntos.
- Agencia de Autocuidado Baja= puntaje igual o menor a 48 puntos.

Anexo 3

V.7.1 Adaptación cultural de la escala de Agencia de Autocuidado

Se solicitó a dos personas expertas en el área de geronto-geriatría que analizaran la comprensión de los ítems del instrumento ASA (141). Las observaciones se señalan en la Tabla 4.

Tabla 4. Respuesta expertos en la comprensión del ASA

Expertos	Observaciones
Geronto-geriatría Anexo 14.1	<i>“Me parece pertinente que se realicen ajustes en el lenguaje para algunos cuidadores/as cuyo nivel de preparación es escaso”</i>
Geriatría Anexo 14.2	<i>“La escala está muy bien aplicada, solo que se debe colocar el objetivo o propósito de la validación de la escala del cuidador dirigido al adulto mayor”</i>

Dando respuesta a la primera experta se solicitó el análisis de tres expertos en lengua y lingüística que evaluaron errores sistemáticos, de interpretación, de estilo y significados ambiguos para la población ecuatoriana, debido a diferencias culturales y de lenguaje. Un cuarto experto vinculó las sugerencias en la adaptación cultural de la escala Agencia de Autocuidado (ASA) en Ecuador, instrumento que se utilizó para el análisis de confiabilidad, validez y para el desarrollo del estudio. Los cambios realizados son en las preguntas: 3, 7, 8, 10, 16, 19.

A continuación, se puede ver los aportes de los expertos para la adaptación cultural (Tabla 5)

Tabla 5. Aportes de expertos a la adaptación cultural

Expertos	Pregunta	Aportes a la adaptación cultural
Lengua y lingüística Anexo 15.1	3	<i>“Significados ambiguos”</i>
	7	<i>“El término formas es un error de interpretación”</i>
	8	<i>“El término frecuencia causa un error sistemático”</i>
	10	<i>“Error que distorsiona el mensaje”</i>
	16	<i>“Error lexical”</i>
Lengua y lingüística Anexo 15.2	3	<i>“Si tengo problemas para moverme o desplazarme, busco ayuda”</i>
	7	<i>“Busco mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora”</i>
	8	<i>“Cambio la frecuencia del baño diario”</i>
	10	<i>“Cuando hay situaciones que me afectan manejo de manera que pueda mantener mi manera de ser”</i>
	16	<i>“He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud”</i>
Lengua y lingüística Anexo 15.3	3	<i>“Me las arreglo para conseguir ayuda si tengo problemas para moverme o desplazarme”</i>
	7	<i>“Puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud”</i>
	8	<i>“Para mantenerme limpio, me baño frecuentemente”</i>
	10	<i>“En situaciones que me afectan mantengo mi forma de ser”</i>
	16	<i>“A fin de mejorar mi salud, he cambiado hábitos que tenía muy arraigados”</i>
	19	<i>“Evaluó lo que hago para mantener mi salud”</i>

Tabla 6. Adaptación cultural Ecuador de la escala ASA

Pregunta	Escala Original	Escala adaptación cultural
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	Si tengo problemas para moverme o desplazarme, busco ayuda.
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	Busco mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	Para mantenerme limpio, me baño frecuentemente.
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	En situaciones que me afectan, mantengo mi forma de ser.
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	Para mejorar mi salud, he sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados.
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	Evalúo qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.

V.7.2 Análisis de fiabilidad y confiabilidad del instrumento “Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)”

En este proceso, se consideraron a 201 CPI que acudían a la consulta externa del HAIAM, participantes que fueron seleccionados de forma aleatoria en diferentes horarios durante 8 días. Se excluyó a 57 CPI que no deseaban participar en el estudio y 13 cuidadores/as secundarios. Finalmente, en esta etapa fueron 131 CPI que aceptaron participar. Este grupo no fue considerado para el estudio.

Se aplicaron dos instrumentos, la encuesta Biosociodemográfica y la escala ASA, después de lo cual se evidenció que no existió problema en el entendimiento o comprensión, comportamiento, ni tampoco tendencia a responder por una opción socialmente aceptada. El tiempo que requirieron los participantes para responder los dos instrumentos fue de 15 a 20 minutos, concordando con el tiempo de aplicación previsto para el estudio.

La confiabilidad por consistencia interna para cada dimensión que mide la ASA se expresa en la Tabla 7. un valor de Alpha de Cronbach de 0,942.

Tabla 7. Consistencia interna ASA

ASA - DIMENSIONES	α
Asa global	0,94
Interacción social	0,73
Interacción personal	0,93
Consumo de alimentos	N/A
Actividad y reposo	0,35
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	0,80

La dimensión que presentó un valor menor al recomendado fue Actividad y reposo, que se mide con 5 ítems de los cuales 3 son invertidos de la ASA (6, 11, 20). Sin embargo, ha demostrado ser válida y confiable en cuatro de sus cinco dimensiones para medir nuestra variable principal, como lo mencionan varios estudios. Similares resultados presenta un estudio de análisis factorial del ASA en poblacional joven de Chile (142).

En cuanto al análisis factorial confirmatorio de la estructura propuesta de la ASA con las cinco dimensiones, los ítems presentaron cargas factoriales mayores a 0,5, excepto en la dimensión Actividad y reposo donde nuevamente los ítems invertidos 6, 11, 20 presentaron cargas factoriales menores a 0,5.

V.7.3 Prueba Piloto para el programa de intervención

Con el apoyo de tres expertos reconocidos por su experiencia y conocimiento en el área geriátrica y de educación (metodología Delphi) (143), se realizó la validación del programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” y al mismo tiempo del material educativo aplicado en la intervención (Tabla 8).

Tabla 8. Validación por expertos sobre el programa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales y del material educativo.

Experta/o	Comentarios y pronunciamiento de validación	
	Para Programa	Para Material educativo
Enfermera geriátrica (Anexos 16.1 y 17.1)	<i>“Considero un programa importante para ayudar a que los cuidadores/as principales informales gestionen su autocuidado”</i> Sí valido	<i>“Los materiales educativos son fáciles de comprender”</i> Sí valido
Médico geriatra (Anexos 16.2 y 17.2)	Sí valido	Sí valido
Dr. En Educación e investigación (Anexos 16.3 y 17.3)	<i>“El programa de intervención es pertinente para el logro de los objetivos planteados”</i> Sí valido	<i>“El material educativo es pertinente en forma y fondo para los usuarios del mismo y para enfrentar la problemática identificado en el cuidador/a de los adultos mayores</i> Sí valido

En segunda instancia, con el consentimiento del cuidador principal informal y el compromiso de la investigadora de resguardar la confidencialidad de los datos, la coordinadora del Hospital del Día -HAIAM facilitó una listas de 23 cuidadores/as, posibles participantes en la prueba piloto. Se realizaron 23 llamadas telefónicas a las cuidadoras dándoles a conocer los objetivos de la investigación y a su vez invitándoles a participar en la misma. 13 CPI aceptaron participar y se les solicitó autorización para crear un grupo de WhatsApp, 2 informaron que el adulto mayor a su cuidado había fallecido, 1 no deseaba participar y 1 no cumplía el criterio de inclusión de no percibir remuneración.

Con el permiso de los CPI que aceptaron participar se formó un grupo de WhatsApp, el mismo que se utilizó con la finalidad de enviar mensajes recordándoles la reunión 20 minutos antes de empezar. Además, se envió el link para la reunión diariamente durante los 5 días de la intervención, de igual manera, se informó que se enviaran videos cortos sobre los temas tratados en la capacitación.

La prueba piloto se desarrolló con la asistencia de 9 CPI de los 13 que aceptaron participar. La capacitación virtual tuvo una dedicación de una hora diaria de lunes a viernes. En la primera reunión se volvió a informar sobre la investigación y se dio lectura del consentimiento. Se trabajó sin dificultad con el uso de la plataforma Zoom, el grupo de participantes fue muy colaborador, participativo realizaron preguntas y contaron vivencias; al finalizar la capacitación una CPI solicitó *“si podía dedicarnos unas 2 canciones porque ella es una artista frustrada”* y disfrutamos todos.

Se agradeció a todos los participantes y a su vez se les solicitó nos ayuden respondiendo el link de Google Forms que fue enviado al WhatsApp; es necesario dar a conocer que el primer ítem del link de aprobación del material educativo y del programa *“Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”* correspondió al consentimiento informado, lo que quiere decir, que el cuidador

que no aceptó el consentimiento informado no podía continuar respondiendo el cuestionario.

Mayoritariamente los CPI validaron el programa y el material educativo con una calificación de Muy de acuerdo y Bastante de acuerdo, un participante estuvo poco de acuerdo respecto a la pregunta 9: ¿La duración en el tiempo del programa de intervención de enfermería es adecuada? Este participante sugirió que la capacitación debería ser tres veces por semana, respecto a la hora de la jornada no comentó nada (Tabla 9).

Tabla 9. Validación por los CPI del programa "Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales " y del material educativo

	Ítems	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	Si valido		Ítems	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	Si valido
1	¿Le llama la atención el programa de intervención de enfermería?	66,67	33,33			100%	1	¿Considera usted que el material educativo llamará la atención de los cuidadores/as principales informales?	77,78	22,22			100%
2	¿El programa de intervención de enfermería le es interesante?	66,67	33,33			100%	2	¿Usted considera que el diseño, el formato y los colores son adecuados para los contenidos del material educativo?	66,67	33,33			100%
3	¿Se entienden los contenidos y mensajes presentados en el programa de intervención de enfermería?	77,78	22,22			100%	3	¿Cree usted que se entienden los contenidos y mensajes presentados en el material educativo?	66,67	33,33			100%
4	¿Considera que el programa de intervención de enfermería expresa claramente su objetivo?	66,67	33,33			100%	4	¿Considera que los mensajes se expresan de forma clara en el material educativo?	66,67	33,33			100%
5	¿Usted se siente identificado con el programa de intervención de enfermería?	66,67	33,33			100%	5	¿Cree usted que los cuidadores principales informales se sentirán identificados con los mensajes del material educativo?	66,67	33,33			100%
6	¿Considera que el programa de intervención de enfermería puede usted ponerlo en práctica en su diario vivir?	77,78	22,22			100%	6	¿Considera que los mensajes del material educativo usted puede aplicar en la vida diaria?	66,67	33,33			100%
7	¿Considera que el programa de intervención de enfermería es adecuado para usted?	88,89	11,11			100%	7	¿Considera que las acciones contenidas en el material educativo son adecuadas para usted?	77,78	22,22			100%
8	¿usted piensa que los cuidadores principales informales aceptarán el programa de intervención de enfermería?	88,89	11,11			100%	8	¿Acepta los contenidos del material educativo?	77,78	22,22			100%
9	¿La duración en tiempo del programa de intervención de enfermería es adecuada?	66,67	22,22	11,11		100%	9	¿Considera que el contenido del material educativo generará motivación y cambios conductuales en usted?	66,67	33,33			100%
10	¿considera que el programa de intervención de enfermería generará motivación y cambios conductuales en los cuidadores principales informales?	66,67	33,33			100%	10	Considera que este programa es valido para aplicar a cuidadores/as					100%

Se consideró el aporte de la mayoría de cuidadoras y se decidió continuar con el desarrollo del programa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” como estaba planificado en 5 días seguidos con una dedicación de una hora diaria.

Cabe mencionar que este grupo de cuidadoras no fue evaluado en la encuesta original y no es considerado para el grupo de estudio.

V.8 Procesamiento y análisis de datos

Para procesar los datos, las respuestas de los instrumentos se fueron incorporando a una planilla Excel con la cual se construyó una base de datos que fue exportada y analizada al software estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 24.

El programa de Google Forms permitió realizar la encuesta asegurando cada respuesta como obligatoria, es decir, si no responde una pregunta el programa no le permite continuar respondiendo el total del cuestionario, hecho que evita encuestas incompletas o datos perdidos, no se realizó ajustes. El manejo de los datos se realizó desde un solo computador, no sé a impreso ningún dato. Los datos estarán resguardados por la investigadora por un periodo de 5 años en un disco duro externo, el cual, será almacenado en la oficina de la misma con la debida seguridad.

Para el análisis de los datos se utilizaron diversas medidas según el nivel de medición de las variables, los requerimientos metodológicos para determinar la calidad de los datos y finalmente responder a los objetivos.

Inicialmente, para medir la consistencia interna del ASA se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach.

Para el análisis descriptivo, las variables categóricas fueron representadas por la frecuencia y porcentaje de cada una de sus clases. Las variables numéricas fueron representadas por su media, desviación estándar y cuartiles.

En el análisis inferencial, la prueba Chi-cuadrado (prueba exacta de Fisher) fue utilizada para determinar si había diferencias significativas entre la distribución de las variables categóricas (biosociodemográficas), respecto de los grupos control y experimental. Para las variables numéricas se utilizó la prueba t de Student para grupos independientes (prueba U de Mann-Whitney). El coeficiente de correlación se obtuvo para determinar si las variables numéricas estaban relacionadas.

Para determinar diferencias (antes v/s después) dentro de cada grupo se utilizó la prueba t de Student para grupos pareados (prueba de Wilcoxon para grupos pareados). Se aplicó la prueba t de Student para grupos independientes con la finalidad de comparar las diferencias (antes-después) obtenidas en ambos grupos, o lo que es equivalente a aplicar un análisis de varianza de medidas repetidas.

Con la finalidad de determinar si las variables biosociodemográficas o intervinientes estaban relacionadas con la respuesta obtenida se aplicó el análisis de medidas repetidas. Se evidenció el supuesto de normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk.

En todos los casos se utilizó un nivel de significancia de 0,05, esto es, cada vez que el valor p asociado a una prueba fue menor o igual que 0,05, se consideró estadísticamente significativo.

V.9 Intervención educativa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor

La coordinadora del Hospital del Día-HAIAM, con la autorización de los cuidadores/as, entregó a la investigadora una base de datos de 153 cuidadoras posibles participantes en el estudio, con la siguiente información: nombre del Adulto mayor, edad del adulto mayor, número de historia clínica del adulto mayor, número de teléfono del CPI (celular, convencional) y nombre del CPI. La autora se comprometió a resguardar la confidencialidad de la información.

Una persona del HAIAM, que no fue parte de la investigación, realizó la aleatorización con el programa EXCEL (fx= ALEATORIO.ENTRE) facilitando dos listas de 70 cuidadores/as, posibles participantes, tanto para el grupo experimental como para el grupo control (Anexo 19.1 y 19.2).

Teniendo la autorización de la coordinadora del Hospital del Día-HAIAM se realizaron 70 llamadas telefónicas durante tres días, como resultado: 52 cuidadoras/es contestan la llamada telefónica, 32 aceptaron participar en la intervención, grupo al que se les informó sobre los objetivos de la investigación. Así mismo, 5 CPI reportaron que el adulto mayor a su cuidado había fallecido, 13 no desearon participar y 2 no cumplieron los criterios de inclusión porque recibían remuneración.

Grupo Experimental

Con la autorización de los CPI que aceptaron participar se estableció un grupo de WhatsApp, el mismo que se utilizó para enviar mensajes recordándoles la reunión 20 minutos antes de empezar la capacitación. De igual forma, se envió el link para la reunión diariamente durante los 5 días seguidos de la intervención.

Al iniciar la capacitación se recordó a los participantes los objetivos de la investigación. Al mismo tiempo, se dio lectura al consentimiento informado señalando que, el primer ítem del link Google Forms enviado WhatsApp (pre-test,

Encuesta Biosociodemográfica y escala de Agencia de Autocuidado) correspondía al consentimiento informado, lo que quiere decir que, si el cuidador no aceptaba el primer ítem, no podría continuar respondiendo el cuestionario pre-test.

La intervención se desarrolló utilizando la plataforma Zoom, abarcando cada día una dimensión de la Agencia de Autocuidado con una dedicación de una hora.

Se inició la intervención comprometiéndolo a los CPI que si por cualquier motivo no podían asistir a una reunión revisarían la grabación del tema que se trató ese día enviado al WhatsApp. Teniendo en cuenta un lenguaje simple y comprensible para el CPI, se abordó la temática definiendo la interacción social y vida cotidiana, características, estructuras elementales, efecto de la interacción social, dificultades para la interacción social, deterioro de la interacción social, manifestaciones que el CPI puede presentar, influencia social positiva, tipos de influencia social, habilidades para fomentar la interacción social, habilidades para aumentar los sistemas de apoyo, importancia de los sistemas de apoyo.

La segunda dimensión trató sobre la interacción personal, autoestima, autoconcepto, autoimagen, auto refuerzo, autoeficacia y una guía para mejorar la autoestima.

El tercer tema fue el consumo suficiente de alimentos donde se habló sobre la alimentación saludable, alimentos naturales, procesados y ultra procesados, recomendaciones para una alimentación saludable, fortalecimiento y refuerzo de los hábitos alimenticios para mejorar su nutrición.

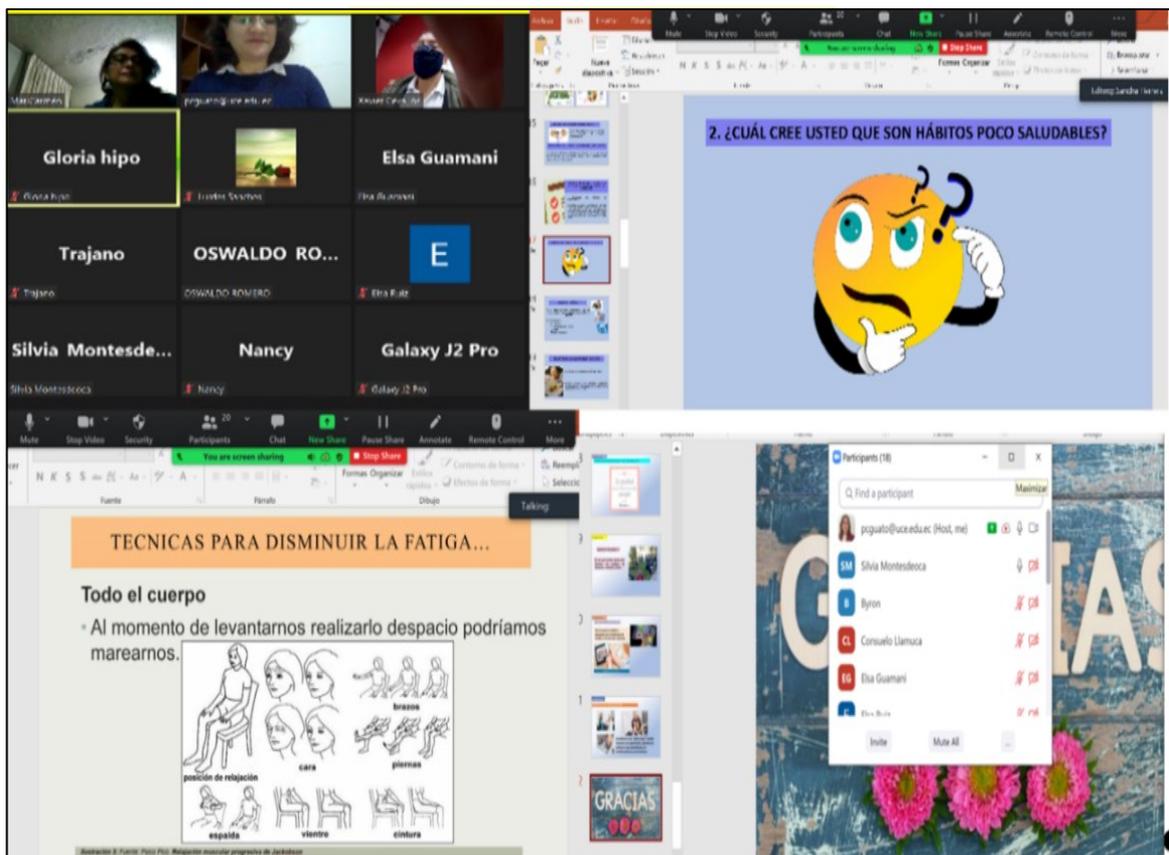
Después, se trató el tema de la actividad y reposo, definiendo la fatiga, causas, señales de advertencia de fatiga, consejos para evitar la fatiga, técnicas y actividades para disminuir la fatiga.

El último día de la capacitación se abarcó el tema promoción del funcionamiento y desarrollo personal, hablando de la funcionalidad y promoción, desarrollo personal, autoevaluación del cuidador, señales de alerta, acciones

para el autocuidado, pedir ayuda, realizar actividades agradables, evaluación del cumplimiento de las actividades, evitar el aislamiento, técnicas de autocuidado en desarrollo personal, autodidacta, buscar nuevas actividades para renovar amistades.

De las 32 cuidadoras que aceptaron participar, 29 participaron de forma interactiva preguntando o aportando con las experiencias personales durante el proceso de capacitación (Foto 1).

Foto 1. Intervención " Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales "

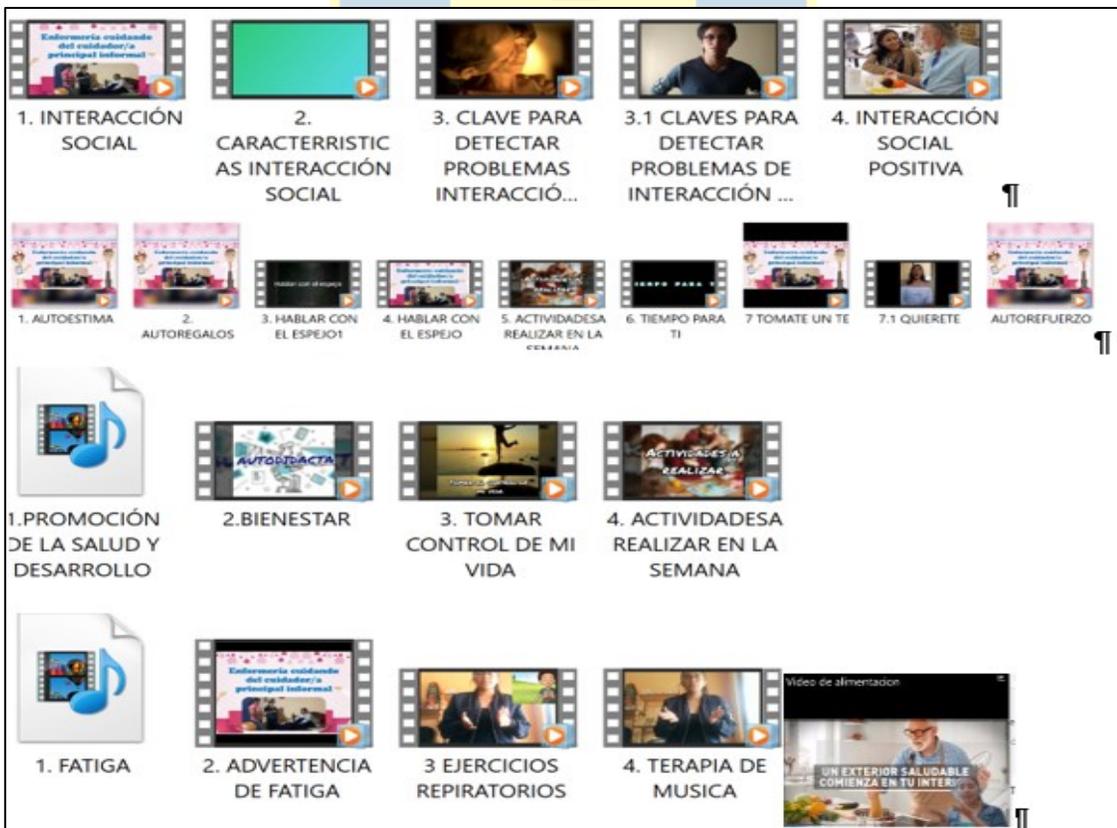


Una vez terminada la capacitación se agradeció la valiosa participación invitándoles a poner en práctica lo aprendido. A partir de la tercera semana después de terminada la capacitación, se inició el envío de vídeos cortos que

incentivaban a cuidarse a sí mismos, es decir, a ejercer la Agencia de Autocuidado, abarcando una dimensión cada semana, detallada a continuación (Foto 2):

- Primera semana - videos de la interacción social
- Segunda semana - videos de la interacción personal
- Tercera semana - videos del consumo suficiente de alimentos
- Cuarta semana - videos de actividad y reposo
- Quinta semana - videos de promoción del funcionamiento y desarrollo personal

Foto 2. Videos de las dimensiones enviadas a las CPI posterior a la capacitación por Zoom



Al terminar el envío de los videos se interrumpió la comunicación durante 5 semanas. Finalmente se invitó a participar de una última reunión, oportunidad en la que se trató el tema “Cuidados del adulto mayor con demencia en el hogar”, tema de interés detectado por preguntas frecuentes durante la capacitación. Con la implementación de esta estrategia se logró la asistencia deseada, se aprovechó el momento para solicitarles que nos ayudaran respondiendo el link enviado al grupo de WhatsApp (post-intervención) logrando 28 respuestas. Nuevamente se les agradeció su participación, informándoles que los resultados se harían llegar al HAIAM para que se diera a conocer a quien corresponda con la finalidad de seguirles apoyando. Los resultados individuales del ASA se informaron a cada CPI mediante una llamada telefónica, y al mismo tiempo, se les motivo a seguir cuidándose y a participar en los programas que ejecute el HAIAM.

La presencia del COVID-19 afectó en el estilo de vida, situación que permitió valorar la importancia de accesibilidad a Internet, y al manejo de redes sociales; la mayoría de personas se sintió en la necesidad de aprender el manejo de herramientas de comunicación (WhatsApp y Zoom); la primera, utilizada por el HAIAM para agendar citas médicas y, la segunda, para la atención por telemedicina.

En el desarrollo de la capacitación existió las siguientes situaciones: una sola persona requirió ayuda de su nieto para la conexión al Zoom al iniciar la reunión; el uso de las dos herramientas simultáneamente admitió una comunicación permanente; si un cuidador se salía de la reunión escribía por WhatsApp la razón e informaba que se conectaba nuevamente después de atender a su adulto mayor.

Otra CPI informó que no asistiría, ese día, porque era su cumpleaños; otra persona me solicitó que hable más fuerte, porque ella estaba conectada por el teléfono celular.

Al terminar la segunda capacitación se les envió a los CPI a realizar ejercicios para mejorar el autoestima frente al espejo, en la tercera reunión una CPI, comunico: “señorita yo no hice los ejercicios con el espejo, porque mi mamá desde pequeña me creó miedo al espejo, decía que el diablo estaba en el espejo y que si me veo se saldría y me llevaría, pero yo estoy haciendo los ejercicios sin espejo cada mañana”, se le felicitó y se fortaleció la importancia del autoestima en el cuidado propio.

Al término de la intervención, las redes han permitido continuar en comunicación con los cuidadores/as, por lo que, he recibido varias llamadas telefónicas.

- Una cuidadora me informó que su familiar había fallecido -le exprese mis sentimientos de solidaridad y le informe que si desea salirse del grupo lo puede hacer-, sin embargo, ella dijo “cuente con migo si hay otra capacitación”.
- Otra cuidadora solicitó ayuda cuando se reinició la atención presencial en el HAIAM; ella tenía tres citas para su adulto mayor en varios días, lo que le significaba un costo de 90 dólares americanos por transporte, y ella no contaba con ese dinero, por lo que, la investigadora asistió al HAIAM a solicitar ayuda en trabajo social, recibiendo el apoyo absoluto para que el adulto mayor sea atendido en un solo día dos citas y la tercera para que sea atención virtual.
- Una tercera cuidadora informó que su madre había sido diagnosticada de demencia y ella estaba angustiada; se le apoyó con una consejería sobre los principales cuidados a un adulto mayor con demencia, haciendo hincapié de la importancia del autocuidado de ella como cuidadora; se sintió la necesidad que tenía de ser escuchada -se le dio la permisión de que llame sin dudarle cuando lo necesite, afirmando que la investigadora estaba para apoyarle-.

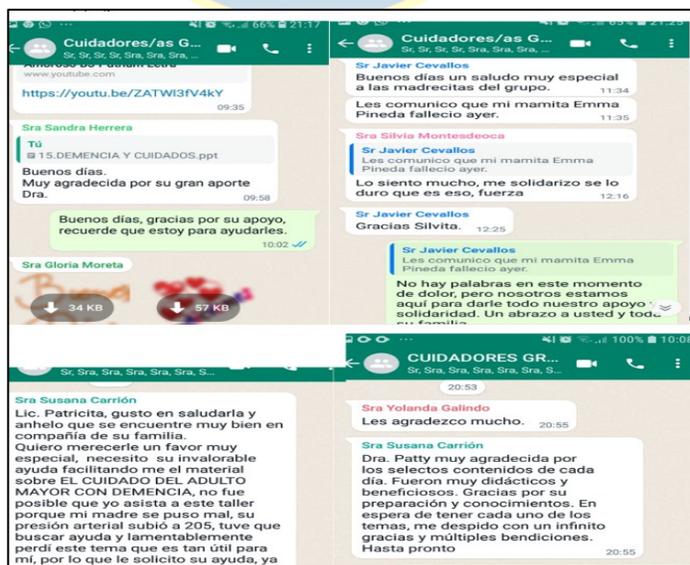
- Por tres ocasiones recibí la llamada de un cuidador que comentó las dificultades que tenía con su hermana, que no le ayudaba con el cuidado; se le escuchó y se le orientó para que busque ayuda profesional de un psicólogo, pues manifestaba haber perdido su vida por cuidar de sus padres: “mi profesión es guía turístico, y ahora me encuentro entre cuatro paredes, esta situación me deprime”; recomendación que fue aplicada.

La intervención de forma virtual permitió que la cuidadora tenga la posibilidad de asistir a la capacitación en compañía del adulto mayor a su cuidado, dando la oportunidad de que asistan y compartan sus experiencias. En todo el proceso se sintió la solidaridad del grupo.

Esta experiencia ha enriquecido mi vida personal y profesional: se pudo percibir que los cuidadores/as se sintieron reconocidos al saber que el personal de salud se interesaba por ellos como personas.

Cabe señalar, que el grupo de WhatsApp desde su creación hasta la fecha ha sido utilizado por los cuidadores/as para enviar mensajes motivadores, espirituales y de chistes. Compartieron también sus momentos de dolor ante la pérdida de un ser querido, recibiendo el apoyo y solidaridad del grupo (Foto 3).

Fotos 3. Mensajes de los cuidadores -WhatsApp



Grupo control

De modo idéntico, se procedió con el grupo control considerando la lista de 70 cuidadores/as posibles participantes.

Durante tres días se realizaron 70 llamadas telefónicas a los cuidadores/as invitándoles a participar en la intervención “Enfermería cuidando del cuidador principal informal del adulto mayor”, obteniendo como resultado 60 cuidadoras/es que contestaron la llamada, de los cuales 38 aceptaron participar, 8 reportaron que el adulto mayor a su cuidador había fallecido, 12 manifestaron no desear participar y 2 no cumplieron criterios de inclusión porque recibían remuneración.

Con la autorización de los CPI que aceptaron participar se estableció un grupo de WhatsApp, el mismo que se utilizó con la finalidad de enviar el mensaje recordándoles la reunión 20 minutos antes de empezar la capacitación. Así mismo, se envió el link para la reunión donde tratamos sobre los síndromes geriátricos que afectan al adulto mayor (tema que no se vincula con la Agencia de Autocuidado).

Con el apoyo de la plataforma Zoom se inició la reunión informando a los participantes sobre el objetivo de la investigación. Así mismo, se dio lectura al consentimiento informado, señalando que, el primer ítem del link Google Forms enviado WhatsApp (pre-test, Encuesta Biosociodemográfica y escala de Agencia de Autocuidado) corresponde al consentimiento informado, lo que quiere decir, que, si el cuidador no aceptó el primer ítem, no podría continuar respondiendo el cuestionario pre-test. De los 38 que aceptaron participar, 29 asistieron a la capacitación donde se trató el tema sobre los síndromes geriátricos, las caídas, la inmovilidad y escaras en el adulto mayor. La intervención se desarrolló según planificación con el apoyo de la plataforma Zoom, los CPI realizaron preguntas específicamente sobre las escaras, instruyéndoles sobre cómo prevenir las mismas. Al terminó de la capacitación se les agradeció y se invitó a una próxima

reunión luego de 12 semanas para tratar el tema del autocuidado del cuidador (Agencia de Autocuidado).

Durante las 12 semanas siguientes no existió comunicación por parte la investigadora con los participantes grupo control, sin embargo, se observaba que los mismos utilizaban el WhatsApp para enviar mensajes de apoyo, espirituales y motivadores. Compartieron también sus necesidades y pérdida de familiares por COVID-19 recibiendo la solidaridad del grupo.

Se realizó la invitación por WhatsApp a una última reunión donde se capacitaría sobre la “Agencia de Autocuidado”, motivándoles que vamos aprender a cómo cuidarnos nosotros mismo. Además, se les solicitó que nos ayuden respondiendo el link enviado al WhatsApp (post-test), sin embargo, la convocatoria vía WhatsApp no tuvo acogida, por lo cual se realizó la estrategia de hacer una segunda invitación con la precaución de confirmar la asistencia vía telefónica a cada participante logrando la asistencia de 24 CPI, a los cuales, se les capacitó sobre la Agencia de Autocuidado. Al término se agradeció e informó que si desean salir del grupo de WhatsApp pueden hacerlo, sin embargo, pocas personas se retiraron del grupo. Además, se aprovechó el momento para invitarles a responder el link enviado al WhatsApp, obteniendo 24 respuestas post-test.

A continuación, podemos observar un cuadro comparativo de actividades realizadas con el grupo control y grupo experimental (Tabla 10).

Tabla 10. Cuadro comparación G. Experimental - G. Control

Tiempo	Grupo experimental			INTERVENCIÓN		
	SEMANA DE INTERVENCIÓN	Dimensiones	Agencia de Autocuidado	Tiempo	SEMANA DE INICIO	Tema
Semana de ejecución de la intervención	Primer día	Pre-test ASA y Encuesta sociodemográfica Tema: Interacción Social	Interacción social y vida cotidiana Características, estructuras elementales, efecto de la interacción social Dificultades para la interacción social y deterioro de la interacción social Manifestaciones que el CPI puede presentar Influencia social positiva, tipos de influencia social, habilidades para fomentar la interacción social Habilidades para aumentar los sistemas de apoyo, importancia de los sistemas de apoyo.	Primer día	Primera reunión	Pre-test ASA y Encuesta sociodemográfica Síndromes geriátricos
	Segundo día	Tema: Interacción personal	Autoestima Autoconcepto Autoimagen Auto refuerzo Autoeficacia Guía para mejorar la autoestima.	12 semanas sin comunicación	Cuidadores realizan sus actividades normales y las realizadas por el HAIAN para su familiar	
	Tercer día	Tema: Consumo suficiente de alimentos	Alimentación saludable Alimentos naturales, procesados y ultra procesados Recomendaciones para una alimentación saludable Fortalecimiento y refuerzo de los hábitos alimenticios para mejorar su nutrición.			
	Cuarto día	Tema: Actividad y reposo	La fatiga, causas, señales de advertencia de fatiga Consejos para evitar la fatiga Técnicas y actividades para disminuir la fatiga.			
	Quinto día	Tema: Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Funcionalidad y promoción, desarrollo personal Autoevaluación del cuidador, señales de alerta Acciones para el autocuidado, (pedir ayuda, realizar actividades agradables, evaluación del cumplimiento de las actividades, evitar el aislamiento, técnicas de autocuidado en desarrollo personal, autodidacta, buscar nuevas actividades para renovar amistades).			
2 semanas	Dos semanas	Semanas sin comunicación				
5 semanas	Envío de videos	Dimensiones	Videos de las dimensiones			
	Primera semana	Interacción Social	Interacción social Características claves para detectar problemas de interacción social Interacción social positiva			
	Segunda semana	Interacción personal	Autoestima Autoregalo Hablar al espejo Tiempo para ti Quiérete			
	Tercera semana	Consumo suficiente de alimentos	Alimentación saludable			
	Cuarta semana	Actividad y reposo	Fatiga Advertencia de fatiga Ejercicios respiratorios Terapia de música			
Quinta semana	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Promoción de la salud y desarrollo Bienestar Toma el control de tu vida Actividades que puedes realizar esta semana				
5 semanas	5 semanas	Sin comunicación			12 semanas	Sin comunicación
Día de evaluación	Estrategia: Tema de interés para invitarlos a contestar el post-intervención	Cuidados del paciente con demencia en casa Pos-test	Pos-test	Día de evaluación	Responsabilidad ética. Capacitación de Agencia Autocuidado	Pos-test

VI.CAPITULO: ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación da respuesta a las necesidades y prioridades de salud del cuidador/a principal informal en Ecuador, además de aportar a fines científicos y académicos, en el contexto del doctorado en enfermería. Consideró los principios éticos de la investigación científica basados en los principios éticos propuestos por Ezekiel Emanuel (144,145) y las regulaciones jurídicas del Ecuador.

La investigación contó con la autorización del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, del Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería-Universidad de Concepción y del Subcomité de Ética de Investigación de Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador SEISH. (Anexo 18.1,18.2, 18.3)

Cada cuidador principal informal recibió conocimiento del consentimiento informado previamente a la realización de la encuesta, enfatizándose en los principios del respeto a la voluntad de participar en el estudio, a la confidencialidad y el anonimato.

Asociación colaborativa: El Hospital de Atención Integral del Adulto mayor otorgo por escrito la autorización para el desarrollo de la investigación, el 30 de abril de 2019 con el respaldo del Oficio Nro. MSP-CZ9-HAIAM-DIR-2019-0075-O (Anexo 9).

Valor Social: Esta investigación permitió aportar con conocimientos que favorezcan la salud de cuidadores/as principales informales, mejorando y/o manteniendo la Agencia de Autocuidado. Además, generó conocimiento científico para el área de salud, para la disciplina de enfermería fortaleciendo la práctica especialmente a nivel primario. Asimismo, puede ser la base de sustentación de proyectos o programas del Estado direccionados a mejorar las

condiciones de salud de este grupo etario. También es una base para futuras investigaciones sobre el tema.

Validez científica: El estudio siguió el proceso de la investigación científica con perspectiva cuantitativa direccionado por la pregunta de investigación. El estudio es original en el Ecuador y significativo científicamente; cuenta con un protocolo de investigación riguroso, que incluye un diseño pertinente, objetivos y metodologías científicamente válidos; aplicó principios, métodos y prácticas efectivas y seguras para los cuidadoras principales informales participantes del estudio; se contó con las instalaciones y los medios adecuados para la ejecución de la investigación; con un plan de análisis de datos que permitió responder con seguridad y validez a los objetivos del estudio; además, fue factible ejecutarlo en el HAIAM. El sustento se evidenció en el marco referencial actualizado que pone de manifiesto que los programas de intervención de enfermería han logrado el mejoramiento del autocuidado de personas con enfermedades crónicas. La publicación de los resultados de esta investigación será veraz, concisa y justa.

Selección equitativa del sujeto: los participantes del estudio correspondieron a un grupo específico (Cuidadores/as) que estaban a cargo del cuidado de un Adulto mayor dependiente, relacionado directamente con la interrogante planteada en la investigación. Pudieron participar en esta investigación cuidadores/as principales informales del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, considerando que ellos estaban en condiciones de emitir su consentimiento informado de manera libre y voluntaria, sin coacción. Los seleccionados se beneficiaron, debido a que participaron de manera directa de una intervención educativa que contribuye a mejorar la Agencia de Autocuidado.

Se contemplaron para la selección de cuidadores/as, criterios de inclusión que no produjeron riesgos para los participantes, respetando el mandato constitucional de Ecuador de que todas las personas son iguales y gozarán de

los mismos derechos, deberes y oportunidades; por tanto, nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente.

Proporción favorable de riesgo-beneficio: El estudio maximizó los beneficios sociales e individuales en los cuidadores/as principales informales de los adultos mayores, si se considera que los resultados de este estudio son un aporte concreto para mantener y/o mejorar la Agencia de Autocuidado que poseen los cuidadores/as, además, contribuyó a garantizar el derecho a la salud del cuidador; a nivel social se beneficiaron de manera indirecta los adultos mayores, las familias de los mismos, el servicio de salud pública de Ecuador, el Estado y la sociedad en general.

Igualmente, los riesgos potenciales previstos fueron las consecuencias emocionales por la reminiscencia y memoria de su vida alrededor del cuidado los mismos que fueron mínimos. Una CPI, manifestó en el grupo “mi ex marido solía pegarme, pero una doctorita me enseñó el amor propio, lo que estamos aprendiendo y le dejé botando ya hace 10 años”. Frente a este relato se dio apoyo emocional y se reforzó el autoestima que se estaba tratando en la capacitación. Al ser efectivo el programa Enfermería cuidando del cuidador principal informal, se cumplió con la responsabilidad ética y se realizó una réplica en el grupo control. Además, se planificó dar la réplica a todo el grupo de los 153 cuidadores/as considerando que este programa debe ser un proceso continuo.

Evaluación independiente: La investigadora declaró no presentar conflicto de interés. Este estudio se sometió a evaluación independiente por expertos en la temática y por el comité de ética de las instituciones vinculadas, lo que garantizó el trato ético a los cuidadores/as participantes. La fuente de

financiamiento y la administración de los recursos fueron cubiertos por la investigadora, excluyéndose conflicto de intereses por temas económicos.

Consentimiento informado: Como un principio de respeto a las/os CPI de adultos mayores el consentimiento informado siguió las recomendaciones de Ezekiel Emanuel. Además, se les proporcionó información de forma verbal sobre los objetivos de la investigación y sobre el consentimiento informado, sus decisiones fueron autónomas y libres, se aplicó el consentimiento informado de manera individualizada en línea con el programa Google Forms, requerimiento obligatorio para poder continuar con el siguiente ítem. Las dudas presentadas por los participantes fueron aclaradas antes y durante el trascurso de la investigación, manteniendo de este modo en todo momento informados a los participantes de la investigación. La información será custodiada por la autora de la investigación, durante cinco años, en la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, institución a la que pertenece la autora de la investigación.

Respeto a los sujetos inscritos: Se respetó y se cumplieron los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Los CPI fueron tratados con respeto durante todo el proceso de investigación. Siendo así, cinco participantes del grupo control y dos del grupo experimental, hicieron uso de la opción de retirarse en cualquier momento del proceso investigativo y sin ser sancionados. Los participantes tenían la información que ante cualquier situación especial derivada de la investigación podían comunicarse telefónicamente con las responsables del estudio.

La información obtenida de la investigación será administrada confidencialmente por la investigadora, se salvaguardarán los datos por periodo de 5 años en un disco duro externo, el cual será almacenado en la oficina de la misma con la debida seguridad.

Se proporcionó información sobre riesgos y beneficios, así como de los resultados. Al finalizar la intervención "Enfermería cuidando del cuidador/a principal informal", los CPI del grupo control fueron invitados a participar de forma libre y voluntaria a la capacitación en línea cumpliendo el propósito para fomentar la Agencia de Autocuidado.



VII.CAPITULO: RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio se presentarán en dos partes. La primera será el análisis descriptivo y la segunda será el análisis inferencial para contrastar la hipótesis planteada. Cabe hacer notar que los **n** iniciales y los finales cambian por cuanto los que aceptaron participar inicialmente eran 30 grupo experimental y 29 en grupo control. Posteriormente 2 del grupo experimental y 5 del control se retiraron en transcurso final de la capacitación.

VII.1 Análisis descriptivo

VII.1.1 Características sociodemográficas del CPI del AM

En la Tabla 11 se presenta el perfil sociodemográfico de la muestra total y por grupo.

En relación a la variable sexo, el predominio general fue de mujeres con un 79,7%, y desglosando el grupo control 86,2% y el grupo experimental 73,3% respectivamente.

Con respecto a la edad, el predominio general estuvo dentro del rango de 51 a 60 años con un 45,8%; el grupo control 34,5% y el grupo experimental 56,7% respectivamente.

En el nivel de educación, el predominio general fue secundaria completa con 33,9%; el grupo control 41,4% y el grupo experimental 26,7%, respectivamente.

Respecto al lugar de residencia del cuidador, el predominio general fue zona urbana 89,8%; el grupo control 93,1% y el grupo experimental 86,7%, respectivamente.

En la variable estado civil, el predominio general fue casados/as 45,8%; el grupo control 51,7% y experimental 40,0%, respectivamente.

Se observa que generalmente los cuidadores/as pertenecen a la familia del adulto mayor y en relación al parentesco del cuidador con el adulto mayor, el predominio general fue hijas 66,1%; el grupo control 55,2% y experimental 76,7%, respectivamente.

En cuanto a los integrantes del grupo familiar, el predominio general fue tres integrantes 25,4%; el grupo control 34,5% y experimental 16,7%, respectivamente.

Referente a la variable relación de vivienda con el adulto mayor, el predominio general fue que el cuidador vive en la casa del adulto mayor con 54,2%; el grupo control 44,8% y el grupo experimental 63,3%, respectivamente.

Tabla 11. Perfil sociodemográfico del cuidador/a principal informal del adulto mayor, Quito-Ecuador 2021

Variables		Control (n=29)		Experimental (n=30)		Total (n=59)	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	4	13,8	8	26,7	12	20,3
	Mujer	25	86,2	22	73,3	47	79,7
Edad	20 a 30 años	1	3,4	0	0,0	1	1,7
	31 a 40 años	3	10,3	0	0,0	3	5,1
	41 a 50 años	7	24,1	3	10,0	10	16,9
	51 a 60 años	10	34,5	17	56,7	27	45,8
	61 a 70 años	7	24,1	3	10,0	10	16,9
	71 a 81 años	1	3,4	7	23,3	8	13,6
Nivel de educación	Primaria incompleta	1	3,4	3	10,0	4	6,8
	Primaria completa	3	10,3	6	20,0	9	15,3
	Secundaria incompleta	11	37,9	8	26,7	19	32,2
	Secundaria completa	12	41,4	8	26,7	20	33,9
	Hasta tres años de educación superior	1	3,4	2	6,7	3	5,1
	Cuatro o más años de educación superior	0	0,0	2	6,7	2	3,4
Lugar de residencia	Zona Rural	2	6,9	4	13,3	6	10,2
	Zona Urbana	27	93,1	26	86,7	53	89,8
Estado civil	Soltero/a	7	24,1	7	23,3	14	23,7
	Casado/a	15	51,7	12	40,0	27	45,8
	Unión libre o acompañado/a	1	3,4	1	3,3	2	3,4
	Divorciado/a	0	0,0	5	16,7	5	8,5
	Separado/a	3	10,3	2	6,7	5	8,5
	Viudo/a	3	10,3	3	10,0	6	10,2
Parentesco con el AM	Esposa/o	2	6,9	5	16,7	7	11,9
	Hija/o	16	55,2	23	76,7	39	66,1
	Nuera/yerno	6	20,7	1	3,3	7	11,9
	Hermana/o	1	3,4	0	0,0	1	1,7
	Nieta/o	4	13,8	0	0,0	4	6,8
	Amiga/o	0	0,0	1	3,3	1	1,7
Integrantes del grupo familiar	2	4	13,8	10	33,3	14	23,7
	3	10	34,5	5	16,7	15	25,4
	4	4	13,8	6	20,0	10	16,9
	5	4	13,8	4	13,3	8	13,6
	6	5	17,2	3	10,0	8	13,6
	7	0	0,0	2	6,7	2	3,4
	9	2	6,9	0	0,0	2	3,4
Relación de vivienda con el AM	Usted vive en casa del Adulto Mayor	13	44,8	19	63,3	32	54,2
	El Adulto Mayor vive en su casa	7	24,1	3	10,0	10	16,9
	Usted vive temporalmente en casa del AM	0	0,0	2	6,7	2	3,4
	El Adulto Mayor vive temporalmente en su casa	3	10,3	0	0,0	3	5,1
	Usted no vive con el Adulto Mayor	6	20,7	6	20,0	12	20,3

Fuente P. Guato

VII.1.2 Características del cuidado que realiza del CPI del adulto mayor.

En la tabla 12, respecto al apoyo para el cuidado del adulto mayor, el predominio general fue en el mismo porcentaje (27,1%) para la categoría raramente y nunca. Los integrantes del grupo control señalaron mayoritariamente (27,6%) que raramente reciben apoyo y el grupo experimental predominantemente indicaron que nunca reciben apoyo (33,3%).

En lo referido al tiempo de cuidado en años, el predominio general (44,1%) fue entre uno a seis años. Los integrantes del grupo control mayoritariamente (48,3%) refirieron que han cuidado entre 1 a 6 años, mientras que en el grupo experimental se expresa con el 50% que han cuidado entre 7 a 12 años.

Al considerar el tiempo en horas de dedicación al cuidado, el predominio general (61,0%) fue de 16 horas a 24 horas, el grupo control 58,6% y el experimental 63,3%, respectivamente.

En lo que corresponde a la percepción del nivel de cuidado, el predominio general (71,2%) fue alto, el grupo control 65,5% y experimental 76,7%, respectivamente.

Entre las actividades que realiza durante el cuidado, el predominio general (83,1%) fue quehaceres domésticos, el grupo control 79,3% y el grupo experimental 86,7%, respectivamente.

En relación a las actividades que realiza durante el cuidado, el predominio general (79,7%) en las actividades básicas de la vida diaria fue le ayuda o le baña, el grupo control 79,3% y el grupo experimental 80%, respectivamente.

Respecto a las actividades que realiza durante el cuidado, el predominio general (96,6%) en las actividades instrumentales de la vida diaria fue le ayuda o le administra la medicación, el control 93,1% y el grupo experimental 100%, respectivamente.

Respecto al seguro social por el cuidado, el predominio general (94,9%) fue no recibe, el grupo control 96,6% y grupo experimental 93,3%, respectivamente.

En relación al tiempo de descanso, el predominio general (76,3%) fue no haber descansado, el grupo control 69,0% y experimental 83,3%, respectivamente.

Tabla 12. Características del cuidado que realiza el CPI del adulto mayor, Quito-Ecuador 2021.

Variables	Control (n=29)		Experimental (n=30)		Total (n=59)		
	n	%	n	%	n	%	
Apoyo para el cuidado del Adulto Mayor	Muy frecuentemente	5	17,2	1	3,3	6	10,2
	Frecuentemente	7	24,1	4	13,3	11	18,6
	Ocasionalmente	3	10,3	7	23,3	10	16,9
	Raramente	8	27,6	8	26,7	16	27,1
	Nunca	6	20,7	10	33,3	16	27,1
Tiempo de cuidado en años	Entre uno y seis años	14	48,3	12	40,0	26	44,1
	Entre siete y 12 años	10	34,5	15	50,0	25	42,4
	Más de 12 años	5	17,2	3	10,0	8	13,6
Tiempo en horas del	Entre 9 y 15 horas	12	41,4	11	36,7	23	39,0
	16 a 24 horas	17	58,6	19	63,3	36	61,0
Percepción del nivel de cuidado	Medio	10	34,5	7	23,3	17	28,8
	Alto	19	65,5	23	76,7	42	71,2
Actividad que realiza durante el cuidado	Quehaceres domésticos	23	79,3	26	86,7	49	83,1
Actividades que realiza durante el cuidado-Actividades Básicas de la Vida Diaria	Le ayuda o le baña	23	79,3	24	80,0	47	79,7
	Le ayuda o le viste	17	58,6	22	73,3	39	66,1
	Le ayuda o le lleva baño	9	31,0	6	20,0	15	25,4
	Le ayuda o le traslada cama-silla	10	34,5	11	36,7	21	35,6
	Le ayuda o le cambia el pañal	1	3,4	0	0,0	1	1,7
	Le ayuda o lo alimenta	18	62,1	15	50,0	33	55,9
Actividades que realiza durante el cuidado-Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Le ayuda o le da llamando-teléfono	23	79,3	25	83,3	48	81,4
	Le ayuda o le da comprando	26	89,7	27	90,0	53	89,8
	Le ayuda o le preparar la comida	23	79,3	27	90,0	50	84,7
	Le ayuda o le da cuidando la casa	16	55,2	23	76,7	39	66,1
	Le ayuda o le da lavado la ropa	22	75,9	26	86,7	48	81,4
	Le ayuda o le acompaña cuando usa transporte	26	89,7	29	96,7	55	93,2
	Le ayuda o le administra la medicación	27	93,1	30	100,0	57	96,6
	Le ayuda o le administra el dinero	19	65,5	22	73,3	41	69,5
Seguro social por el	No	28	96,6	28	93,3	56	94,9
	Sí	1	3,4	2	6,7	3	5,1
Tiempo de descanso	No	20	69,0	25	83,3	45	76,3
	Sí	9	31,0	5	16,7	14	23,7

Fuente P. Guato

VII.1.3 Percepción de la Salud del cuidador, presencia de enfermedades y efectos del cuidado que realiza el cuidador/a principal informal

En la tabla 13, lo referido a la percepción de la salud antes del cuidado, el predominio general (52,5%) fue bueno, el grupo control 58,6% y experimental 46,7%, respectivamente.

En relación a la percepción actual de su salud, el predominio general (57,6%) fue una percepción regular, el grupo control 58,6% y experimental 56,7%, respectivamente.

En cuanto a la variable enfermedades crónicas diagnosticadas del cuidador/a, el predominio general (33,9%) fue enfermedades cardiovasculares, el grupo control 24,1% y en el grupo experimental 43,3%, respectivamente.

En relación a los efectos emocionales del cuidado, el predominio general (91,5%) fue efectos positivos, el grupo control 89,7% y experimental 93,3%, respectivamente.

Respecto al tipo de maltrato, el predominio general (59,3%) fue ningún maltrato, el grupo control 69% y en el grupo experimental 50%, respectivamente. Sin embargo, le sigue el maltrato psicológico, en la evaluación general con un 40,7%, el grupo control 31,0% y el experimental 50,0%, respectivamente.

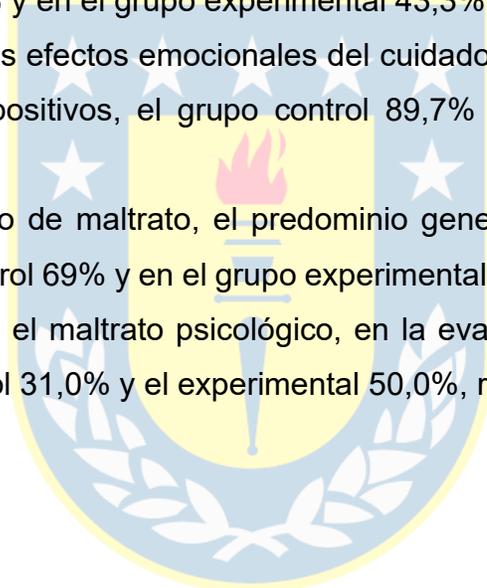


Tabla 13. Percepción de la Salud del cuidador, presencia de enfermedades y efectos del cuidado que realiza el cuidador/a principal informal del adulto mayor, Quito-Ecuador 2021 (n=59).

Variables	Control (n=29)		Experimental (n=30)		Total (n=59)		
	n	%	n	%	n	%	
Percepción de la salud antes del cuidado	Muy mala	0	0,0	1	3,3	1	1,7
	Mala	1	3,4	0	0,0	1	1,7
	Regular	7	24,1	4	13,3	11	18,6
	Buena	17	58,6	14	46,7	31	52,5
	Muy buena	4	13,8	11	36,7	15	25,4
Percepción actual de su salud	Muy mala	0	0,0	1	3,3	1	1,7
	Mala	1	3,4	3	10,0	4	6,8
	Regular	17	58,6	17	56,7	34	57,6
	Buena	11	37,9	9	30,0	20	33,9
Enf. crónicas diagnosticadas del cuidador/a	Cardiovasculares	7	24,1	13	43,3	20	33,9
	Endocrino	2	6,9	3	10,0	5	8,5
	Osteo muscular	5	17,2	8	26,7	13	22,0
	Respiratoria	1	3,4	3	10,0	4	6,8
	Gástricas	7	24,1	10	33,3	17	28,8
	Mental	1	3,4	0	0,0	1	1,7
Efectos emocionales del cuidado	Positivos (afecto, ternura, cariño)	26	89,7	28	93,3	54	91,5
	Negativos (ira, enojo, rencor)	2	6,9	2	6,7	4	6,8
	Me es indiferente	1	3,4	0	0,0	1	1,7
Presencia de maltrato	Psicológico	9	31,0	15	50,0	24	40,7
	Ninguna	20	69,0	15	50,0	35	59,3

Fuente P. Guato

VII.1.4 Nivel basal de la Agencia de Autocuidado (ASA) - Pre-test

En la Tabla 14, se muestra el resumen basal de la ASA de los CPI que culminaron el estudio, es decir el grupo control (n= 24) y el grupo experimental (n= 28):

Grupo control (n=24): Se muestran los estadígrafos descriptivos, además de la comparación mediante test T para muestras pareadas. En primer término, se ha detectado, para la puntuación global de la escala ASA, una media inicial de 76,0 (DE= 20,2) con una amplitud central entre cuartiles Q1= 58,3 y Q3= 94,3. Del mismo modo, las puntuaciones para la media por dimensión, fue: de 5,7 en Interacción Social, de 39,5 en Interacción Personal, de 2,9 en Consumo de Alimentos, de 14,2 en Actividad y Reposo y de 13,7 en Funcionamiento y desarrollo Personal.

Grupo experimental (n= 28): para la puntuación global de la ASA, la media inicial fue de 66,3 puntos (DE= 12,4) con una amplitud central entre cuartiles Q1= 55,3 y Q3= 77,8. De manera similar, los puntajes por dimensión fueron: de 5,2 en Interacción Social, de 34,2 en Interacción Personal, de 2,6 en Consumo de Alimentos, de 12,9 en Actividad y Reposo y de 11,4 en Desarrollo Personal.

**Tabla 14. Nivel basal de la ASA*
grupo Control (n= 24) y grupo experimental (n= 28)**

Variable	Control basal (n= 24)					Experimental basal (n= 28)				
	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3
Asa_Prom	3,2	0,8	3,2	2,4	3,9	2,8	0,5	2,8	2,3	3,2
ASA	76,0	20,2	76,0	58,3	94,3	66,3	12,4	67,5	55,3	77,8
A1. Int.Social	5,7	2,3	6,0	4,0	7,0	5,2	1,6	6,0	4,0	6,0
A2. Int. Personal	39,5	13,3	43,0	28,3	49,8	34,2	8,2	37,0	27,3	41,0
A3. Consumo alimen	2,9	1,3	3,0	2,0	4,0	2,6	1,0	2,5	2,0	3,0
A4. Actividad y repos	14,2	2,8	15,0	11,3	16,0	12,9	2,9	13,0	11,0	15,0
A5. Desarrollo Perso	13,7	4,3	12,5	11,0	18,0	11,4	3,1	12,5	9,0	14,0

* Test T para muestras pareadas
Fuente P. Guato

VII.2 Análisis correlacional

VII.2.1 De los factores sociodemográficos, del cuidado, de percepción de la Salud, presencia de enfermedades y los efectos del cuidado, identificar aquellas variables que se relacionan con la Agencia de Autocuidado basal.

Para explorar que factores se relacionan con su nivel de Agencia de Autocuidado, se utilizó regresión lineal múltiple entre la variable dependiente ASA basal y las posibles predictoras: suma de las enfermedades crónicas diagnosticadas, suma de las actividades instrumentales de la vida diaria, relación de vivienda con el adulto mayor, lugar de residencia, tiempo en horas de dedicación al cuidado, tiempo de cuidado en años. En este modelo solo presentó significancia la variable edad ($p= <0,001$) explicando un 9,7%. Luego se probaron varios modelos, obteniéndose un modelo final (Tabla N° 15) con la variable edad, sexo y relación de vivienda con el adulto mayor, explicando un 11,4% (Coeficiente de determinación). En este modelo se observa que por cada año que aumenta la

edad del CPI, el ASA disminuye aproximadamente 0,5 puntos para igualdad de sexo y de relación de vivienda.

Tabla 15. Factores que se relacionan con la Agencia de Autocuidado basal, resumen del modelo final (Regresión lineal múltiple).

Coeficientes							
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p	95,0% intervalo de confianza para B	
	B	Desv. Error	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	101,82	4,54		22,426	<0,001	92,865	110,779
Edad	-0,43	0,089	-0,334	-4,788	<0,001	-0,602	-0,251
Sexo hombre	-2,87	3,43	-0,058	-0,838	0,403	-9,641	3,891
Vive_247	-2,22	2,773	-0,056	-0,8	0,425	-7,689	3,251

Variable dependiente: Global ASA Inicial

R2 ajustado=0,114

Fuente P. Guato

VII.2.2 Efecto de la intervención de enfermería en cada dimensión de la ASA del CPI del adulto mayor

En esta Tabla 16, se muestra el resumen para las mediciones basal y posterior del grupo control (n=24). Se muestran los estadígrafos descriptivos, además de la comparación mediante test T para muestras pareadas.

En primer término, se detectó, para la puntuación global de la escala ASA, una media inicial de 76,0 (DE= 20,2) con una amplitud central entre cuartiles Q1= 58,3 y Q3= 94,3; una media final de 71,8 (DE= 9,4) con una amplitud central entre cuartiles Q1= 64,0 y Q3= 79,8. No se detectaron diferencias significativas entre ambas aplicaciones (p= 0,3902; entre ambas aplicaciones antes y después), un tamaño del efecto bajo de 0,032%, valor justificado por ser el grupo control.

Del mismo modo, no se detectaron diferencias significativas en las puntuaciones medias por dimensión, esto es: de 5,7 a 5,5 en Interacción Social (p=,7738), de 39,5 a 37,9 en Interacción Personal (p=,5920), de 2,9 a 2,6 en Consumo de Alimentos (p=,3733), de 14,2 a 12,7 en Actividad y Reposo

($p=,1168$) y de 13,7 a 13,0 en Funcionamiento y desarrollo Personal ($p=,5188$). En todas las dimensiones se muestra un tamaño del efecto bajo por ser el grupo control.

Tabla 16. Efecto de la intervención en grupo control (n= 24)*

Variable	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	h ²
	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3			
ASA	76,0	20,2	76,0	58,3	94,3	71,8	9,4	74,5	64,0	79,8	-0,88	0,3902	0,032
A1. Int.Social	5,7	2,3	6,0	4,0	7,0	5,5	1,4	6,0	4,0	6,8	-0,29	0,7738	0,004
A2. Int. Personal	39,5	13,3	43,0	28,3	49,8	37,9	5,9	39,5	32,3	42,8	-0,54	0,5920	0,013
A3. Consumo aliment	2,9	1,3	3,0	2,0	4,0	2,6	1,0	2,0	2,0	3,0	-0,91	0,3733	0,035
A4. Actividad y reposc	14,2	2,8	15,0	11,3	16,0	12,7	2,7	12,5	10,3	14,8	-1,63	0,1168	0,104
A5. Desarrollo Person	13,7	4,3	12,5	11,0	18,0	13,0	2,7	13,0	11,0	14,8	-0,66	0,5188	0,018

* Test T para muestras pareadas
Fuente P. Guato

Se describen los niveles del ASA antes y después, según su puntaje en la Tabla 17. En el grupo control se observa que un CPI calificó en ASA-Baja y mejora a ASA-media sin intervención; así mismo los 19 CPI que poseían una ASA-Media se mantienen en el mismo nivel; de igual manera 4 CPI reportaron una ASA-alta y se mantuvieron en ese nivel.

Tabla 17. Grupo Control (n= 24) valores ASA – puntaje

Control (n=24)		Después			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Antes	Bajo	0	1	0	1
	Medio	0	19	0	19
	Alto	0	4	0	4
	Total	0	24	0	24

En la Tabla 18, se muestran los resultados obtenidos para el grupo experimental (n= 28). Para la puntuación global ASA, la media inicial fue de 66,3 puntos (DE= 12,4) con una amplitud central entre cuartiles Q1= 55,3 y Q3= 77,8; y aumentando en la etapa final a 98,4 puntos (DE= 12,5), con una amplitud central entre Q1= 86,3 y Q3= 107,0 puntos. Este aumento es altamente significativo ($p < ,0001$) con un tamaño del efecto grande.

De manera similar, se observaron aumentos altamente significativos por dimensión ($p < ,0001$), esto es: de 5,2 a 8,4 en Interacción Social, de 34,2 a 51,0 en valores de la Interacción Personal, de 2,6 a 4,2 en Consumo de Alimentos, de 12,9 a 17,9 en Actividad y Reposo y de 11,4 a 16,9 en Desarrollo Personal. Todos estos aumentos contaron con un tamaño del efecto $\eta^2 = 48\%$.

Tabla 18. Efecto de la intervención para el grupo experimental (n= 28) *

Variable	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	h^2
	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3			
ASA	66,3	12,4	67,5	55,3	77,8	98,4	12,5	104,0	86,3	107,0	11,0	<0,0001	0,817
A1. Int. Social	5,2	1,6	6,0	4,0	6,0	8,4	1,8	9,5	6,3	10,0	6,8	<0,0001	0,632
A2. Int. Personal	34,2	8,2	37,0	27,3	41,0	51,0	7,0	54,0	45,5	56,0	9,2	<0,0001	0,756
A3. Consumo alimentos	2,6	1,0	2,5	2,0	3,0	4,2	0,8	4,0	4,0	5,0	7,3	<0,0001	0,665
A4. Actividad y reposo	12,9	2,9	13,0	11,0	15,0	17,9	2,9	18,5	17,0	19,8	6,7	<0,0001	0,621
A5. Desarrollo Personal	11,4	3,1	12,5	9,0	14,0	16,9	2,1	18,0	15,3	18,0	8,1	<0,0001	0,708

* Test T para muestras pareadas
Fuente P. Guato

Se describen los niveles del ASA antes y después, según su puntaje en la Tabla 19. En el grupo experimental, 3 CPI reportaron una ASA-baja y luego de la intervención 2 CPI mejoran a ASA-media y 1 alcanza ASA-alta; 25 se encontraron en una ASA-media y después de la intervención 8 se mantienen en el mismo nivel y 17 alcanzan una ASA-alta, evidenciando el efecto del programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”.

Tabla 19. Grupo Experimental (n= 28) valores ASA-puntaje

Experimental (n=28)		Después			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Antes	Bajo	0	2	1	3
	Medio	0	8	17	25
	Alto	0	0	0	0
	Total	0	10	18	28

Fuente P. Guato

En la Tabla 20, se presentan los resultados para las diferencias entre las medias por etapa, para cada grupo, realizándose una prueba T de medias independientes. El objetivo de esta tabla fue evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las magnitudes de los cambios en las medias.

Considerando esto, se puede observar que en todos los casos (puntaje total y puntaje por dimensiones) existen diferencias importantes ($p < ,0001$), esto debido a que en todos los casos del grupo control se produjeron disminuciones en los valores de la ASA y, por el contrario, en el grupo experimental todos los valores en las puntuaciones de la ASA aumentaron.

Estos resultados permiten indicar que la intervención ha resultado ser efectiva al observarse un aumento del ASA basal a la post-intervención de 32,04 puntos, es decir, una mejora del 48% en los niveles del ASA, incrementando sus niveles de manera significativa.

Tabla 20. Efecto de la intervención*

Diferencia grupo control vs Diferencia grupo experimental (n= 24)

Dif.Control vs Dif Experimental	Dif Control (n= 24)					Dif Experimental (n= 28)					Estadígrafo	valor p
	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3	Media	D.E.	Mediana	Q1	Q3		
ASA	-4,25	23,77	-2,00	-25,75	18,50	32,04	15,45	30,50	20,75	45,25	-6,41	<0,0001
A1. Int.Social	-0,17	2,81	0,00	-2,00	1,75	3,21	2,50	3,00	1,25	4,75	-4,59	<0,0001
A2. Int. Personal	-1,63	14,65	-4,50	-15,75	14,25	16,82	9,73	17,50	10,25	24,75	-5,26	<0,0001
A3. Consumo alimentos	-,2917	1,57	0,00	-1,00	1,00	1,57	1,14	2,00	1,00	2,00	-4,94	<0,0001
A4. Actividad y reposo	-1,46	4,38	-1,50	-5,00	1,75	4,96	3,95	6,00	3,25	7,75	-5,56	<0,0001
A5. Desarrollo Personal	-0,71	5,30	-0,50	-5,50	3,00	5,46	3,57	5,00	2,25	7,75	-4,99	<0,0001

* Tes T de medias independientes

Fuente P. Guato

VII.2.3 El programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, mejora el nivel de la ASA del CPI del AM con dependencia leve y moderada

Al analizar la información de la investigación se evidencia que el programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” mayoritariamente mejoró el nivel del ASA del CPI o a su vez conservó el nivel inicial de los mismos. Cabe destacar, que en este grupo no se observa que las CPI hayan disminuido el nivel del ASA después del programa de intervención. En tal sentido, la Teoría de Orem señala que el Sistema de Enfermería de Apoyo-Educativo, como es el caso de esta investigación, aportó al conocimiento, al fortalecimiento de habilidades y destrezas, así mismo, se motivó a la CPI a mantener la salud y la vida como un derecho.



VIII.CAPITULO: DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación han permitido evaluar el efecto de un programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, con el propósito de mejorar la Agencia de Autocuidado de las cuidadoras/es de adultos mayores.

En relación a las **características sociodemográficas del cuidador principal informal** el resultado obtenido en la investigación evidencia que, en cuanto al **sexo**, esta labor recae mayoritariamente en la mujer. Los resultados son similares a datos presentados en casi la totalidad de estudios realizados sobre cuidadores/as, caracterizando a la mujer como la persona que realiza esta labor (33,34,146). Túrto y col. (33), manifestaron en un estudio realizado en Cuba que aún el cuidado sigue siendo marcado por estereotipos de género, que legitima que la mujer tiene mayores habilidades y está mejor preparada para asumir este rol. Pabón y col. (34), confirman la feminización del cuidado informal y esto responde a un fenómeno histórico-cultural que sobrevive en las prácticas actuales de la sociedad que asignan a la mujer el rol de cuidadora, promoviendo que esta labor sea carente de reconocimiento familiar y social (34). En Ecuador, esta realidad no es diferente a la del resto del mundo; la mujer continúa siendo la elegida para realizar el cuidado. A pesar de que se proclama que la encargada del cuidado es la familia, de forma natural, la responsabilidad del cuidado siempre recae en la mujer. Organizaciones internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha propuesto trabajar por una igualdad de género en el trabajo del cuidado, reconociendo que es una necesidad reconocer y valorar el trabajo de cuidados no remunerados (147). Se reconoce entonces, la existencia de inequidad en cuanto al ser cuidador hombre o mujer, y esa inequidad avanza al Estado cuando deja toda la responsabilidad del cuidado a la familia y de sus miembros, a la mujer.

En cuanto a la **edad**, las cuidadoras reportaron encontrarse en el rango de entre 51 a 60 años, concordando con Pabón y col. (34), quienes resaltan que los

cuidadores/as se ubican dentro del mismo rango de edad. No obstante, Flores y col. (32), muestran que la edad promedio del cuidador primario informal incorpora a personas jóvenes en el cuidado del adulto mayor, enfatizando que estos cuidadores/as serán los futuros adultos mayores con dependencia. Cabe destacar, en esta investigación, la presencia minoritaria de cuidadores/as de 70 años y más, cuestión que puede tener explicación en el incremento de la esperanza de vida al nacer en el Ecuador, que para el año 2020, correspondió a 80,02 años para la mujer y 79,5 años para los hombre (148). Barreto y col.(36), describen también a cuidadores/as de 70 años y más en porcentajes bajos. García et al. (34), señalan que la necesidad de cuidado informal se requiere permanentemente, es decir, todos pueden llegar a ser cuidadores/as en cualquier edad de la vida.

Respecto al **nivel de educación**, aun cuando hay varios estudios que señalan que el nivel de educación de las cuidadoras principales informales es eminentemente primaria (34,35), el nivel de educación de las cuidadoras en esta investigación correspondió a secundaria completa, es decir, 12 años de estudios aprobados, concordando con el estudio de Rodríguez-Delgado y col. (149) realizado en Loja, Ecuador. Aunque las cuidadoras estudiadas por ellos se dedicaban a atender a personas con discapacidad, su nivel educacional más frecuente fue el secundario. Entonces, estamos frente a un grupo que puede asimilar muy bien el proceso de enseñanza aprendizaje para un cambio conductual. Este nivel de formación supera un poco lo señalado por Pozo et al. (150), quienes informan que el nivel de escolaridad de la población ecuatoriana para el año 2018 alcanza un promedio 10,1 años de escolaridad. Este avance favorece la implementación de estrategias que apunten a mejorar la salud de las cuidadoras, demostrado en este estudio, por cuanto permitió, por ejemplo, la ejecución de la intervención vía online, uso de herramientas digitales y redes que favorecieron el éxito del programa; sin duda, el nivel educacional de los grupos de estudio fue un factor importante.

Respecto al **lugar de residencia**, mayoritariamente las cuidadoras residen en zonas urbanas, cuestión que se justifica por la ubicación del hospital estudiado. Sin embargo, y aunque solo están representados por 6 cuidadoras que viven en zonas rurales, 2 del grupo control y 4 del experimental, se pudo constatar la dificultad que tienen las cuidadoras que viven fuera del área urbana. Como lo mencionan Argulló y col. (151), la soledad y abandono persisten en el entorno rural, lo cual dificulta y aumenta el costo de acceder al transporte público para poder llegar al hospital en busca de atención de salud para el adulto mayor. Aunque no era parte de la investigación, fue constante la necesidad de hacer gestiones para que las citas del adulto mayor a su cargo, en el hospital, sean en un mismo día, con el propósito de disminuir la ansiedad que les provocaba el gasto económico en transporte y los constantes viajes para trasladar al adulto mayor. Se observó que muchas situaciones que provocaban estas citas pueden ser atendidas en las unidades de salud más cercanas a su hogar (151) y que hay un grupo de cuidadoras que ameritan la implementación de acciones complementarias, por ejemplo, visitas domiciliarias en hogares rurales para resolver actividades de seguimiento del adulto mayor, menos complejas, que se puede resolver teniendo una adecuada coordinación con los centros de salud de atención primaria, facilitando con ello la continuidad del cuidado en el propio hogar.

En cuanto al **estado civil**, las cuidadoras se reconocen mayoritariamente como casadas, concordando con el estudio realizado en Colombia por Fajardo y col. (35) quienes concluyen que este estado hace que la mujer cuidadora tenga que responsabilizarse y responder ante varios roles por tener una pareja e hijos a su cargo, situación predictora de sobrecarga en el cuidador. En este contexto, Flores y col. (38) también hacen referencia que en Chile las cuidadoras mayoritariamente están casadas y como mujeres se desempeñan como madres de familia, esposas e hijas, cumpliendo varias funciones impuestas por patrones culturales y sociales. La situación de cuidar al otro, no solo afecta al cuidador principal informal, sino también se ve afectado el entorno familiar, incluyendo a la

pareja y los hijos del cuidador, escenario que desencadena disfuncionalidad familiar, como lo reconoce López y col. (152) al manifestar que el resultado de cuidar a un adulto mayor en un ambiente conflictivo, donde el cuidador no cuenta con el apoyo necesario, es una problemática común que surge del desarrollo del cuidado. Lo anterior implica trabajar con la familia para lograr un enfoque diferente del cuidado, ahora basado en el apoyo y cambio de roles entre los miembros de la familia y fortaleciendo la interacción social, aspecto esencial en la construcción de la Agencia de Autocuidado del cuidador.

En relación al **parentesco con el adulto mayor**, en esta investigación las cuidadoras se declaran, mayoritariamente, hijas de los adultos mayores. Al respecto, Rodríguez y col. (153), señalan que el cuidado puede ser desarrollado por familiares, amigos, vecinos u otras personas y que principalmente se sustenta en relaciones afectivas y de parentesco, que son mejor desarrolladas por las hijas dentro del componente familiar. Al respecto, es importante observar lo que señala Zueras y col. (37), quienes refieren que los conyugues se cuidan mutuamente mientras pueden, pero, si uno de ellos fallece, es reemplazando, generalmente, por la hija quién asume el rol de cuidadora principal informal. En este sentido, Ruiz y col. (154), hacen referencia a la inversión de roles, es decir, las generaciones de hijas se encuentran en el cuidado de los padres adultos mayores en la actualidad. Este vínculo natural familiar favorece la disposición para realizar el cuidado con afecto, pero, al mismo tiempo, la cuidadora tiene un impacto emocional al ver como el proceso del envejecimiento va afectando la independencia del padre, madre u otro familiar a su cuidado, deteriorando la salud del cuidador con el pasar de tiempo. Se advierte en la actualidad que la oportunidad laboral para mujeres y la disminución de la fecundidad, serían barreras para que las hijas sigan asumiendo la responsabilidad del cuidado informal del adulto mayor (37) y en poco tiempo no existirá quien asuma el rol del cuidar a la familia y a los miembros dependientes en el hogar.

Las cuidadoras manifiestan que en general los **integrantes del grupo familiar** son 3 personas, coincidiendo con lo señalado por Flores y col. (30), quiénes indican que las responsabilidades del cuidador se amplían al grupo familiar, es decir, el cuidador asume también la responsabilidad por velar del bienestar de los otros miembros de la familia, siendo esta situación un factor que coadyuva al deterioro de la salud del cuidador, sobre todo cuando los integrantes del grupo familiar superan las 3 personas. La OIT reconoce como cuidado no remunerado al trabajo del cuidado más las funciones para favorecer el bienestar, la salud y el mantenimiento de los integrantes del grupo familiar (147), pero aun así, son insipientes las políticas de los países que amparan al cuidador principal por toda la labor anexa que realizan, aunque, hay que reconocer, que organizaciones internacionales como la OMS, OPS y la propia OIT sí trabajan con la finalidad de mejorar estas condiciones de trabajo para el cuidador.

Respecto a la **relación de la vivienda del cuidador con la del adulto mayor**, los cuidadores/as afirman, mayoritariamente, que viven en la casa del adulto mayor que cuidan, coincidiendo con Flores y col. (30) que lo observa en el 72,9% de cuidadores/as. Esta situación que se veía por parte de la familia y la sociedad como algo favorable para el cuidador, implica una sobrecarga de trabajo que dura las 24 horas del día, sin el debido reconocimiento familiar. Esta realidad desmotiva al cuidador y es un factor más que afecta su salud. En efecto, Lemus y col. (23), que analizaron la distribución del tiempo en varias actividades que realiza el cuidador en una rutina diaria, lograron tener una visión global de la vida cotidiana de quienes cuidan y conviven con personas dependientes y estimaron los efectos negativos del cuidado sobre los cuidadores/as, por cuanto, su labor, no solo es instrumental, sino también emocional. Así mismo, Kovayasí y col. (155), refieren que la convivencia permanente del cuidador con el adulto mayor es una situación desfavorable para el cuidador, asintiendo que existe mayor tiempo de exposición a los efectos negativos del cuidado, aun cuando, esta misma circunstancia es favorable para el adulto mayor. La literatura demuestra que cuando el cuidador vive con el adulto mayor, no hay límites de tiempo en el

cuidado, cuestión crítica y trascendental que obliga a cuidar del cuidador con la implementación de estrategias de apoyo familiar o institucional que le den un respiro y se disminuyan los riesgos de quebrantar su salud.

En cuanto a las **características del cuidado**, específicamente respecto al **apoyo para el cuidado del adulto mayor**, los cuidadores/as declaran que es raro o nunca lo reciben. Esto coincide con Hernández y col. (156) quienes declaran que los cuidadores/as no recibe apoyo para el cuidado, y además, expresan la necesidad permanente de poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona para poder descansar, lo cual, contribuye a que el cuidador priorice los cuidados al otro y descuide su cuidado propio. Por ello Flores y col. (30), insisten en la necesidad de apoyo a los cuidadores/as de familiares de adultos mayores con la finalidad de evitar o retardar el deterioro de la salud del cuidador y Felipe y col. (157), avanzan a la figura de un cuidador secundario que no solo disminuye la carga del cuidador, sino también contribuye a la salud de ambos, adulto mayor y cuidador. Se evidencia que el apoyo que recibe el cuidador principal informal para el cuidado sigue siendo insuficiente y como lo enuncia la literatura, este contexto invita al sistema de salud a buscar estrategias, planificar y gestionar programas o proyectos que permitan que el cuidador tenga un espacio de respiro en su labor el cuidado.

Se identificó que **el tiempo de cuidado en años** declarado por los cuidadores/as, correspondió, más frecuentemente, al rango de 1 a 6 años de dedicación al cuidado. Este resultado, aunque menor en años, se aproxima a lo encontrado por Felipe y col. (157), que reportaron un promedio de 6,9 años de dedicación al cuidado. Sin duda, la labor del cuidado es de tiempo prolongado, agotadora y estresante, desencadena problemas serios de salud, afectando negativamente la posibilidad de ejercer el autocuidado propio. Kovayasí y col. (155) manifiestan un sinnúmero de efectos negativos que provoca el trabajo prolongado del cuidado: promueve la sobrecarga del cuidador, agotamiento físico

y emocional, ruptura familiar, aislamiento social y la pérdida de la identidad del cuidador.

El **tiempo en horas de dedicación al cuidado** mayoritariamente era de 16 y 24 **horas** diarias, realidad que coincide con el estudio de Del Campo y col. (158), quienes manifiestan más de 17 horas diarias de dedicación al cuidado, con jornadas desgastantes para el cuidador. Asumiendo esta realidad, Rogero (159), expresa que como la distribución del tiempo para el cuidado no es equitativa y no ha sido lo suficientemente estudiada, es necesario investigar, no solo el tiempo que emplea el cuidador para el cuidado, sino más bien el tiempo requerido por el adulto mayor para satisfacer sus necesidades, si el cuidado es agradable o desagradable o, a su vez, si el cuidador eligió esa labor o se la impusieron. Todos estos factores posiblemente nos permitirían analizar el tiempo real del cuidado y lo cierto es que los autores relacionan al tiempo dedicado al cuidado como un elemento que favorece el deterioro del cuidador en todas sus esferas. No por ser informal debemos olvidar que existen políticas dedicadas al trabajo de garantizar los derechos humanos, la autonomía y el bienestar de los cuidadores/as principales informales no remunerados. Sin duda todavía hay mucho por hacer (147).

Con todo, al explorar la **percepción del nivel de cuidado** de los cuidadores/as fue más frecuente la categoría alta, precisamente por la alta intensidad en tiempo de dedicación diaria y cuidados prolongados (160,161). Así, Cordero y col. (24), exponen que el cuidador está en situación de alta vulnerabilidad, por el estrés e incertidumbre que produce el cuidado de un adulto mayor(34). Evaluar el cuidado como una actividad de alto esfuerzo, se transforma en un pedido silencio de las cuidadoras al sistema de salud, por estrategias que disminuyan la tarea del cuidado.

Entre las **actividades que realiza durante el cuidado**, las cuidadoras mayoritariamente afirman que se dedican a los quehaceres domésticos, además,

de satisfacer las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), concordando con varios autores (159,162,163), que todos estos cuidados son catalogados por la familia y la sociedad como un "todo". Esto se agrava, según Lemus y col. (23), cuando el grado de dependencia del adulto mayor en las actividades básicas es alto. Por ello, las políticas de cuidado deben ser sensibles a esta realidad y teniendo en cuenta los derechos humanos y a todos los que participan en este proceso, cuidador, familia, adulto mayor y sociedad, los sistemas de salud deben valorar el trabajo multifuncional y extenuante que realiza el cuidador.

Al analizar si los cuidadores/as contaban con el **seguro social por el cuidado** predominantemente su respuesta fue que este grupo no contaba con seguridad social, aun cuando en Ecuador se reconoce el trabajo domiciliario en el artículo 34 de la Constitución de la República, en donde se establece que “incluye a toda persona que realiza la labor del cuidado al otro” y se reconoce el derecho a la seguridad social a toda persona que ejecuta un trabajo domiciliario no remunerado, que incluye el cuidado a un familiar directo (20). Al respecto y coincidiendo con lo que resultó en esta investigación, la OMS (149) afirma que las cuidadoras se ven afectadas por una baja cobertura de la protección social y laboral y lo aduce al desconocimiento de los beneficios sociales que poseen los cuidadores/as y a tener que enfrentar un trámite administrativo demoroso. Todo lo anterior hacen que el cuidador no exija sus derechos.

Complementando el análisis de esta variable, vale observar lo que pasa en Latinoamérica y el Caribe, porque ya existen varios países que cuentan con leyes que amparan al cuidador. En países como Costa Rica, Colombia, Panamá y Perú hay legislaciones específicas que otorgan derechos a cuidadores/as y cuidadoras, Colombia cuenta con la ley 33 de 2009, en la cual se reconoce al Cuidador Familiar en casa para personas en estado de dependencia (16). Así mismo, varios países disponen de estrategias, planes y programas, por ejemplo, en Ecuador, además, el cuidador principal informal de personas con discapacidad

recibe el Bono Joaquín Gallegos Lara (USD 240 por mes); en Chile se implementó el Programa de atención domiciliaria a personas con discapacidad severa reciben y el cuidador es apoyado económicamente (USD 35 por mes); Costa Rica otorga beneficios para los cuidadores/as de personas en fase terminal; Uruguay cuenta con un proyecto de Sistema Nacional de Cuidados, proyecto Piloto de Apoyo parcial a los cuidadores/as de personas con dependencia. A su vez, Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México y Paraguay cuentan con programas de capacitación para las cuidadoras (16). En suma, es importante reconocer el trabajo que están realizando varios países con la finalidad de apoyar al cuidador, sin embargo, este trabajo invita a todas las instancias para que existan cambios en los procesos de implementación y mayor difusión para que las políticas y leyes no sean leyes muertas, escritas en papel.

Ecuador cuenta con un aporte económico para las CPI, el mismo que por sí solo no es suficiente, se debe contribuir a la capacitación permanente en el proceso de adopción de este rol e incluir otros aspectos que fortalezcan la creación de un sistema de cuidado nacional que cuente con políticas locales de reconocimiento al cuidador familiar, como un sujeto de derechos que merece cuidado del Estado, del Sistema de salud y del Sistema laboral y social.

Uno de los derechos del cuidado es el **tiempo de descanso** y en esta investigación las cuidadoras declaran significativamente no haber tenido descanso del cuidado. Como dice Yepes y col. (164), conocedores de que el cuidado informal no tiene límites y requiere de tiempo completo, es trascendental concientizar que debemos cuidar al cuidador, apoyo que debe venir fundamentalmente de los sistemas de salud, pues el impacto del cuidado no se resuelve con el compromiso del cuidador, sino más bien, desvinculando por un tiempo al cuidador de su labor, pues el descanso es indispensables para renovar las energía (159). En este contexto, nuevamente se llama a la familia, a la sociedad y al sistema de salud a buscar estrategias de respiro para la persona que realiza este cuidado.

Respecto de la **Salud del cuidador**, en la presente investigación las cuidadoras predominantemente expresan que la **percepción de la salud antes del cuidado** fue buena y **la percepción actual de su salud** es regular, concordando con el resultado del estudio de López y col. (164), quienes, aun cuando lo midieron una sola vez, encontraron que los cuidadores/as respondieron que su salud actual era mala o muy mala. Como consecuencia concluyeron que esta percepción negativa era un factor desencadenante en la ocurrencia de problemas de salud físicos y psíquicos y contribuía a la aparición del llamado “Síndrome del cuidador”. Así mismo, Felipe y col. (157), también encontraron que la salud antes del cuidado era buena, pero después de asumir el rol de cuidador observaron cambios en su cuerpo y en su salud. Se observa, entonces, que el estado de salud es invisible para el propio cuidador, la familia, la sociedad y el Estado (32), lo que nos obliga a implementar programas de seguimiento y medición de la percepción de salud de los que cuidan, con el propósito de anticiparnos a sus necesidades de mantención de su salud.

Coincidiendo con lo anterior, la realidad de las cuidadoras estudiadas es que todas presentan, al menos, una **enfermedad crónica diagnosticada**, entre las que se destacan, en orden secuencial, las enfermedades cardiovasculares, las gástricas y las osteomusculares. El estudio de Hernández y col. (156), coincide con estos resultados, cuando resaltan que las cuidadoras presentan problemas osteoarticulares, cefalea, astenia y fatiga, dejando ver que estos problemas incrementaban el riesgo cardiovascular. Un aspecto importante de considerar es que estos investigadores concluyeron que los cuidadores/as, por su labor, tienden a presentar problemas psíquicos, discrepando con esta investigación en donde las cuidadoras no manifestaron tener este tipo de problemas de salud, posiblemente porque no las saben reconocer y con el tiempo pasan desapercibidas. Un elemento que avala esta aseveración es que en el estudio de Hernández y col. (156) se encontró que los cuidadores/as son las personas que menos requerimientos de atención médica solicitan, lo que influye a que sean infra diagnosticados, cuestión que favorece la aparición de

enfermedades crónicas sin tratamiento oportuno y con mayores dificultades de recuperación.

Igual como resultó en este estudio, es importante señalar que la literatura advierte que un 78,5% de los cuidadores/as tiene alguna enfermedad crónica relacionada a la exigencia del cuidado (165), ya sean cardiovasculares y digestivas (166), y que posterior al cuidado las cuidadoras registran una y dos o más enfermedades combinadas como hipertensión arterial y diabetes mellitus (33). Este panorama requiere de intervenciones que retarden la aparición de estas y si ya están presentes, realizar programas dando prioridad al cuidador en los sistemas de salud y realizar seguimiento.

Respecto a los **efectos emocionales del cuidado** y a pesar de lo anterior, fue grato encontrar que el grupo de cuidadoras estudiadas declararon que los efectos emocionales de su labor eran positivos, mayoritariamente. Esto no nos debe dar tranquilidad a la hora de evaluar las emociones del cuidador porque se sabe que en el cumplimiento de su rol se experimentan diferentes sentimientos, como culpa, insatisfacción, soledad y tristeza; se sienten abandonadas, nerviosas, con dificultades para el descanso y el ocio; tienen problemas para dormir agravados por el deterioro de la situación económica, sentimientos todos que generan una situación que les impide experimentar un mínimo de bienestar (167).

Respecto a la **presencia de maltrato**, es relevante que aproximadamente la mitad de las cuidadoras manifestaron que sí recibían maltrato psicológico y aunque no es fácil encontrar literatura al respecto, Gonzales (168), hace referencia a los ancianos que maltratan, enfatizando que existen adultos mayores que maltratan o tratan mal a las personas, especialmente a sus cuidadoras, quienes han manifestado haber sufrido algún tipo de agresión: golpes, tocamientos, exigencias, desacreditación y calumnias. Este problema se presenta en el nivel más íntimo de la familia, a tal punto que lo naturalizan y es

difícil poder detectarlo, con el agravante de que con el pasar del tiempo, el maltrato puede convertirse en bilateral, es decir, desde el adulto mayor a la cuidadora y de la cuidadora al adulto mayor (168). Frente a esta realidad, es importante tener en cuenta que el riesgo de que ocurra maltrato en el cuidado es frecuente y de que se oculte, más aún. Esta situación nos invita a estar siempre alertas para pesquisarlo a tiempo, a la vez que contar con equipos multidisciplinarios que intervengan la diada adulto mayor-cuidadora en la resolución de problemas. En este contexto, se advierte la necesidad de buscar políticas para cuidar de la cuidadora como ser humano, con derechos y no solo como un ente que proporciona servicios.

En cuanto al **nivel basal de la Agencia de Autocuidado**, es importante enfatizar que tanto el grupo control como experimental alcanzaron un nivel medio en la ASA, resaltando que el grupo control tiene agencia media superior en 10 puntos al experimental, tal como en otras investigaciones realizadas en grupos de personas con enfermedades crónicas (169,170). Esto podría tener una fácil explicación en el nivel de educación de ambos grupos, que correspondió a secundaria completa, aun cuando esta variable no resultó significativa en los puntajes alcanzados de la ASA. Si bien es cierto la literatura señala que el nivel educativo es un factor que se relaciona con la agencia de autocuidado, es decir, a mayor nivel de educación, las personas tienen más conocimiento para el cuidado propio (171) y por el contrario, el nivel bajo de educación es una barrera para autocuidarse (172), al parecer la diferencia en este estudio podría estar en las características de grupo estudiado, siendo necesario realizar más investigaciones que permitan explicar por qué en los cuidadores/as el nivel de educación no influye en sus prácticas de autocuidado, es decir, independientemente del nivel de escolaridad, los cuidadores principales informales pueden recibir la intervención para mejorar su autocuidado.

Respecto a que solo la edad resultara como la única variable, de 20, que se relaciona con la capacidad, global y por dimensiones, de autocuidarse en el

grupo de cuidadoras, concuerda con lo señalado por Orem (115), quien expone que la edad es un factor básico condicionante del autocuidado. Teniendo en cuenta que esta relación es negativa, es decir, a mayor edad disminuye la capacidad de autocuidarse y considerando que la labor del cuidado es prolongada, a veces asumida por toda la vida, las que más necesitan apoyo son las cuidadoras de mayor edad. Esto es crítico a la hora de implementar equitativamente un programa educativo para autocuidarse, porque hay que dar prioridad en el seguimiento y vigilancia de prácticas de autocuidado a las cuidadoras que tienen mayor edad.

También es necesario seguir estudiando por qué las otras variables no tuvieron relación, entendiendo que, a nivel familiar y comunitario, las vivencias y experiencias de las personas son dinámicas, por lo tanto, influidas por múltiples factores que no se pueden controlar, pero estamos obligados a indagar mucho más respecto de este grupo, porque es un aporte al Sistema Sanitario y a la sociedad.

El efecto de la intervención de enfermería en cada una de las dimensiones de la ASA de la cuidadora principal informal del adulto mayor fue evidente, concordando con estudios de los últimos 7 años, Achury-Saldaña y col. (169) y Alarcón y col. (173) en el 2013, seguidos por Fernández y col. en el 2016 (170) y Peña y col. (174) en el 2020, que realizaron intervenciones educativas para mejorar los puntajes de la ASA

Particularmente Achury-Saldaña (169), posterior a medir el autocuidado con la ASA, intervinieron educativamente aspectos relacionados con la nutrición, la psicología, fisioterapia, medicina y enfermería, que comparativamente en esta investigación estarían relacionados con las dimensiones del programa educativo relativas a la nutrición, interacción social, interacción personal, desarrollo personal y actividad y reposo. Aun cuando no detallan el efecto por dimensión, sí señalan que en un período de tres meses el puntaje mejoró en 4,63 puntos.

De igual forma, tanto Alarcón (173) como Fernández (170) construyeron un programa educativo para fortalecer la alimentación y el ejercicio, en un período de 3 y 6 meses respectivamente, variables que se relacionan con las dimensiones del programa educativo de esta investigación relativas al consumo suficiente de alimentos y actividad y reposo, y mejoraron los niveles del ASA en los puntajes promedio el primero y en 23,4 puntos el segundo.

Por su parte, Peña (174) aplicó un programa basado en la revisión de la teoría del autocuidado de Orem y a través de un video educativo de 20 minutos, por 3 días, que estuvo enfocado a reforzar medidas de bioseguridad, nutrición, actividad física y descanso, administración de medicamentos, cuidado de los pies y autoestima, también tuvo efecto en el ASA, en cuya valoración inicial el 87,5% de los participantes obtuvieron una baja Agencia de Autocuidado y de ellos, posterior al programa, el 50% de los participantes mejoraron sus puntajes en la ASA.

Con todo, a pesar de que los grupos intervenidos eran diferentes, sí se puede evidenciar que tanto el modelo de Orem, en general, como las dimensiones de la Asa en particular, permiten construir un programa que resulta efectivo en potenciar la conducta de autocuidado y se pueden medir los efectos a partir de los 3 meses.

Según lo anterior, se puede decir que se verifica la hipótesis referida a que el programa de intervención “Enfermería Cuidando a los Cuidadores mejora el nivel de ASA y de cada una de sus dimensiones en las cuidadoras principales informales del adulto mayor con dependencia leve y moderada.

Es importante señalar que se implementaron elementos no planificados inicialmente, pero que por el contexto de la pandemia resultaron, a juicio de la investigadora, ser estrategias complementarias y favorables para el desarrollo

del programa. En efecto, el uso de las TIC (capacitación virtual por Zoom y el grupo WhatsApp entre las participantes y la investigadora), permitieron mantener al grupo en una interacción continua porque el índice de visualización es alto (175), con expresiones de cercanía apoyo y solidaridad que ha permitido que el grupo perdure hasta hoy y se mantenga activo. De igual forma, la experiencia virtual permitió aclarar dudas con respuesta rápidas y eliminó las brechas económicas que imponía el traslado de las cuidadoras al hospital para recibir al programa educativo.

Al mismo tiempo, el aplicar el **Proceso de Enfermería y las Taxonomías NANDA** para desarrollar con éxito el programa educativo en todas sus fases, permite verificar que son herramientas disciplinares a partir de las cuales se puede aplicar un proceso de investigación enfocado a gestionar el autocuidado desde la valoración hasta la evaluación. La etapa de valoración, sustentada con una búsqueda bibliográfica y en la aplicación del pre-test, permitió verificar el déficit de autocuidado de las cuidadoras; la etapa de diagnóstico se construyó con las 5 dimensiones de la agencia de autocuidado (Interacción social, interacción personal, consumo suficiente de alimentos, actividad y reposo y promoción de la salud); la etapa de planificación enfocada en la taxonomía NNN, proporcionaron los objetivos (NOC) y las temáticas de cada dimensión (NIC) del programa educativo; la etapa de ejecución permitió un desarrollo organizado y sistematizado de los tiempos establecidos, con actividades claras y precisas que favorecieron la adherencia a las reuniones; la evaluación, en donde se aplicó el pos-test, permitió verificar los progresos de los cuidadores/as en su autocuidado, demostrado por la mejora en los puntajes de la ASA.

Limitación del estudio

Esta investigación no estuvo exenta de las limitaciones impuestas por la pandemia COVID-19, que demoró el desarrollo de la investigación por cuanto las cuarentenas y las medidas de bioseguridad del Ecuador y en particular del sistema sanitario, retrasaron aplicar las intervenciones. Aun así y adecuadas las modalidades de acceso a las cuidadoras, se pudo desarrollar en su totalidad y terminar con éxito el estudio.

Se pensó que realizar una intervención por medio virtual sería una limitación para acceder a los cuidadores que cumplieran con este criterio. Ante esta situación es necesario resaltar que el porcentaje de personas que utilizaban internet en Ecuador en el año 2020 fue de 70,7% a nivel nacional, en el área urbana 77,1% y en el área rural 56,9% (176). Además, el HAIAM ante la presencia COVID-19 y las medidas de bioseguridad impuso la necesidad de implementar un registro de cuidadoras que contaban con red de internet y sabían manejar las mismas, con el objetivo de brindar atención médica al adulto mayor de forma virtual. Este contexto, fue finalmente una fortaleza que permitió reclutar sin mayor problema a los sujetos de estudio.

Una de las limitaciones de este estudio es que la dimensión actividad y reposo en la consistencia interna del ASA para esta muestra, no logro los valores adecuados demostrando baja confiabilidad, además, es la única dimensión que posee ítems invertidos, por lo tanto, estos resultados en esta dimensión deben ser vistos con cautela y no pueden ser concluyentes, queda como desafío para futuras investigaciones ver si la estructura factorial y confiabilidad de esta dimensión, con una muestra suficiente, mejora su confiabilidad. Espinoza y colaboradores, señalan que la confiabilidad de la escala ASA mejora si los ítems invertidos no se los considera y sugieren realizar nuevos estudios que complementen la validación del instrumento, para de esta forma poner en consideración esta herramienta al Sistema de Salud Pública (142).

IX. CONCLUSIONES

Podemos concluir que la cuidadora principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada:

Lo protagoniza una mujer, de mediana edad, con un nivel de educación de secundaria completa, casada, hija del adulto mayor y que vive en el hogar de este.

No recibe apoyo para el cuidado, cuida entre uno a seis años y por más de 16 horas diarias, percibe que su nivel de carga de trabajo es alto, que, junto a satisfacer las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria, también realiza quehaceres domésticos, no es beneficiaria del seguro social y por su labor tiene pocas oportunidades de descanso.

Su salud se ha deteriorado desde que cumple con el rol de cuidadora, presenta al menos una enfermedad crónica diagnosticada, y un grupo considerable declara maltrato psicológico, aun cuando el ejercicio del cuidado le proporciona un efecto emocional positivo.

Su nivel basal de la Agencia de Autocuidado es de nivel medio y si su rol permanece en el tiempo ese nivel medio disminuirá porque el avance de la edad es un factor condicionante básico negativo en la Agencia del Autocuidado.

Los programas educativos basados en la teoría de Orem, el proceso de enfermería y las Taxonomías NNN tienen un efecto positivo si queremos mejorar la conducta de autocuidado en las cuidadoras principales informales.

Se recomienda realizar trabajos similares en cuidadoras principales informales con la finalidad de visibilizarlas ante ellas mismas como personas, ante la familia, la sociedad y los sistemas de salud.

El programa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” fue un éxito por lo que se recomienda que este y todos los programas educativos para cuidadoras se mantengan en el tiempo y se realice seguimiento de ellos con la finalidad de retroalimentarlos. Fortalecer este apoyo es fundamental para el autocuidado de un grupo de personas que a pesar de la labor que realizan es invisible y vulnerable a tener déficit de autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Grupo Banco Mundial. Esperanza de vida al nacer, total (años) | Data [Internet]. 2019 [citado 24 may 2019]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
2. OPS: Organización Panamericana de la Salud,OMS Organización Mundial de la Salud C, <https://www.facebook.com/pahowho>. La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 24 may 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es
3. OMS: Organización Mundial para la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 2016. [citado 24 may 2019] Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
4. ONU: Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento [Internet]. 2016 [citado 24 may 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
5. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública. [Internet] 2005. [citado 24 may 2019]; 17:30; 7-22. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n5-6/307-322/>
6. CEPAL. Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. [Internet] 2005 [citado 24 may 2019]; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6815>
7. CEPAL. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. [Internet] 2012. [citado 24 may 2019]; p. 51. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7166-envejecimiento-desarrollo-america-latina-caribe>
8. Índex Mundi. Ecuador Distribución por edad – Población. [Internet] 2017 [citado 24 may 2019]. Disponible en: https://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html

9. United Nations. Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos [Internet]. 2019 [citado 6 sep 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
10. Rodríguez Quintana Tamara, Ayala Chauvin Marco Antonio, Ortiz Rosero María Fernanda, Ordoñez Paccha Mayra Beatriz, Fabelo Roche Justo Reinaldo, Iglesias Moré Serguei. Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador 2017. Rev haban cienc méd [Internet]. 2019 [citado 1 sep 2022]; 18(1): 138-149. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000100138&lng=es.
11. CONADIS: Consejo Nacional para la igualdad de las discapacidades. Personas con discapacidad registradas [Internet]. 2019. [citado 1 sep 2022] Disponible en: https://public.tableau.com/views/Discapacidad/Inicio?:embed=y&:showVizHome=no&:loadOrderID=0&:display_count=yes&:showTabs=y
12. Loredó-Figueroa M, Gallegos-Torres R, Xequé-Morales A, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A, et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enferm Univ. [Internet]. 2016 [citado 1 sep 2022];13(3):159-65. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>
13. UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas Una mirada sobre el envejecimiento [Internet]. 2017 [citado 1 sep 2022]; Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Una%20mirada%20sobre%20el%20envejecimiento%20FINAL21junB.pdf>
14. Oliveira D, Sousa L, Orrell M. Improving health-promoting self-care in family carers of people with dementia: a review of interventions [Internet]. Clinical Interventions in Aging. 2019 [citado 1 jun 2019]; Disponible en: <https://www.dovepress.com/improving-health-promoting-self-care-in-family-carers-of-people-with-d-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>
15. Lucero DS, Buendía DP, Sánchez DP. Envejecer y ser persona adulta mayor en época de la COVID-19. [Internet]. 2020 [citado 1 jun 2019]; :12. Disponible en: <https://puceapex.puce.edu.ec/web/covid19-medidas-preventivas/wp-content/uploads/sites/6/2020/07/Envejecer-ser-persona-adulta-mayor-COVID-19.pdf>

16. CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Nieves-Rico M. ¿Quién cuida a las cuidadoras? Políticas públicas para el cuidado no remunerado en América Latina [Internet]. 2015 [citado 26 abr 2022]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/nieves_rico.pdf
17. UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores_repositorio.pdf [Internet]. 2011 [citado 6 sep 2022]. Disponible en: http://www.gcronico.unal.edu.co/fileadmin/gcronico/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores_repositorio.pdf
18. SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor. Guía de Orientaciones Técnicas Programa Cuidados Domiciliarios [Internet]. 2017 [citado 25 may 2018]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia_de_Orientaciones_Tecnicas_PCD_VERSION_RESOLUCION_09_08_2017_-_copia.pdf
19. Casa Rosada Argentina. Desarrollo Social abrió registro de cuidadores para personas mayores [Internet]. 2017 [citado 25 may 2019]. Disponible en: <https://www.casarosada.gob.ar/informacion/actividad-oficial/9-noticias/38814-desarrollo-social-abrio-registro-de-cuidadores-para-personas-mayores>
20. MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social-Ecuador. MIES entrega reconocimiento a cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en Galápagos – Ministerio de Inclusión Económica y Social [Internet]. 2018 [citado 25 may 2020]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/mies-entrega-reconocimiento-a-cuidadoras-y-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-en-galapagos/>
21. Registro Oficial Órgano del Gobierno del Ecuador, Piso S. Ley Orgánica para la Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en el Hogar. [Internet] 2015 [citado 25 may 2020];16. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/ecuador_-_ley_org._para_la_justicia_labora_y_reconocimiento_del_trabajo_en_el_hogar.pdf
22. Jofré Aravena V. El cuidado informal como objeto de estudio. Rev Cienc Enferm. [Internet] 2011. [citado 25 may 2020];17(2):7-8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200001
23. Lemus Fajardo Nora María, Linares Cánovas Liyansis Bárbara, Linares Cánovas Lázaro Pablo. Nivel de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores frágiles. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado 2 sep 2022]; 22(5): 34-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000500008&lng=es

24. Cordero Cabrera M, Ferro González B, García Veloz M, Domínguez Álvarez J, et al. Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019.[citado 11 feb 2019]. (2):195-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200195
25. Moreno SC, Diaz LC. Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: Una herramienta para valorar la transición. Rev Investigaciones Andina. [Internet] 2018 [citado 23 may 2019];20(36). Disponible en: <http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/IA/article/view/968>
26. García Martínez C GCB. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. SEAPA [Internet].2017[citado 2 jun 2019];5. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-CuidadosDeEnfermeriaAlCuidadorFamiliarDePersonasDe-6079379%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-CuidadosDeEnfermeriaAlCuidadorFamiliarDePersonasDe-6079379%20(2).pdf)
27. Ruíz-Ríos AER, Navan-Galán MGN. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Rev Enf Neurol [Internet]. 2012 [citado 13 jun 2019];11(3):7. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/149/14926>.
28. Camargo-Sánchez A, Pachón-Rodríguez HL, Azevedo DPGD de, Parra-Chico WA, Niño-Cardozo CL. El tiempo en el cuidador del paciente con cáncer, un abordaje cualitativo. Rev Ciencia y Cuidado. [Internet] 2018 [citado 22 jun 2019];15(1):123-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=624918327>.
29. Berbiglia V, Banfield B. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. Modelos y teorías en enfermería. 9a ed. España: Elsevier Health Sciences. [Internet]. 2018 [citado 22 jun 2019]; 198-212. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6686834>
30. Rodríguez-Gázquez M de los Á, Arredondo-Holguín E, Salamanca-Azevedo YA. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). Rev Enferm Glob [Internet]. 2013 [citado 9 agt 2019];12(2). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.14792129>.
31. Rodríguez-Medina R. M., Landeros-Pérez M. E. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. Enferm. univ [Internet]. 2014 [citado 10 sep 2022]; 11(3): 87-93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000300003&lng=es.

32. Flores-Villavicencio M, Fuentes Laguna L, González Pérez G, Meza Flores I, Cervantes Cardona G, Valle Barbosa M, Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. Nure Inv [Internet]. 2017 Investigación. [citado 21 agt 2022]; 14(88). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1045/778>
33. Turtós Carbonell L, Rodríguez Rosa, Rodríguez Abreu, Omar Erislandy. Caracterización demográfica de cuidadores informales de ancianos con ictus y demencias en Santiago de Cuba. Encuentros [Internet]. 2016; [citado 21 agt 2022]; 14(2):61-72. Disponible en: <https://doi.org/10.15665/re.v14i2.795>
34. Pabón Poches D, Flórez García A, Sanabria Vera L, Pabón Poches D, Flórez García A, Sanabria Vera L. Estereotipos sobre la población adulta mayor en tres grupos etarios de cuidadores de personas mayores dependientes. Actual En Psicol [Internet]. 2019 [citado 21 agt 2019];33(127):63-80. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ap/v33n127/2215-3535-ap-33-127-63.pdf>
35. Fajardo Ramos E, Soto Morales A, Henao Castaño Á, Fajardo Ramos E. Sobrecarga del cuidador del adulto mayor en el barrio tierra firme de Ibagué (Colombia). Rev Salud Uninorte. [Internet]. 2019; [citado el 27 agt 2019]; 35(2): 264-276. Disponible en: <https://doi.org/10.14482/sun.35.2.618.97>
36. Barreto Osorio RV, Coral Ibarra R del C, Campos MS, Gallardo Solarte K, Támara Ortiz V. Male and female relative caregivers of people with chronic disease in Colombia: more similarities than differences. Rev Salud Uninorte. [Internet].2015 [citado 9 jul 2019];31(2):255-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522015000200007
37. Zueras Pilar, Spijker Jeroen, Blanes Amand. Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. Rev Elsevier. [Internet].2018 [citado 9 jul 2019];52(2):66-72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-evolucion-del-perfil-cuidadores-personas-S0211139X1730170131>.
38. Flores G, Rivas R , Seguel P . Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Rev Cienc Enferm. [Internet] 2012 [citado 9 jul 2019];18(1):29-41. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004

39. Flores N, Jenaro C, Moro L, Tomşa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. Rev Eur J Investig Health Psychol Educ [Internet]. 2015 [citado 9 jul 2019];4(2):79-88. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323171999_Salud_y_calidad_de_vida_de_cuidadores_familiares_y_profesionales_de_personas_mayores_dependientes_estudio_comparativo
40. Díaz Alfonso H, Lemus Fajardo N, Gonzáles Cosme W, Licort Monduy O, Gort Cuba O. Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. Cienc Médicas Pinar Río. [Internet]. 2015 [citado 9 jul 2019];19(3):478-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300011#:~:text=Resultados%3A%20queda%20demostrada%20la%20relaci%C3%B3n,calidad%20de%20vida%20del%20anciano.
41. Rivas Herrera J, Ostiguín Meléndez R. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Rev Enferm univ [Internet]. 2018 [citado 22 jul 2019];8(1). Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/273>
42. Anjos KF dos, Santos VC, Teixeira JRB, Oliveira RNS de, Boery EN, Moreira RM. Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2014 [citado 25 may 2019];29(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/253>
43. Cueto B, Martínez C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. Rev. RqR Enfermería Comunitaria. [Internet] 2017. [citado 15 jul 2019];5(3):30-44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=607937941>.
44. Blanco V, Guisande M, Sánchez M, Otero P, López L, Vázquez F. Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. Esp Geriátría Gerontol. [Internet]. 2019 [citado 15 jul 2019];54(1):19-26. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-sindrome-carga-del-cuidador-factores-S0211139X18305547?referer=buscador>
45. Montoya D, Machado S, Gvómez V. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. Sobrecarga Nos Cuid Princ Pacientes Com Dependência Perm No Âmbito Ambulatório. Rev Medicina UPB. [Internet]. 2018 [citado 15 jul 2019]; ;37(2):89-96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1590/159056349001/html/>
46. Balladares J, Carvacho R, Basualto P, Coli Acevedo J, Molina Garzón M, Catalán L, et al. Cuidar a los que cuidan: Experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. Psicoperspectivas. [Internet]. 2021 [citado 15 jul 2019];20(3):55-66. Disponible en:

<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/2397/1530>

47. DePasquale N, Bangerter L, Williams J, Almeida D. Certified Nursing Assistants Balancing Family Caregiving Roles: Health Care Utilization Among Double- and Triple-Duty Caregivers. *The Gerontologist*. [Internet]. 2016 [citado 15 jul 2019];56(6):1114-23. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/56/6/1114/2952883?login=false>

48. Metzelthin S, Verbakel E, Veenstra M, Van E, Ambergen A, Kempen G. Positive and negative outcomes of informal caregiving at home and in institutionalised long-term care: a cross-sectional study. *Rev BMC Geriatr* [Internet]. 2017 [citado 15 jul 2019];17(1):232. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0620-3>

49. Fradua I, Marañón U, Prieto R, Cabrera M. Cuidado, valores y género: la distribución de roles familiares en el imaginario colectivo de la sociedad española. *Inguruak*. [Internet]. 2019 [citado 25 may 2019]; 0(65). Disponible en: <http://inguruak.eus/index.php/inguruak/article/view/133>

50. Gutiérrez Barreiro R, Gómez Ochoa A. Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Rev Av En Enferm* [Internet]. 2018 [citado 21 may 2019]; 36(2):161-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n2/0121-4500-aven-36-02-161.pdf>

51. Riballo Cortés R, Luna M, González J. Conocimiento, actitud y autocuidado en pacientes con úlceras de pie diabético del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. *Enferm Vasc* [Internet]. 2019 [citado 21 jul 2019];2(3):11-7. Disponible en: <https://www.revistaevascular.es/index.php/revistaenfermeriavascular/article/view/34>

52. Salvadó-Hernández C, Cosculluela-Torres P, Blanes-Monllor C, Parellada-Esquius N, Méndez-Galeano C, Maroto-Villanova N, et al. Insuficiencia cardiaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. *Rev Aten Primaria*. [Internet]. 2018 [citado 21 jul 2019];50(4):213-21. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716304656>

53. Catalán GM, Cabriales EG, Valverde JM. Autocuidado del hombre con diabetes mellitus tipo 2: impacto del machismo. *Rev Enferm Glob*. [Internet]. 2018 [citado 21 jul 2019];17(3):1-25. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/1695-6141-eg-17-51-1.pdf>

54. Vargas Santillán M, Arana Gómez B, García Hernández M, Ruelas González G, Melguizo Herrera E, Ruiz Martínez A. Prácticas de autocuidado en adultos mayores: un estudio cualitativo en una población mexicana. *Rev*

Enfermagem Referência [Internet]. 2018[citado 21 jul 2019]; 6(16). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388256613012>

55. Rodríguez M, Arias S. Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. Rev Sul Am Psicol. [Internet]. 2018 [citado 23 jul 2019];1(2):216-34. Disponible en: <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/RSAP/article/view/1724/1589>

56. Morales M, López S, Delgado M, Mendoza D, García C, Olvera A. Self-care model and PreventionRisks Associated with Human Papilloma Virus in a Public University Located in Central Mexic [Internet]. 2018[citado 25 jul 2019]; 14(28). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/329100343_Self-care_model_and_PreventionRisks_Associated_with_Human_Papilloma_Virus_in_a_Public_University_Located_in_Central_Mexico

57. Patterson MG, Cuesta YP, Lemus E de la CC. Relación entre depresión y características sociodemográficas en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2018 [citado 25 jul 2019];34(1). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1513>

58. Martínez Debs L, Lorenzo Ruiz A, Llantá Abreu M del C, Martínez Debs L, Lorenzo Ruiz A, Llantá Abreu M del C. Carga del cuidador en cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. 2019 [citado 25 jul 2019];18(1):126-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000100126

59. Zepeda-Álvarez PJ, Muñoz-Mendoza CL, Zepeda-Álvarez PJ, Muñoz-Mendoza CL. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. Rev Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 25 jul 2019];30(1):2-5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100002

60. Bermejo LM, Cordeiro RA, Carvalho JC, Mota SP. Stresse emocional em cuidadores idosos de pessoas idosas. Rev Port Enferm Saúde Ment [Internet]. 2018 [citado 3 agt 2019];(SPE6)-30. Disponible en: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000200004&lng=pt.%20%20https://doi.org/10.19131/rpesm.0209.

61. Vargas L, Ramírez C, Polo J. Caracterización sociodemográfica y principales afecciones físicas y psicológicas del cuidador informal. Rev Pensam Am [Internet]. 2018 [citado 3 agt 2019];11(21-1). Disponible en:

<https://publicaciones.americana.edu.co/index.php/pensamientoamericano/article/view/265/334>

62. Espinoza Miranda K, Jofre Aravena V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Rev Cienc Enferm [Internet]. 2012[citado 3 agt 2019];18(2):23-30. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_03.pdf

63. Ramírez S, Arévalo J. Nivel de sobrecarga y factores asociados de los cuidadores primarios de los cuidadores primarios de los/as pacientes del Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca Ecuador [Internet]. 2015[citado 3 agt 2019]; :99. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22499>

64. Baudry A, Anota A, Bonnetain F, Mariette C, Christophe V. Psychometric validation of the French version of the Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers of cancer patients. Rev Eur J Cancer Care (Engl). [Internet]. 2019[citado 3 agt 2019];28(1): e12896. Disponible en: <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/kanser-hastalarinin-partnerleri-ve-bakicilari-icin-destekleyici-bakim-ihityaclari-anketi-toad.pdf>

65. López Díaz AL, Guerrero Gamboa S. International perspective relative to Orem General Theory. Rev Investig Educ En Enferm. [Internet]. 2006 [citado 3 agt 2019];24(2):90-100. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262508601_International_perspective_relative_to_Orem_General_Theory

66. Robles B, Stella L. Aspectos ontológicos y epistemología de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. Rev Cienc Enferm [Internet]. 2011[citado 3 agt 2019];17(1):37-43. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-955320110001000

67. Monsalvo E, Fernández M. Formalización del equilibrio como motor del cuidado. Rev Ene [Internet]. 2017[citado 3 agt 2019];11(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000300004

68. ASALE R. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. 2021«Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 3 agt 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>

69. Fernández Batalla M, Santamaría García JM, Monsalvo San Macario E, Santamaría Pérez A, Fernández Batalla M, Santamaría García JM, et al. Hermeneútica del cuidado: una propuesta teórica en el aprendizaje y educación en salud. Rev Ene [Internet]. 2018 [citado 3 agt 2019];12(3). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2018000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

70. Prías-Vanegas H. Cuidado humanizado: Un desafío para el profesional de enfermería. REVISALUD Unisucre [Internet]. 2017 [citado 3 agt 2019];3(1). Disponible en: <https://www.recia.edu.co/index.php/revisalud/article/view/575>

71. Moreno-Cámara S, Palomino-Moral P, Moral-Fernández L, Frías-Osuna A, Pino-Casado R. Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. Gac Sanit [Internet]. 2016 [citado 3 Agt 2019] ;3 0(3): 201-207. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000300007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1016/j>.

72. Espinoza J, Hernández M, Becerril L, Galindo L, Kempfer S. Adaptación del Modelo de Kristen Swanson para el cuidado de enfermería en adulto/as mayores. Rev Enferm [Internet]. 2018 [citado 5 agt 2019];27(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400316&lng=es&tlng=es

73. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce A, Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Rev Enferm Univ. 2014[citado 5 agt 2019];11(4):145-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2014/eu144f.pdf>

74. Nieto Franco F, Santamaría García J. EL SORGE como propuesta de humanización en el cuidado. Rev Ene [Internet]. 2016[citado 5 agt 2019];10(3):0-0. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000300004

75. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para Adultos Mayores [Internet]. 2013[citado 5 agt 2019]. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf

76. Herrera L, Gómez J. Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. Rev ENE Enferm [Internet]. 2015 [citado 10 agt 2019];9(2). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/546>

77. Laguado Jaimes Elveny, Camargo Hernández Katherine del Consuelo, Campo Torregroza Etilvia, Martín Carbonell Marta de la Caridad. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2022 Oct 18]; 28(3): 135-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es.

78. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev Gac Méd Espirit [Internet]. 2017[citado 28 agt 2019];19(3):89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
79. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014[citado 28 agt 2019];36(6):835-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
80. Cabinda SOA, A, Casanova Moreno, M, Medina González, I, González Casanova, J, González Casanova, W. Teoría de Orem, su importancia aplicada a intervención sobre la prevención del bajo peso al nacer. Cibamanz [Internet]. 2021. [citado 18 jul 2019];1,11. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/37/2>
81. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Rev Enferm Glob [Internet]. 2010[citado 2 sept 2019];(19):1-14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
82. Marcos Paula, Espino M, Bouza E. Application of Dorothea Orem's model in a case of a person with neoplastic pain. Rev Gerokomos [Internet]. 2013[citado 2 sept 2019];24(4):168-77. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/05_notas.pdf
83. Salcedo-Álvarez R. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Rev Enferm [Internet]. 2012[citado 2 sept 2019];9(3):25-43. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300004
84. Velandia A, Rivera L. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev Salud Publica [Internet]. 2009[citado 2 sept 2019];11(4):538-48. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a05.pdf>
85. Naranjo-Hernández Ydalsys. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2019 Dic [citado 2 Oct 2022]; 23(6): 814-825. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814&lng=es.

86. Rivas Herrera J, Ostiguín Meléndez R. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Rev Enferm Univ [Internet]. 2018 [citado 12 agt 2019];8(1). Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/273>
87. Pinzón E, Carrillo G. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. Rev Fac. Nac. Salud Públic [Internet]. 2016 [citado 12 agt 2019];34(2):9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000200008&lng=en.
88. López García E. Puesta al día: cuidador informal. Rev enferm CyL [Internet]. 2016 [citado 12 agt 2019];8(1):144-50. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/164>
89. Hidalgo Martinola D, Turtós Carbonell L, Caballero Batista Á, Martinola Meléndez JR. Relaciones interpersonales entre cuidadores informales y adultos mayores. Rev Noved En Poblac [Internet]. 2016 [citado 12 agt 2019];12(24):77-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782016000200006&lng=es&tlng=es.
90. Sánchez Martínez R, Molina Cardona E, Gómez-Ortega O. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: Un estudio piloto. Rev Cuid [Internet]. 2016 [citado 8 jul 2019];7(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732016000100005&script=sci_abstract&tlng=es
91. Sabogal I, Arciniegas C, Uribe E, Ramírez A, Gómez D, Mariño M. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2017 [citado 26 may 2019];33(2). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174>
92. Díaz Zuluaga D, Escobar Manjarrez y, González Castro A, et al. Proceso de Atención de Enfermería a paciente con deterioro de la integridad cutánea basada en la NANDA. Rev Salud mov [Internet]. 2016 [citado 26 may 2019];63(1):69-80. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n1/v63n1a07.pdf>
93. Moreno Izquierdo A. Estudio sobre el impacto del aislamiento terapéutico en el autocuidado: una aproximación desde la teoría Orem. Rev Ene [Internet]. 2018 [citado 11 agt 2019];12(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2018000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
94. Salcedo-Álvarez R, Jiménez-Mendoza A, González-Caamaño B, Rivas-Herrera J. Plan domiciliario de autocuidado para adultos mayores con DM2 aplicando la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Rev Enferm IMSS [Internet].

2017[citado 11 agt 2019];25(4):299-309.Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim174i.pdf>

95. Bezerra M, Faria R, Jesús C, Reis P, Pinho D, Kamada I. Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de ordem no Brasil: uma revisão integrativa. JMPHC J Manag Prim Health Care ISSN 2179-6750 [Internet]. 2018 [citado 2 sept 2019];9. Disponible en: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/538>

96. Guato-Torres Patricia, Mendoza-Parra Sara. Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2022 [citado 18 oct 2022]; 11 (2): e2917. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062022000201213&lng=es. Epub 01-Dic-2022.
<https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2917>.

97. Jara-Sanabria F, Lizano-Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Rev Enferm Univ [Internet]. 2016 [citado 8 sept 2019];13(4):208-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300410>

98. Castillo-García J, García-Rosas E, Cheverría-Rivera S. Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura. Rev Enferm Univ. [Internet]. 2019[citado 11 sept 2019];16(1):105-16. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100105

99. González-Castillo M, Monroy-Rojas A, González-Castillo M, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Rev Enferm Univ [Internet]. 2016 [citado 11 sept 2019];13(2):124-9. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/96/92>

100. Arias A, Álvarez L. Confiabilidad de la escala «Apreciación de la agencia de autocuidado» (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana1. Av En Enferm [Internet]. 2009[citado 18 sept 2019];27(1):38-47. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953/13548>

101. Hekmatpou D, Nasiri A, Mohaghegh F. Investigating the Effect of Self-Care Training on Life Expectancy and Quality of Life in Patients with Gastrointestinal Cancer under Radiotherapy. Rev Asia Pac J Oncol Nurs [Internet]. 2019[citado 23 abr 2019]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6371673/>

102. Bryant R, Himawan L. Heart Failure Self-care Program Effect on Outcomes. Rev J Nurse Pract [Internet]. 2019 [citado 25 abr 2019]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415518304811>
103. Dahmardeh H, Amirifard H. Evaluating. The Impact of Self-Care Program Based on Orem Model on Self-Efficacy of Patients Suffering from Multiple Sclerosis. Rev Int J Pharm Phytopharm Res [Internet]. 2018[citado 12 sept 2019];8(5):6. Disponible en: <http://eprints.zaums.ac.ir/4812/#:~:text=Conclusion%3A%20Findings%20of%20the%20research,be%20conducted%20in%20this%20regard.>
104. Kaveh M, Haghshenas A, Ghayyoumi M, Tabatabaee H, Dehghanrad F. The effect of educational intervention on self-care learning in patients with asthma; the results of a randomized clinical trial. Rev Immunopathol Persa [Internet]. 2018 [citado 12 sept 2019];4(2): e14-e14. Disponible en: <https://immunopathol.com/Article/ipp-61>
105. Nogueira D, Dos Santos J, Macedo M, Silva Souza D, Alfonso Reis I, Carvalho H, et al. Efecto de un programa educativo en empoderamiento del autocuidado para el cumplimiento de objetivos en diabetes. Rev Cienc Enferm [Internet]. 2018 [citado 25 abr 2019];24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532018000100203&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
106. Elías-Viramontes A, González-Juárez L. Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con diabetes tipo 2. Aquichan [Internet]. 2018 [citado 25 abr 2019];18(3):343-54. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n3/1657-5997-aqui-18-03-00343>
107. Zandinava H, Sehhatti Shafaei F, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Ghanbari Homayi S, Mirghafourvand M. Effect of Educational Package on Self-care Behavior, Quality of Life, and Blood Glucose Levels in Pregnant Women with Gestational Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Iran Red Crescent Med J [Internet]. 2017 [citado 17 may 2019];19(4). Disponible en: <http://ircmj.com/en/articles/13196.html>
108. Riegel B, Dickson VV, Garcia LE, Masterson Creber R, Streur M. Mechanisms of change in self-care in adults with heart failure receiving a tailored, motivational interviewing intervention. Patient Educ Couns [Internet]. 2017[citado 17 may 2019];100(2):283-288. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27599712/> doi: 10.1016/j.pec.2016.08.030. Epub 2016 Aug 30. PMID: 27599712; PMCID: PMC5318245
109. Vázquez Ramírez M, Franco Corona B. Estrategia educativa y capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus. Jóvenes en la ciencia [Internet]. 2016 [citado 24 may 2018];2(1). Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/1020-3167-1-PB.pdf>

110. Chapman-Sánchez M, García-Almaguer R, Caballero-González G, Paneque-Caballero Y, Sablón-Mariño A. Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados. Rev Cubana de Enfermería [Internet]. 2016 [citado 28 jun 2019]; 32 (1) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/892>
111. Sillas D, Zavala I, López G, Samaniego M. Proceso de enfermería y cáncer de mama. Waxapa [Internet]. 2017 [citado 28 jun 2019]; 13-8. <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2017/wax1717c.pdf>
112. Sánchez Ortega M. Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la Agencia de Autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud [Internet] [Doctorado]. [Barcelona]: Universitat de Barcelona. [Internet]. 2015. [citado 28 jun 2019]; Disponible en: http://hdl.handle.net/2445/101363_MASO_TESIS.pdf
113. Fernandes B, Reis I, Torres H. Evaluation of the telephone intervention in the promotion of diabetes self-care: a randomized clinical trial. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 26 jul 2021]; 24. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/4sNzhgWtdKgysMyVT4nrFPK/?lang=en>
114. Namjoo, M., Nematollahi, M., Taebi, M., Kahnooji, M., Mehdipour-Rabori, R. La eficacia de la telenfermería en la carga del cuidador entre pacientes iraníes con insuficiencia cardíaca: un ensayo clínico aleatorizado. Revista de aterosclerosis ARYA [Internet]. 2021 [citado 26 jul 2021]; 17(1): 2102 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35685450/> 10.22122/arya.v17i0.2102. PMID: 35685450; PMCID: PMC9145837
115. Galindo-Martínez Mireya Gricelia, Rico-Herrera Laura, Padilla-Raygoza Nicolás. Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. Aquichan [Internet]. 2014 [citado 28 jul 2022]; 14(1): 7-19. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000100002&lng=en. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.1.1>.
116. Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán M. Identificación de variables predictoras de violencia en díadas paciente-cuidador de cuatro enfermedades neurológicas. Rev Mex Neuroci [Internet]. 2012; [citado 29 jul 2022]; 13 (4) 10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2012/rmn124c.pdf>
117. Frau M, Ortego J. Reperusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST: es tiempo de actuar. Rev Cons Argent Resid Cardiol [Internet]. 2018 [citado 28 jul 2021]; 33: 0213-4. Disponible en: <10.32407/RCON/2018146/0213-0214>

118. Hernández-Sampier R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: Interamericana [Internet], S.A; 2014 [citado 28 jul 2021]. Disponible en: https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_vancouver#:~:text=Sitios%20web-.Autor%2Fes.,%20Disponible%20en%3A%20direcci%C3%B3n%20electr%C3%B3nica
119. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor [Internet]. 2015 [citado 21 ene 2019]. Disponible en: <http://www.haiam.gob.ec/>
120. Gaona P. Ecuador: personas de la tercera edad frente al COVID-19 INREDH. Derechos Humanos [Internet]. 2020 [citado 4 jul 2021]. Disponible en: <https://inredh.org/ecuador-personas-de-la-tercera-edad-frente-al-covid-19/>
121. Boletín-196 Nacional MSP.pdf [Internet].2020 [citado 20 abr 2021]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/Boletin-196_Nacional_MSP.pdf
122. Shapira S, Yeshua-Katz D, Cohn-Schwartz E, Aharonson-Daniel L, Sarid O, Clarfield AM. A pilot randomized controlled trial of a group intervention via Zoom to relieve loneliness and depressive symptoms among older persons during the COVID-19 outbreak. [Internet]. 2021[citado 20 abr 2021]; 24: 100368. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33527072/>
123. Código-Civil1[Internet]. 2019[citado 27 jun2021]. Disponible en: <https://www.epn.edu.ec/wp-content/uploads/2015/06/Codigo-Civil1.pdf>
124. Menéndez T, Calle A, Delgado D, Espinel J, Cedeño Y. Síndrome de Burnout y calidad de atención del personal de enfermería de un Hospital general en la provincia de Manabí, Ecuador. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales [Internet]. 2018 [citado 27 jun 2021].; Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/10/sindrome-burnout-ecuador.html>
125. Santana M, Oliveira D, Santos M, Rangel R, Chaves R, Reis L. Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com dependência funcional. Kairos [Internet]. 2018[citado 27 jun 2021]; 21(1):337-53. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/39799>
126. Aldana M, Niño E, Carvajal R, Esteban A, Gonzales G. Sobrecarga y apoyos en el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. RevCuid [Internet]. 2019 [citado 6 jul 2021]; 10 (3): e649. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300202
127. Carreño S, Chaparro-Díaz L. Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. Pensam

Psicológico[Internet].2017[citado 6 jul 2021];15(1):87-101. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612017000100007&script=sci_abstract&lng=es

128. Aranda-Paniora F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. An. Fac. med [Internet]. 2017 [citado 6 de jul 2021]; 78(3): 277-280. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13758>.

129. Chaparro-Díaz L, Sánchez B, Carrillo-González G. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 2015 [citado 16 jul 2021];11(2):31-45. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/196131>.

130. Barrera L, Vargas E, Cendales P. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo [Internet]. 2015. [citado 16 jul 2021]; 17(1):27-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/285123325_Encuesta_de_caracterizacion_para_el_cuidado_de_una_persona_con_enfermedad_cronica

131. Ruiz M. Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia. Universitat de Barcelona [Internet] 2014. [citado 16 jul 2021]. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/275959/MDMR_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

132. Díaz V, Vargas K, Gutiérrez Y, Villegas T, Wong I. Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. Enfermería Actual de Costa Rica [Internet]. 2016 [citado el 26 jul 2021]; (31): 113-130. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682016000200113&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i31.25486.134>.

133. Rocha M, González C, Eufemia J, Olvera M, Márquez P, Rosales G. Agencia de autocuidado en alumnos de nuevo ingreso en la unidad académica multidisciplinaria zona media. Cienc. Enferm [Internet]. 2015[citado 12 jul 2021]; 21(1):103-113. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100010>.

134. Leiva V, Cubillo V, Porras G, Ramírez V, Sirias W. Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de

Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español para población conocida sana. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2016 [citado el 26 jun 2021]; (30): 17-28. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682016000100017&lng=en.

135. Morales R, Flórez M. Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. *av.enferm* [Internet]. 2016 [citado 10 julio de 2021]; 34(2): 125-136. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200002&lng=en.

136. Rodríguez M, Ferreira V, Blanco M, Osorio M, Torres C. Agencia de autocuidado, conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo biológico en estudiantes de enfermería. *Rev Cuid* [Internet]. 2019 [citado 2 may 2019];10(1). Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/622>

137. Espinoza Benavente M EVM. Percepción de riesgo laboral y autocuidado en enfermeros atención primaria de una comunidad del Bío-Bío. [Internet]. 2018 [citado 2 may 2019];29(1). Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/>

138. Samaniego-Lomeli W, Joaquín-Zamudio S, Muñoz-Maldonado J, Muñoz-Livas J. Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. *Rev Salud Adm* [Internet]. 2018 [citado 2 may 2019];5(13):15-22. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2060#:~:text=Conclusiones%3A%20Se%20concluye%20que%20el,el%20tratamiento%20y%20acceso%20vascular>.

139. Ademe S, Aga F, Gela D. Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [citado 30 abr 2019];19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6341627/>

140. Contreras Orozco Astrid, Contreras Machado Adriana, Hernández Bohórquez Candelaria, Castro Balmaceda María Teresa, Navarro Palmett Linda Lucía. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. *Sincelejo, Colombia. investigando andina* [Internet]. 2013 [citado 6 may 2021]; 15 (26): 667-678. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462013000100005&lng=en.

141. Ramada-Rodilla J, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones

metodológicas. Salud pública mex [Internet]. 2013 [citado 4 abr 2019];55(1). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n1/57-66/es>

142. Espinoza-Venegas M, Huaiquián-Silva J, Sanhueza-Alvarado O, Luengo-Machuca L, Valderrama-Alarcón M, Ortiz-Rebolledo N. Validación de escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en adolescentes chilenos. Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2020 [citado 4 dic 2020];24(2):1-1-7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dHnYJwJrw9xFynLC6Q5fKcb/?lang=es>

143. Morales J, Navarro P. Diseño y validación de contenidos y materiales para la formación ante el asma en centros educativos. Revista de Medios y Educación [Internet]. 2009 [citado 4 dic 2020];(35): pag.193-210. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/368/36812381015.pdf>

144. Suárez F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: Más allá de los códigos y las declaraciones: La propuesta de Ezekiel Emanuel. pers.bioét [Internet]. 2015 [citado 24 may 2019]; 19(2): 182-197. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222015000200002&lng=en. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2015.19.2.2>

145. Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. Acta bioeth [Internet]. 2004[citado 24 may 2019];10(1):37-48. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000100005>.

146. García-Calvente M del M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit. agosto de 2014;18(4):132-9.Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/26250205/el-sistema-informal-de-cuidados-en-clave-de-desigualdad-sespas>

147. OIT: Organización Internacional del Trabajo Word and Care Jobs interiores.indd. [Internet]. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. 2019 [citado 24 may 2019]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_737394.pdf

148. Ecuador - Esperanza de vida al nacer 2020 [Internet]. datasmacro.com. [citado 24 jun 2021]. Disponible en: <https://datasmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/ecuador>

149. Delgado Y, Cartuche V, Berrú C, Masa B. Características sociodemográficas, del cuidado y nivel de carga en los cuidadores de personas con discapacidad severa. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip [Internet].

2021[citado 24 jun 2021]; 5(3):2527-44. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.472

150. Ministerio de Educación-Ecuador. Informe narrativo rendición cuentas 2021 [Internet].2021[citado 2 ene 2022]. Disponible en: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/03/informe_narrativo_rendicion_cuentas_2021.pdf

151. Agulló-Tomás M, Zorrilla- Muñoz V, Gómez-García M. Aproximación socio-espacial al envejecimiento y a los programas para cuidadoras/es de mayores. Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet].2019 [citado 2 ene 2022];2(1):211. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1433>

152. López J, Noriega C, Velasco C, Faz FJ. Conflictos familiares cuando se cuida a un familiar mayor. Familia [Internet].2015 [citado 13 ene 2022]; 51:17-29. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/329170174_Conflictos_familiares_cuando_se_cuida_a_un_familiar_mayor

153. Rodríguez-Madrid N, Del Río-Lozano M, Fernández-Peña R, Elizalde-Sagardía B, García-Calvente M. Redes personales de apoyo y cuidado informal: ¿diferencias por sexo y territorio? (estudio CUIDAR-SE II). Gac Sanit [Internet]. 2021 [citado 13 ene 2022];35(6):515-24. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0213911120301424?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0213911120301424%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>

154. Ruiz E, Nava M. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Rev Enferm Neurológica [Internet]. 2012[citado 8 ene 2022];11(3):163-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>

155. Kobayasi D, Partezani R, Silva Fhon J, Silva L, Souza A, Campos E. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. Av En Enferm [Internet]. 2019 [citado 11 ene 2022];37(2):140-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7028342>

156. Hernández-Piñero L. Factores de riesgo de carga en cuidadores de ancianos con síndrome demencial. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2021 [citado 8 Jun 2022]; 43 (5) 15 p. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4234>

157. Felipe S, Oliveira C, Silva C, Mendes P, Carvalho K, Silva-Júnior F. Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 2 feb 2022];73. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reben/a/MLdb7D8Y6dCnxkXmSP3G8PP/?lang=en>

158. Del Campo A, Medina P, Hernández R, Correa S, Peralta S, Rubí M. Work Overload Degree and Characterization of Caregivers of Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *Enferm Glob* [Internet]. 2019 [citado 2 mar 2022];18(56):57-78. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n56/en_1695-6141-eg-18-56-57.pdf
159. Rogero-García J. El tiempo de cuidado familiar a mayores dependientes en España: entre la donación y la expropiación del tiempo. *Servicios sociales*. [Internet]. 2011 [citado 16 mar 2022]; 49:29-38. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/666152>
160. Fernández Lao I, Silvano Arranz A, Berenguer P, Del M. Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [citado 16 mar 2022];22(1-2):12-5. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/0520r.php>
161. Abellán-Hervás M, López-Fernández C, Santi-Cano M, Deudero-Sánchez M, Picardo-García J. ¿Quién es el receptor de intervenciones sociosanitarias y cuáles son sus necesidades? *Enferm Clínica* [Internet]. 2016 [citado 10 mar 2022];26(1):49-54. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862115001151>
162. Martins G, Corrêa L, Caparrol A, Santos P, Brugnera L, Gratão A. Sociodemographic and health characteristics of formal and informal caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2019 [citado 12 mar 2022];23(2):e20180327. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/fxThxzXtjqr9C8PtWsp7mRN/abstract/?lang=en>
163. Fernández L, Silvano A, Pino M. Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [citado 12 mar 2022];22(1-2):12-5. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/0520.php>
164. López M, Orueta R, Gómez-Caro S, Sánchez A, Carmona J, Alonso F. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clínica Med Fam* [Internet]. 2009 [citado 12 mar 2022];2(7):332-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169614509004>
165. López Mederos O, Lorenzo Riera A, Santiago Navarro P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* [Internet]. 1999 [citado 14 mar 2022];24(7):404-10. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-morbilidad-cuidadores-pacientes-confinados-su-13380>
166. Leiva C, Ávila J, Canales C. Estrategias de prevención en cuidadores de pacientes con dependencia: Revisión exploratoria. *Rev*

Confluencia[Internet].2021[citado 14 mar 2022];4(1):71-7. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/604/512>

167. Hernández-Piñero L. Factores de riesgo de carga en cuidadores de ancianos con síndrome demencial. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2021 [citado 12 abr 2022]; 43 (5): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4234>

168. González L. Ancianos maltratados, ancianos que maltratan. A fondo [Internet]. 2011[citado 14 mar 2022];12. Disponible en: <https://mobirodueriv.uv.es/bitstream/handle/10550/32952/61-72.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

169. Achury-Saldaña D, Rodríguez S, Achury-Beltrán L, Padilla-Velasco M, Leuro-Umaña J, Martínez M. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Aquichan [Internet]. 2013[citado 14 mar 2022];13(3):363-72. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2293>

170. Fernández AR, Manrique-Abril FG. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica: Care agency for elderly hipertensive in Boyacá-Colombia, Suramérica. Cienc Enferm. [Internet]. 2010[citado 14 mar 2022];16(2):83-97. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_09.pdf

171. Revilla T. Intervención de enfermería Agencia de Autocuidado paciente adulto mayor hipertenso pandemia. Hospital Regional Policía Arequipa. Unsa investiga [Internet]. 2020[citado 22 may 2022]. Disponible en: <http://190.119.145.154/bitstream/handle/20.500.12773/13806/UPrebet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

172. Durán Gallego P, Dussán López R, Gutiérrez Rodríguez D, Zúñiga Alfonso G. Relación entre Agencia de Autocuidado Y Ausentismo en trabajadores del sector de la construcción en una empresa de Bogotá, Colombia. [Internet]. 2014[citado 22 mar 2022];Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15536/DuranGallegoPaulaAndrea2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

173. Alarcón N, Rizo M, Cortés E, Cadena F, Leal D, Alonso M. Intervención educativa: implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la perspectiva del paciente diabético. enferm UERJ, Rio de Janeiro [Internet]. 2013 [citado 8 abr 2022]; Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36343/1/2013_Alarcon_etal_Rev-enferm-UERJ.pdf

174. Peña Piscila, Venegas Cecilia, Obando A. Educación en salud para promover autocuidado en personas con Diabetes tipo 2 durante su hospitalización. Universidad Salud [Internet]. 2020 [citado 8 abr 2022]; 22(3): 246-255. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072020000300246&lng=en. Epub 1 de septiembre de 2020. <https://doi.org/10.22267/rus.202203.197>
175. Ardila A, Cifuentes P. TIC como apoyo del soporte social al enfermo crónico y su cuidador: Aproximación al estado del Arte. Publisher [Internet]. 2022 [citado 17 may 2022]; 7. Disponible en: <https://arxiv.org/abs/2205.11668>
176. INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Indicadores de tecnología de la información y comunicación [Internet]. 2021 [citado 10 jul 2021]; Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/TIC/2020/202012_Boletin_Multiproposito_Tics.pdf
177. Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez L. Confiabilidad de la escala «Apreciación de la agencia de autocuidado» (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana¹. Av En Enferm [Internet]. 2009 [citado 8 abr 2022]; 27(1):38-47. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953/13548>
178. Leiva V, Porras Y, Sirias I. Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español para población conocida sana [Internet]. 2015 [citado 17 may 2019]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/22110/22293>
179. Ecuador en cifras. Glosario [Internet]. 2019 [citado 20 sep 2019]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/Glosario.pdf
180. INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos glosario entradas y salidas internacionales [Internet]. 2014 [citado 20 sep 2019]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Migracion/2014/glosario_entradas_y_salidas_internacionales_2014.pdf
181. Fernández L, Silvano A, Pino M. Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. Index Enferm [Internet]. 2013 [citado 20 sep 2019]; 22(1-2):12-5. Disponible en: <http://www.index-f.com//index-enfermeria/v22n1-2/0520.php>
182. Martínez B, Duran P, Escudero R, Arrarás J. Valoración de las actividades de la vida diaria en personas con deterioro cognitivo, estudio psicométrico de la escala VAVDI. Dialnet [Internet]. 2018 [citado 20 sep 2019]; 15(27). Disponible en:

<file:///C:/Users/user/Desktop/Dialnet-ValoracionDeLasActividadesDeLaVidaDiariaEnPersonas-6489660.pdf>

183. Tobar S, Marchiori P. Mercosur frente a las enfermedades Crónicas no transmisibles. Mercosur [Internet]. 2018[citado 26 sep 2019];2:90-111. Disponible en: <https://revista.ismercosur.org/index.php/revista/article/view/66/29>

184. Mundo enfermero. NANDA NOC NIC [Internet].2017 [citado 8 abr 2019]. Disponible en: <https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nandadiag.php?coddiag=52>

185. Riquelme M. Metodología de educación para la salud. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 [citado 26 sep 2019];14 (Suppl 22): 77-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200011&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200011>.

186. López M, Vizcaya N, Ortiz Y, Moreno Macías R. Manual de técnicas y dinámicas [Internet]. 2013 [citado 29 sep 2019]. Disponible en: <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoPreventivo/MANUALDETECNICASYDINAMICASGRUPALES.pdf>



ANEXOS

Anexo 1: Definiciones nominales y operacionales de las variables

Variable dependiente

Agencia de Autocuidado

Definición nominal: capacidad desarrollada que permite discernir los factores y necesidades de salud que deben ser controlados o tratados por la persona para mantener la vida, salud y bienestar(136).Se mide por medio del nivel Agencia de Autocuidado a través de 5 dimensiones: interacción social, interacción personal, consumo suficiente de alimentos, actividad y reposo y promoción del funcionamiento y desarrollo personal, que tienen c/u 5 posibilidades de respuesta, siendo una variable categórica con una escala de uno a cinco, que posteriormente puntúa entre 48 a 120 puntos.

Definición operacional: la puntuación para medir la Agencia de Autocuidado es:

Agencia de Autocuidado Alta al obtener un puntaje igual o mayor que 97.

Agencia de Autocuidado Media si se obtiene entre 49 y 96 puntos.

Agencia de Autocuidado Baja con un puntaje igual o menor a 48 puntos.

Interacción social

Definición nominal: es la capacidad de solicitar ayuda a las personas cercanas o allegadas, en los momentos en que se los necesite (177,178). Considera los siguientes ítems: 12 (Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre) y 22 (Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda) del ASA.

Definición operacional: esta variable se medirá con dos ítems del ASA (12 y 22), con 5 posibilidades de respuesta cada una, por lo que su puntaje puede resultar entre 4 y 10 puntos. Según lo anterior es una variable categórica.

Interacción personal

Definición nominal: capacidad que tienen las personas de averiguar, indagar, reflexionar y conseguir respuestas sobre el autocuidado (177,178). Considera los siguientes ítems: 2 (Revisó si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas), 4 (Yo puedo hacer lo necesario para

mantener limpio el ambiente donde vivo), 5 (Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud), 7 (Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora), 8 (Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio), 14 (Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo), 15 (Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio), 16 (He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud), 17 (Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios), 19 (Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud), 21 (Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer) y 23 (Puedo sacar tiempo para mí) del ASA.

Definición operacional: esta variable se medirá con doce ítems del ASA (2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23), con 5 posibilidades de respuesta cada una por lo que su puntaje puede resultar entre 24 y 60 puntos. Es una variable categórica.

Consumo suficiente de alimentos

Definición nominal: consumo de una dieta equilibrada y suficiente para satisfacer las necesidades requeridas de una persona para mantener la salud (177,178). Considera el ítem 9 (Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios) del ASA.

Definición operacional: esta variable se medirá con un ítem del ASA (9), detallado a continuación con 5 posibilidades de respuesta, su puntaje puede resultar entre 2 y 5 puntos. Es una variable categórica.

Actividades y reposo

Definición nominal: es la producción y conservación de energía, es el equilibrio entre actividad y reposo (177,178). Considera los siguientes ítems: 3 (Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda), 6 (Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo), 11 (Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llegó hacerlo), 13

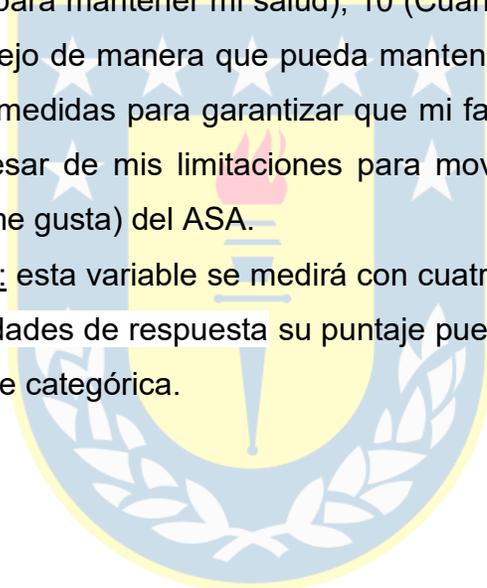
(Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado) y 20 (Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme) del ASA.

Definición operacional: esta variable se medirá con cinco ítems del ASA (3, 6, 11, 13, 20), con 5 posibilidades de respuesta su puntaje puede resultar entre 10 y 25 puntos. Es una variable categórica.

Promoción del funcionamiento y desarrollo personal

Definición nominal: es la capacidad que utiliza la persona en la adaptación al ambiente y las circunstancias para proporcionarse su propio cuidado (177,178). Considera los siguientes ítems: 1 (A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud), 10 (Cuando hay situaciones que me afectan yo el manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser), 18 (Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro) y el 24 (A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta) del ASA.

Definición operacional: esta variable se medirá con cuatro ítems del ASA (1, 10, 18, 24), con 5 posibilidades de respuesta su puntaje puede resultar entre 8 y 20 puntos. Es una variable categórica.



Características sociodemográficas

Sexo

Definición nominal: hace referencia a las diferencias biológica que define a los seres humanos en mujer o hombre (68).

Definición operacional: esta variable se categorizará en:

Hombre: sexo masculino

Mujer: sexo femenino.

Según lo anterior es una variable nominal.

Edad

Definición nominal: número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la aplicación del instrumento de recolección (68).

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta directa en donde el cuidador expresará los años de vida cumplidos, a la fecha de aplicar el instrumento.

Es una variable numérica.

Nivel de educación

Definición nominal: años de estudio aprobados por el Cuidador/a en el sistema educativo formal (179).

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde la cuidadora será clasificada en una de las cinco opciones siguientes:

Educación Básica: De acuerdo al sistema actual de educación comprende del primero al décimo año.

Educación Media: Comprende tres años de acuerdo al sistema de Educación Actual o sea lo que significaba el cuarto, quinto, sexto, del sistema tradicional.

Superior No Universitario: Es la instrucción que imparten los institutos superiores, técnicos o pedagógicos. Son instituciones que no están relacionadas con universidades y que otorgan títulos intermedios y técnicos.

Superior Universitario: Es la instrucción que se imparte en las universidades, escuelas politécnicas sean nacionales o extranjeras.

Post-Grado: Cuando el informante ha seguido cursos de especialización de una carrera superior: Diplomado, Especialista, Maestría, Doctor (Ph.D.) (179).

Es una variable nominal.

Lugar de residencia

Definición nominal: es el lugar geográfico en que la persona empadronada y reside habitualmente, y se define por la ubicación de su vivienda principal (180).

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde el cuidador tendrá dos opciones de respuesta.

Urbana: Hace referencia a vida en la ciudad

Rural: Hace referencia a vida en el campo o lejos de la ciudad

Es una variable nominal.

Estado civil

Definición nominal: parentesco que se establece con ciertos derechos y deberes (68).

Definición operacional: esta variable es de tipo nominal y se medirá por medio de una pregunta en donde el cuidador será clasificado en una de las seis opciones siguientes:

Soltero/a: aquella persona que no contrajo matrimonio ni tiene vínculo sentimental estable.

Casado/a: aquella persona que tiene un vínculo matrimonial.

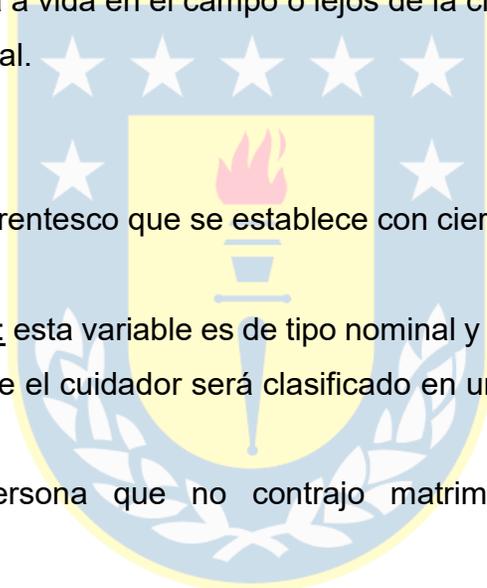
Unión libre o acompañado/a: aquella persona que se encuentra en unión de hecho.

Separado/a: aquella persona que no está legalmente divorciado/a.

Divorciado/a: aquella persona que ha firmado la disolución del matrimonio.

Viudo/a: persona que ha perdido su cónyuge y no ha vuelto a firmar un vínculo matrimonial.

Es una variable nominal.



Parentesco con el adulto mayor

Definición nominal: vínculo de consanguinidad, afinidad, adopción y matrimonio u otra relación estable análoga a esta (68), manifestada por el cuidador respecto del adulto mayor al que cuida.

Definición operacional: esta variable es de tipo nominal y se medirá por medio de una pregunta en donde la cuidadora será clasificada en una de las siete opciones siguientes:

Esposa/o: persona en relación de matrimonio con el adulto mayor.

Hija/o: persona descendiente directa del adulto mayor.

Nuera/yerno: persona que tiene una relación de matrimonio con el hijo/a del adulto mayor.

Hermana/o: persona con relación a otro hijo/a de los mismos padres del adulto mayor.

Nieta/o: hijo del hijo/a del adulto mayor (persona con relación de afinidad)

Otros: personas no establecidas dentro de las opciones de respuestas.

Es una variable nominal.

Integrantes del grupo familiar

Definición nominal: personas que viven bajo el mismo techo, comparten alguna condición, opinión y tendencia con cuidador/a principal informal unidas por vínculos de parentesco (63).

Definición operacional: esta variable es de tipo numérica y se medirá por medio de una pregunta en donde la cuidadora informará cuántas personas viven con ella.

Es una variable numérica.

Relación de la vivienda del cuidador con la del adulto mayor

Definición nominal: lugar en que viven el cuidador y persona cuidada donde realiza las actividades de cuidado.

Definición operacional: esta variable es de tipo nominal y se medirá por medio de una pregunta, que rescata cinco opciones de respuesta que permitirá clasificar al cuidado/a en:

El cuidador/a vive permanentemente en casa del adulto mayor.

El adulto mayor vive permanentemente en la casa de la cuidador/a.

El cuidador/a vive temporalmente en casa del adulto mayor.

El adulto mayor vive temporalmente en la casa del cuidador/a.

El cuidador no vive con el adulto mayor.

Es una variable nominal.

Apoyo para el cuidado del adulto mayor

Definición nominal: es la ayuda total o parcial que recibe el cuidador por parte de otra persona para realizar el cuidado (181).

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde el cuidador/a informará el número de horas de apoyo que recibe para realizar el cuidado.

Muy frecuentemente

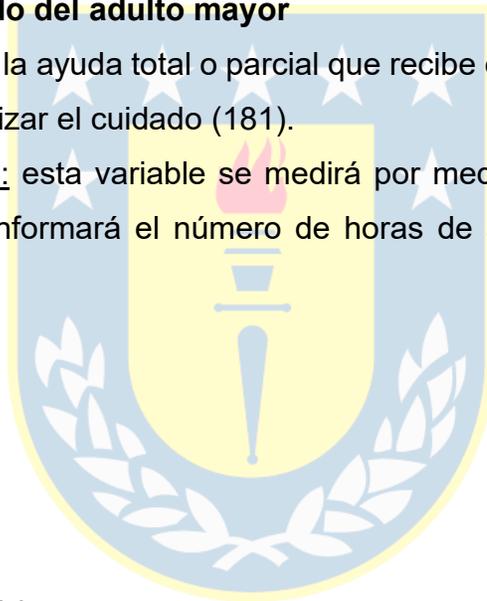
Frecuentemente

Ocasionalmente

Raramente

Nunca

Es una variable categórica.



Tiempo de cuidado en años

Definición nominal: es el cuidado de tiempo prolongado hacia el adulto mayor dependiente expresado en años de duración.

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde la cuidadora informará el número de años que realiza el cuidado.

Es una variable numérica.

Tiempo en horas de dedicación al cuidado

Definición nominal: es la dedicación del cuidado al adulto mayor con dependencia en horas considerando como referente las 24 horas de un día.

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde el cuidador/a informará el número de horas que realiza el cuidado.

Es una variable numérica.

Percepción del nivel de cuidado

Definición nominal: es el sentir del cuidador respecto a la responsabilidad, el esfuerzo físico, esfuerzo psicológico y el tiempo que emplea el cuidador en proporcionar cuidados al adulto mayor de acuerdo a la necesidad que presente

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde la cuidador/a tendrá tres opciones de respuesta: bajo, medio y alto.

Es una variable categórica

Actividades que realiza durante el cuidado

Definición nominal: son las tareas de apoyo total o parcial que realiza el cuidador cuando proporciona cuidado al adulto mayor dependiente.

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde la cuidador/a tendrá las siguientes opciones de respuesta:

Quehaceres domésticos: tareas domésticas o llevadas a cabo en el hogar.

Actividades de la vida diaria: bañarse, vestirse, ir al retrete, trasladarse de la cama/silla y de la silla/cama, continencia, alimentación (182).

Actividades instrumentales de la vida diaria: utilizar el teléfono, ir de compras, preparación de comida, cuidado de casa, lavado de ropa, uso de transporte, responsabilidad de su medicación, administrar el dinero (182).

Otras actividades.

Es una variable nominal.

Seguro social por el cuidado

Definición nominal: cobertura de los sistemas de seguros de salud, por los cuales generalmente se paga una cuota mensual o periódica, está considerado como el derecho que tienen las cuidadoras de tener una seguro público de seguridad social que se expresa en el código laboral para las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares (179).

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde la cuidador/a afirmará o negará si recibe este servicio.

Es una variable nominal.

Tiempo de descanso

Definición nominal: tiempo que emplea el cuidador/a para realizar actividades de distracción o tareas que no estén relacionadas con el cuidado.

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde el cuidador/a afirmará o negará si tiene descanso.

Es una variable nominal.

Percepción de la salud antes del cuidado

Definición nominal: el cuidador/a manifiesta el sentir de su propia salud antes del cuidado.

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta con cuatro opciones de respuestas: muy mala, mala, regular, buena y muy buena. Es una variable categórica.

Percepción actual de su salud

Definición nominal: el cuidador/a manifiesta el sentir de su propia salud en el momento actual.

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta con cuatro opciones de respuestas: muy mala, mala, regular, buena y muy buena. Es una variable categórica

Enfermedades crónicas diagnosticadas del cuidador/a

Definición nominal: enfermedades diagnosticadas por el médico que afectan progresivamente la salud y son de larga duración (183).

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta en donde el cuidador/a tendrá las siguientes opciones de respuesta:

Enfermedad cardiovascular: son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos.

Enfermedad endocrina: se caracterizan por el exceso o el defecto en la producción de una determinada hormona.

Enfermedad osteomuscular: conjunto de lesiones inflamatorias o degenerativas de los músculos, tendones, articulaciones, ligamentos y nervios.

Enfermedad respiratoria: comprometen al pulmón y/o a las vías respiratorias y otras partes del aparato respiratorio.

Enfermedad gástrica: son trastornos del aparato digestivo, que algunas veces se denomina tracto gastrointestinal.

Enfermedad mental: es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento.

Cáncer: Tumor maligno, duro o ulceroso, que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes.

Otras enfermedades: aquellas no establecidas en las respuestas (183).

Es una variable nominal.

Efectos emocionales del cuidado

Definición nominal: es el sentimiento que produce la labor de cuidar en el cuidador.

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta con tres opciones de respuesta: positivos, negativos y me es indiferente.

Es una variable nominal.

Presencia de maltrato

Definición nominal: percepción del cuidador/a sobre acciones y efecto de agravio en la labor de cuidar.

Definición operacional: esta variable se medirá por medio de una pregunta con las siguientes opciones de respuestas:

Psicológico: es un tipo de violencia invisible en la que se hace sufrir a la persona culpándola, o desvalorizándola, aprovechándose de sus sentimientos.

Físico: incluye acciones como golpear, empujar, sacudir, abofetear, patear entre otros.

Ambas: son las mencionadas anteriormente.

Ninguno: no se siente maltratada.

Es una variable nominal.



Anexo 2: Encuesta Biosociodemográfica

ENCUESTA BIOSOCIODEMOGRÁFICA DEL CUIDADOR /A PRINCIPAL INFORMAL

Se va a realizar una investigación sobre la Agencia de Autocuidado que poseen las cuidadoras. Este conocimiento permitirá aplicar un programa de intervención de enfermería para mejorar la Agencia de Autocuidado. Por lo cual, solicito de la manera más cordial me responda las siguientes preguntas; la encuesta tomará veinte minutos y sus respuestas son totalmente anónimas

¡Valoramos su colaboración!

N° de encuesta:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. **¿Cuál es su sexo?**

1. Hombre

2. Mujer

2. **¿Cuántos años cumplidos tiene a la fecha?**

3. **¿Cuál es su nivel máximo de educación?**

1. Sin estudios

2. Primaria incompleta

3. Primaria completa

4. Secundaria incompleta

5. Secundaria completa

6. Hasta tres años de educación superior

7. Cuatro o más años de educación superior

8. Posgrado

4. **¿En qué zona vive usted habitualmente?**

1. Zona urbana

2. Zona rural

5. **¿Cuál es su estado civil actual?**

- 1. Soltero/a
- 2. Casado/a
- 3. Unión libre o acompañado/a
- 4. Separado/a
- 5. Divorciado/a
- 6. Viudo/a

6. **¿Cuál es su relación de parentesco con el adulto mayor?**

- 1. Esposa/o
- 2. Hija/o
- 3. Nuera/yerno
- 4. Hermana/o
- 5. Nieta/o
- 6. Amiga/o
- 7. Otros

7. **¿Cuál es el número de integrantes del grupo familiar que viven bajo el mismo techo, incluido usted?**

--

8. **¿Cuál es su relación de vivienda con el adulto mayor en cuanto al cuidado que brinda usted?**

- 1. Usted vive en casa del adulto mayor
- 2. El adulto mayor vive en su casa
- 3. Usted vive temporalmente en casa del adulto mayor
- 4. El adulto mayor vive temporalmente en su casa
- 5. Usted no vive con el adulto mayor

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO

9. **¿Usted recibe apoyo en tiempo para la actividad del cuidado del adulto mayor?**

1. Muy frecuentemente
2. Frecuentemente
3. Ocasionalmente
4. Raramente
5. Nunca

10. **¿Cuántos años cuida usted al adulto mayor?**

--

11. **¿Cuántas horas diarias dedica usted al cuidado del adulto mayor?**

--

12. **¿Cuál es su percepción de esfuerzo físico, psicológico y tiempo del nivel de cuidado que brinda usted al adulto mayor?**

1. Bajo
2. Medio
3. Alto

13. **¿Qué actividades realiza usted durante el cuidado al adulto mayor? (Marque las que aplique)**

1. Quehaceres domésticos

1. Si
2. No

2. Actividades de la vida diaria

1. Usted le ayuda o le baña
2. Usted le ayuda o le viste
3. Usted le ayuda o le lleva al baño

- 4. Usted le ayuda o le traslada de la cama/silla y de la silla/cama
- 5. Usted le ayuda o le cambia de pañal por incontinencia
- 6. Usted le ayuda o le alimenta

3. Actividades instrumentales de la vida diaria

- 1. Usted le ayuda o le da llamando por teléfono
- 2. Usted le ayuda o le da comprando
- 3. Usted le ayuda o le prepara la comida
- 4. Usted le ayuda o le da cuidando la casa
- 5. Usted le ayuda o le lava la ropa
- 6. Usted le ayuda o le acompaña cuando usa transporte
- 7. Usted le ayuda o se responsabiliza de la administración de la medicación
- 8. Usted le ayuda o le administra el dinero
- 9. Otras actividades

14. ¿Usted es beneficiario/a del seguro social propuesto por el Estado para las personas que realizan trabajo domiciliario no remunerado?

- 1.SI
- 2.NO

15. ¿Usted ha descansado del cuidado al adulto mayor en el último mes?

- 1.SI
- 2.NO

SALUD DEL CUIDADOR

16. ¿Cuál es su percepción de su salud antes de realizar las actividades de cuidado al adulto mayor?

- 1.Muy mala
- 2.Mala
- 3.Regular
- 4. Buena
- 5.Muy buena

17. **¿Cuál es su percepción actual de su salud?**

- 1.Muy mala
- 2.Mala
- 3.Regular
- 4.Buena
- 5.Muy buena

18. **¿Tiene usted alguna enfermedad crónica diagnosticada?**

(Marque las que aplique)

- 1. Enfermedad cardiovascular
- 2. Enfermedad endocrina
- 3. Enfermedad osteomuscular
- 4. Enfermedad respiratoria
- 5. Enfermedad gástrica
- 6. Enfermedad mental
- 7. Cáncer
- 8. Otras

19. **¿Qué efectos emocionales le causa el cuidado al adulto mayor?**

- 1. Positivos (afecto, ternura, cariño)
- 2. Negativos (ira, enojo, rencor)
- 3. Me es indiferente (no siento nada)

20. **¿Usted sufre algún tipo de maltrato?**

1. Psicológico (gritos, palabras ofensivas, indiferencia)
2. Físico (golpes)
3. Ambas
4. Ninguna



Anexo 3: Escala de Agencia de Autocuidado

Escala de valoración de la Agencia de Autocuidado (marque con una X la opción que lo identifique)

ÍTEMS	Nunca 1	Casi nunca 2	Ocasionalmente 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.					
2. Reviso si las formas que práctico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.					
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.					
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.					
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.					
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.					
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.					
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.					
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.					
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.					
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero, no llego hacerlo.					
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre					
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.					
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo					
15. Examinó mi cuerpo para ver si hay algún cambio.					
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.					

ÍTEMS	Nunca 1	Casi nunca 2	Ocasionalmente 3	Casi siempre 4	Siempre 5
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.					
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.					
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.					
20. A pesar de mis ocupaciones diarias saco tiempo para cuidarme					
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.					
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.					
23. Puedo sacar tiempo para mí.					
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.					

Para su interpretación se considera la puntuación elegida.

Agencia de Autocuidado alta va entre 97 y 120 puntos

Agencia de Autocuidado media va entre 49 y 96 puntos

Agencia de Autocuidado baja va entre 1 y 48 puntos

Anexo 4: Valoración de los Aspectos Generales del Programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, para validez técnica (profesionales).

Aspectos generales	Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
¿Cómo evalúa usted la calidad técnica del programa, en cuanto a fondo y forma?				
¿Cuál es su criterio sobre la validez y actualidad de los contenidos, del programa?				
¿Cuál es el grado de calidad y eficacia de los contenidos?				
¿Considera usted que el contenido del Programa es interesante?				
¿Considera usted que el contenido del Programa es adecuado?				
¿Considera adecuado la organización del tiempo propuesto en el programa?				
¿Considera usted que el programa generará aceptación por parte de las cuidadoras principales informales?				
¿Considera usted que el programa evidencia la intención del mismo?				
¿Cuál es su valoración sobre la metodología de trabajo planteada en el programa?				

Fuente: Morales Lozano J (2009). Adaptada por Patricia Guato

Observaciones:.....
 Nombre o firma:
 Profesión:.....
 Teléfono:
 Si validoNo valido:
 Valido con cambios:

Anexo 5: Validación de los Aspectos Generales del Programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, para validez por los cuidadores/as principales informales (CPI)

Criterios	Ítems evaluados	de	de	de	
		Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
Atracción	1. ¿Le llama la atención el programa de intervención de enfermería?				
	2. ¿El programa de intervención de enfermería le es interesante?				
Comprensión	3. ¿Se entienden los contenidos y mensajes presentados en el programa de intervención de enfermería?				
	4. ¿Considera que el programa de intervención de enfermería expresa claramente su objetivo?				
Involucramiento	5. ¿Usted se siente identificado con el programa de intervención de enfermería?				
	6. ¿Considera que el programa de intervención de enfermería puede usted ponerlo en práctica en su diario vivir?				
Aceptación	7. ¿Considera que el programa de intervención de enfermería es adecuado para usted?				
	8. ¿usted piensa que los cuidadores/as principales informales aceptarán el programa de intervención de enfermería?				
	9. ¿La duración en tiempo del programa de intervención de enfermería es adecuada?				
	10. ¿El desarrollo del programa de intervención de enfermería es adecuado?				
Inducción a la acción	11. ¿considera que el programa de intervención de enfermería generará motivación y cambios conductuales en los cuidadores/as principales informales?				

Fuente: Correa Tello (2014). Adaptada por Patricia Guato

Cuidador/a:

Si valido.....No valido:

Valido con cambios:

Anexo 6: Evaluación para la validez técnica profesional del material educativo.

Criterios	Ítems evaluados	Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
Atracción	1. ¿Considera usted que el material educativo llamará la atención de los cuidadores/as principales informales?				
	2. ¿Considera usted que el diseño, el formato y los colores son adecuados para los contenidos?				
Comprensión	3. ¿Considera usted que se entienden los contenidos y mensajes presentados en el material educativo?				
	4. ¿Considera usted que los mensajes en el material educativo expresan claramente su intención a los cuidadores/as principales informales?				
Involucramiento	5. ¿Cree que los cuidadores/as principales informales a los cuales va dirigido el material educativo se sentirán identificados con los mensajes?				
	6. ¿Considera usted que los mensajes del material educativo se pueden aplicar en la vida diaria de los cuidadores/as principales informales?				
Aceptación	7. ¿Considera que las acciones contenidas en el material educativo son adecuadas para los cuidadores/as principales informales?				
	7. ¿Usted piensa que los cuidadores/as principales informales aceptarán los contenidos del material educativo?				
Inducción a la acción	8. ¿Considera usted que el contenido del material educativo generará motivación y cambios conductuales en los cuidadores/as principales informales?				

Fuente: Correa Tello (2014). Adaptado P.Guato

Observación:.....

Nombre o firma:

Profesión:

Teléfono:

Si validoNo valido:

Valido con cambios:

Anexo 7: Evaluación para validez por los cuidadores/as principales informales del material educativo

Criterios	Ítems evaluados	Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
Atracción	1. ¿Considera usted que el material educativo llamará la atención de los cuidadores/as/as principales informales?				
	2. ¿Usted considera que el diseño, el formato y los colores son adecuados para los contenidos del material educativo?				
Comprensión	3. ¿Cree usted que se entienden los contenidos y mensajes presentados en el material educativo?				
	4. ¿Considera que los mensajes se expresan de forma clara en el material educativo?				
Involucramiento	5. ¿Cree usted que los cuidadores/as principales informales se sentirán identificados con los mensajes del material educativo?				
	6. ¿Considera que los mensajes del material educativo usted puede aplicar en la vida diaria?				
Aceptación	7. ¿Considera que las acciones contenidas en el material educativo son adecuadas para usted?				
	8. ¿Acepta los contenidos del material educativo?				
Inducción a la acción	9. ¿Considera que el contenido del material educativo generará motivación y cambios conductuales en usted?				

Fuente: Correa Tello (2014). Adaptado P.Guato

Cuidador/a:

Si validoNo valido:

Valido con cambios:.....

Anexo 8: Ficha técnica del Programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”

INFORMACIÓN GENERAL	
Nombre del Programa: “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales ”.	
Tipo de propuesta: Intervención de enfermería basada en la Teoría de Enfermería De Autocuidado con el Proceso de Enfermería y las taxonomías NANDA, NOC y NIC. La intervención estará direccionada a mejorar las dimensiones de la Agencia de autocuidado (ASA): Interacción social, interacción personal, consumo suficiente de alimentos, actividad y reposo y promoción de funcionamiento y desarrollo personal.	
Plazo de ejecución: 12 semanas	
El desarrollo de la propuesta se realizará por: videoconferencia -plataforma Zoom	
Lugar	
5.1 Provincia: Pichincha	Cantón: Quito
Parroquia: Cotocollao	Distrito de salud: 17DO3
Formulación del problema:	
Necesidad sentida: Deterioro de la Agencia de Autocuidado, de las cuidadoras principales informales Insuficiente oferta de actividades destinadas a fomentar la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal	
Etapas de planificación: Planificación del Programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales ”. Ejecución del Programa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales ”. Evaluación del efecto del Programa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”.	
Beneficiarios: 30 Cuidadores/as/as principales informales de adultos mayores con dependencia leve y moderada.	
Presupuesto ejecutado: \$ 500,00	
Universidad de Concepción-Chile, Universidad Central del Ecuador, Ministerio de Salud Pública - Ecuador	
Facultad de Enfermería UDEC	
Responsable: Patricia del Cisne Guato Torres	

CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “ENFERMERÍA CUIDANDO A LOS CUIDADORES PRINCIPALES INFORMALES ”						
Dimensión Agencia de Autocuidado ASA	NANDA	NOC	TEDA Sistema de enfermería apoyo- educación	Técnica	NIC	Evaluación
<p>Interacción social</p> <p>Entendida como la capacidad de solicitar ayuda a las personas cercanas, allegadas en los momentos en que se los necesite. Puede poseer una cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.</p>	<p>Deterioro de la interacción social (00052)</p> <p>Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.</p>	<p>Habilidades de interacción social (1502)</p>	<p>Operaciones estimativas. Consisten en investigar condiciones y factores en uno mismo y en el ambiente que son significativos para el autocuidado.</p> <p>Operaciones transicionales. Implican hacer juicios y decisiones sobre lo que uno puede y debe hacer para satisfacer los requisitos de autocuidado.</p> <p>Operaciones productivas: Implican ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado (110).</p>	<p>Se utilizará la técnica de encuentro y negociación que permite iniciar la relación y el proceso educativo.</p> <p>Objetivo: facilitar la configuración de un adecuado encuentro profesional/ cuidador/a principal informal.</p> <p>Tiempo: 5 minutos</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: se inicia con la presentación del facilitador, seguido de un diálogo, informando los objetivos de la reunión.</p>	<p>Intervención online</p>	<p>Los participantes conocen los objetivos de la reunión</p>

				 <p>Se utiliza una técnica didáctica de presentación “En un minuto”</p> <p>Objetivo: presentar a los participantes de forma dinámica y entretenida.</p> <p>Tiempo: 5 minutos</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: cada participante se presenta con todas las características durante un minuto.</p> <p>Se solicitará a los participantes contesten los instrumentos (encuesta biosociodemográfica y la escala Agencia de Autocuidado).</p> <p>Objetivo: aplicar el pre-test</p>		<p>Los participantes rompen el hielo se y se disponen a participar</p>
--	--	--	--	--	--	--

				<p>Tiempo: 20 minutos</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: se apoyará en el proceso</p> <p>Dinámica</p> <p>Objetivo: Compartir y conocerse</p> <p>Tiempo: 10 minutos</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: compartir un diálogo</p> <p>Técnica vivencial: se basa en el conocimiento sobre el grupo, objetivos, cultura, contexto y escenario grupal, así mismo, reconoce las habilidades, conocimiento y</p>	<p>Potenciación de la socialización (5100)</p> <p>Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.</p> <p>Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</p> <p>Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</p>	<p>Los participantes mencionaran los cambios que quieren poner en práctica Se compartirá los números telefónicos y direcciones de personas o grupos de apoyo</p>
--	--	--	--	--	---	--

				<p>formación teórica del facilitador.</p> <p>Objetivo: generar cambio de actitud de las personas, en las experiencias cognitivas, afectivas o emocionales.</p> <p>Tiempo: 30 minutos.</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: el facilitador trabajará con las vivencias manifestadas por los/las participantes e integrará el conocimiento sobre Potenciación de la socialización y sistemas de apoyo en: Interacción social y vida cotidiana.</p> <p>Definición de interacción social</p> <p>interacción social y vida cotidiana</p>	<p>Fomentar compartir problemas comunes con los demás.</p> <p>Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.</p> <p>Aumentar sistemas de apoyo (5440)</p> <p>Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes</p> <p>Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>Características, estructuras elementales, efecto de la interacción social</p> <p>Dificultades para la interacción social</p> <p>Deterioro de la interacción social</p> <p>Manifestaciones que el CPI puede presentar</p> <p>Influencia social positiva, tipos de influencia social, habilidades para fomentar la interacción social</p> <p>Habilidades para aumentar los sistemas de apoyo, importancia de los sistemas de apoyo.</p>	<p>Determinar la situación familiar actual (184).</p>	
--	--	--	--	--	---	--



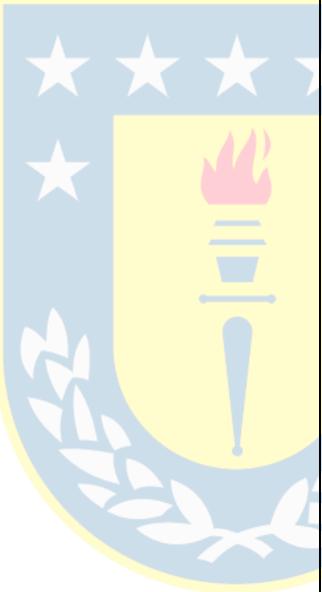
Dimensión Agencia de Autocuidado	NANDA	NOC	Sistema de enfermería apoyo-educación	Técnica	NIC	Evaluación
<p>Interacción personal</p> <p>Capacidad tienen personas averiguar, indagar, reflexionar conseguir respuestas.</p>	<p>Mantenimiento inefectivo de la Salud. (00099)</p> <p>Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.</p>	<p>Adaptación psicosocial: cambio de vida. (1305)</p>	<p>Operaciones estimativas. Consisten en investigar condiciones y factores en uno mismo y en el ambiente que son significativos para el autocuidado.</p> <p>Operaciones transicionales. Implican hacer juicios y decisiones sobre lo que uno puede y debe hacer para satisfacer los requisitos de autocuidado.</p> <p>Operaciones productivas. Implican ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado.</p>	<p>Dimensión: interacción personal</p> <p>La intervención se realizará siguiendo el cronograma establecido por las partes, previa llamada telefónica confirmando la conexión online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Educación para la salud considerando una metodología que aporta con conocimientos, habilidades y destrezas para que el ser humano sea capaz de satisfacer las necesidades de promoción y protección de la salud. Además, motiva a que las CPI sean entes dinámicos para alcanzar metas en salud (185).</p>	<p>Intervención individual</p>	<p>El participante conoce al facilitador y el objetivo de la visita.</p> <p>las participantes</p>

				<p>Objetivo: fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas para fomentar la salud</p> <p>Tiempo: 40 minutos.</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo:</p> <p>Autoestima</p> <p>Autoconcepto</p> <p>Autoimagen</p> <p>Autorrefuerzo</p> <p>Autoeficacia</p> <p>Guía para mejorar la autoestima</p>	<p>Ayuda en la modificación de sí mismo.</p> <p>Ayudar al paciente (CPI) a identificar las conductas y objetivos que deban ser cambiadas para conseguir una meta.</p> <p>Identificar con el paciente (CPI) las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.</p> <p>Animar al paciente a identificar afirmaciones / recompensas adecuadas, que tengan sentido</p>	<p>pondrán en práctica lo aprendido para mantener y/o mejorar la autoestima</p>
--	--	--	--	--	---	---

Dimensión Agencia de Autocuidado	NANDA	NOC	Sistema de enfermería apoyo-educación	Técnica	NIC	Evaluación
<p>Dimensión: consumo suficiente de alimentos:</p> <p>Capacidad de cambiar hábitos alimentarios y tener una dieta equilibrada y suficiente para satisfacer las necesidades del individuo con el fin de mantener el peso corporal.</p>	<p>Desequilibrio nutricional por defecto. (00002)</p> <p>Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.</p>	Estado nutricional (01004)	<p>Operaciones estimativas. Consisten en investigar condiciones y factores en uno mismo y en el ambiente que son significativos para el autocuidado.</p> <p>Operaciones transicionales: Implica hacer juicios y decisiones sobre lo que uno puede y debe hacer para satisfacer los requisitos de autocuidado.</p> <p>Operaciones productivas: Implican ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado (111).</p>	<p>La intervención se realizará previa llamada telefónica confirmando la conexión al aula virtual</p> <p>Técnica de encuentro y negociación: técnica que permite el inicio de la relación y el proceso educativo.</p> <p>Objetivo: Facilitar un adecuado encuentro profesional/ CPI, estableciendo una buena acogida, presentación y realización de la intervención.</p> <p>Tiempo: 5 minutos</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet (185).</p> <p>Desarrollo:</p> <p>Objetivo: Educar para mejorar la nutrición</p> <p>Tiempo: 30 minutos.</p> <p>Herramientas online:</p>	<p>Intervención individual</p> <p>Asesoramiento nutricional (5246)</p> <p>Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</p> <p>Facilitar la identificación de las conductas</p>	<p>las participantes se comprometen a fortalecer los buenos hábitos</p>

				<p>videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo:</p> <p>alimentación saludable, alimentos naturales, procesados y ultra procesados, recomendaciones para una alimentación saludable, fortalecimiento y refuerzo de los hábitos alimenticios para mejorar su nutrición.</p>	<p>alimentarias que se desean cambiar.</p> <p>Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción de sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.</p> <p>Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Dimensión Agencia de Autocuidado	NANDA	NOC	Sistema de enfermería apoyo-educación	Técnica	NIC	Evaluación
<p>Dimensión: Actividad y reposo</p> <p>Evalúa la producción y conservación de energía considerando los factores humanos, ambientales y condiciones específicas que interfieren en el equilibrio entre la actividad y reposo.</p>	<p>Fatiga (00093)</p> <p>Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.</p>	<p>Conservación de energía (00002)</p>	<p>Operaciones estimativas: Consisten en investigar condiciones y factores en uno mismo y en el ambiente que son significativas para el autocuidado.</p> <p>Operaciones transicionales: Implica hacer juicios y decisiones sobre lo que uno puede, debe y hará, para satisfacer los requisitos de autocuidado.</p> <p>Operaciones productivas: Implican ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado (111).</p>	<p>Se realizará una cuarta reunión.</p> <p>Técnica de encuentro y negociación: técnica que permite el inicio de una relación y el proceso educativo.</p> <p>Objetivo: Facilitar un adecuado encuentro profesional/CPI, estableciendo una relación, presentación y realización de la intervención</p> <p>Tiempo: 5 minutos</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: Se inicia informando los objetivos de la capacitación.</p>	<p>Intervención individual</p> <p>Manejo de la energía (180)</p> <p>Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/cuidador/cuidadora principal informal.</p> <p>Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.</p> <p>Determinar qué y cuánta actividad se necesita para reconstruir la resistencia física.</p> <p>Observar al paciente por si aparecen indicios de fatiga física y emocional.</p> <p>Facilitar la</p>	<p>Se mantiene una buena relación con los participantes</p>

			 <p>Educación para la salud: metodología que proporciona conocimientos, habilidades, destrezas y motiva al CPI a involucrarse en el ejercicio del autocuidado (185).</p> <p>Objetivo: Educar para evitar la fatiga</p> <p>Tiempo: 40 minutos.</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: permitir que el participante analice las actividades diarias y manifieste cómo se siente tanto física como mentalmente, el facilitador educará a partir de la escucha activa con el participante en los temas:</p> <p>La fatiga</p> <p>Causas, señales de</p>	<p>alternancia de periodos de reposo y actividad.</p> <p>Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.</p>	<p>Las participantes aportarán con los aprendizajes que proporcionó la técnica y escriben en una hoja los tiempos de descanso diario y actividades que realizará para disminuir la fatiga.</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>advertencia de fatiga</p> <p>Consejos para evitar la fatiga</p> <p>Técnicas y actividades para disminuir la fatiga.</p>		
--	--	--	--	--	--	--



Dimensión Agencia de Autocuidado	NANDA	NOC	Sistema de enfermería apoyo-educación	Técnica	NIC	Evaluación
<p>Dimensión: promoción del funcionamiento y desarrollo personal:</p> <p>Es la capacidad que utiliza la persona en la adaptación al ambiente y las circunstancias para proporcionar su propio cuidado personal. Se consideran todas las actividades y modificaciones que la persona dirige hacia sí misma para el mantenimiento de la vida, promueve el progreso humano.</p>	<p>Deterioro de la adaptación (00070)</p> <p>Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.</p>	<p>Bienestar (02002)</p>	<p>Operaciones estimativas:</p> <p>Consisten en investigar condiciones y factores en uno mismo y en el ambiente que son significativas para el autocuidado-</p> <p>Operaciones transicionales:</p> <p>Implican hacer juicios y decisiones sobre lo que uno puede, debe y hará, para satisfacer los requisitos de autocuidado.</p> <p>Operaciones productivas:</p> <p>Implica ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado (111).</p>	<p>Se realiza la quinta reunión.</p> <p>1.Técnica de encuentro y negociación: técnica que permite iniciar la relación y el proceso educativo.</p> <p>Objetivo: Facilitar la configuración de un adecuado encuentro profesional/ cuidadores/as cuidadoras participantes.</p> <p>Tiempo: 5 minutos</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: se inicia con un dialogo, informando los objetivos de la reunión.</p> <p>Lluvia de ideas: técnica que permite la participación de todos (186).</p> <p>Objetivo: Identificar los estilos de vida de los CPI</p> <p>Tiempo: 5 minutos.</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p>	<p>Intervención grupal</p>	<p>Los/ las participantes se integran</p>

				<p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: los CPI dan a conocer los estilos de vida individual, el facilitador lo considera para la capacitación</p> <p>Educación para la salud: metodología que proporciona conocimientos habilidades y destrezas, y motiva al CPI a involucrarse en la Agencia de Autocuidado (185).</p> <p>Objetivo: educar sobre las modificaciones de conducta necesarias para la salud</p> <p>Tiempo: 30 minutos.</p> <p>Herramientas online: videoconferencias por plataforma Zoom</p> <p>Materiales: computadora, tablet, teléfono inteligente, internet</p> <p>Desarrollo: hablando de la funcionalidad y promoción, desarrollo personal, autoevaluación del cuidador, señales de alerta, acciones para el autocuidado, (pedir ayuda, realizar actividades</p>	<p>Modificación de la conducta (4360)</p> <p>Determinar la motivación al cambio del paciente (Cuidador/a)</p> <p>Ayudar al paciente (Cuidador/a) a identificar su fortaleza y reforzar.</p> <p>Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente (cuidador/a) que han sido tomadas independientemente.</p> <p>Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.</p>	<p>Los participantes reflexionan sobre los cambios necesarios para cuidar su salud.</p>
--	--	--	--	---	---	---

				<p>agradables, evaluación del cumplimiento de las actividades, evitar el aislamiento, técnicas de autocuidado en desarrollo personal, autodidacta, buscar nuevas actividades para renovar amistades).</p> <p>Buscar nuevas actividades para renovar amistades</p>		
--	--	--	--	---	--	--



Anexo. 9: Autorización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor para el desarrollo de la investigación

MINISTERIO DE SALUD



C29 - Hospital Especializado de Atención Integral del Adulto Mayor
Dirección General

Oficio Nro. MSP-CZ9-HAIAM-DIR-2019-0075-0
Quito, D.M., 30 de abril de 2019

Discusión firmada electrónicamente

Dr. Jorge Fredy Cueva Ayala
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

Anexos:
- fsd autorizacion para hacer el trabajo de investigacion zip

Copia:

- Señor Doctor
Francisco José Rodríguez Lanfranco
Médico Especialista en Geriatria 1 / Responsable de Hospital del Día
- Señora Abogada
Paulina Salome Marmol Cabrera
Analista de Talento Humano 2 / Responsable de la Gestión de Talento Humano
- Señora Doctora
Coral Rosero Anita Patricia
Analista de Docencia e Investigación



Anexo. 10: Acuerdo de confidencialidad y responsabilidad con el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

MINISTERIO DE SALUD



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESPONSABILIDAD CON EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

Yo, Patricia Del Cisne Guato Torres como investigadora del estudio “Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador, 2020” con cédula de identidad No. 1600187775, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará “EL INVESTIGADOR/RA”, de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador manda:

“Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)

2. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

“Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

4. El Código Integral Penal tipifica:



"Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año".

5. "EL INVESTIGADOR/RA", en razón de la Investigación a la que aplique en el HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, puede tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelar el manejo adecuado y reservado de tal información.

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, "EL INVESTIGADOR/RA" se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación en razón de su investigación y manejo en el HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

"EL INVESTIGADOR/RA" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de su investigación tendrá acceso.

"EL INVESTIGADOR/RA" se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, o utilizarla para fines ajenos a los objetivos de su investigación.

CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:

"EL INVESTIGADOR/RA" se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de información pública y confidencial, principalmente, queda advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

CLÁUSULA QUINTA.- DECLARACIÓN:

"EL INVESTIGADOR/RA" declara conocer la información que se maneja en el HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.



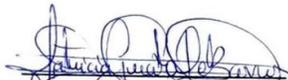
"EL INVESTIGADOR/A" declara además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública y del Código Orgánico Integral Penal.

CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes de manera indefinida, desde la suscripción de este documento hasta el término de la investigación.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- ACEPTACIÓN:

"EL INVESTIGADOR/A" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en tres ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Quito, el 11 de marzo de 2018.


Patricia Guato Torres

C.I. 1600187775

Anexo 11: Consentimiento informado

 <p>Universidad de Concepción-Chile</p>	<p>C.1</p> <p>Versión: 2</p> <p>Fecha de elaboración: Enero del 2020</p> <p>Fecha revisión: Abril 2020</p>	 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	 <p>Universidad Central del Ecuador</p>
--	--	--	--

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN LA PRUEBA PILOTO PARA LA ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA) Y LA ENCUESTA BIOSOCIODEMOGRÁFICA

Código:

Título del estudio. Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia.

Investigadora responsable: Patricia del Cisne Guato Torres

Teléfono de contacto las 24 horas: 0987299341- 023133873

Correo: paguato@udec.cl pcisneguato@yahoo.es pcguato@uce.edu.ec

Investigador alterno: Dra. Sara Mendoza-Parra

Centro de investigación: Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor-
Ministerio de Salud Pública-Ecuador.

Estimado/a señora: el propósito de solicitar su participación en este estudio es obtener información de los instrumentos (Encuesta Biosociodemográfica y Agencia de Autocuidado) que va a responder respecto a: si son claros, precisos y si permiten recoger la información pertinente a la investigación.

El tiempo para el llenado del instrumento ASA y la encuesta Biosociodemográfica es de aproximadamente 20 minutos (10 minutos para cada instrumento)

Procedimiento: al ser partícipe de este estudio, deberá contestar dos cuestionarios. Uno contiene 20 preguntas sobre características sociodemográficas (datos personales); características del cuidado y sobre la salud del cuidador. El otro instrumento es sobre el Autocuidado y está compuesto de 24 preguntas con cinco posibilidades de respuesta, donde uno significa nunca y cinco significa siempre, aproximadamente cada instrumento le tomará 10 minutos. Usted recibirá orientación sobre el proceso de validación de la encuesta y la escala en Google Forms en el momento que vaya a realizar este proceso.

Riesgos: esta investigación conlleva riesgo mínimo para los participantes.

Beneficios: la participación le permitirá a usted conocer la Agencia de Autocuidado que usted posee.

Confidencialidad: la información proporcionada por usted, será anónima y confidencial. Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio.

Libertad de participación: usted tiene la libertad y autonomía de decidir participar, de negarse o suspender su participación en el estudio, lo cual no implicará sanción alguna o repercusiones. Debe saber que no recibirá ninguna compensación económica por participar en este estudio.

Comunicación: Si usted tiene alguna duda sobre este estudio, siéntase con libertad de consultar a los siguientes contactos:

Patricia del Cisne Guato Torres Teléfono 593- 0987299341 – 593 -023133873

Dra. Sara Mendoza Parra Teléfono 2207065 – 2204948

Se le solicita responda verbalmente dando respuesta a las siguientes preguntas:

Comprende que se le ha solicitado participar contestando dos cuestionarios	SI	NO
Le han dado lectura del contenido de esta hoja que solicita su aceptación verbal de participación (telefónica).	SI	NO
Le han informado que esta aceptación verbal de	SI	NO

participación será equivalente que su firma		
Comprende los beneficios y riesgos presentes al aceptar contestar el cuestionario	SI	NO
Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir sobre el estudio	SI	NO
Comprende que usted tiene la libertad de negarse a participar o retirarse en cualquier momento	SI	NO
Comprende que la información proporcionada se mantendrá en anonimato y confidencialidad	SI	NO
Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio	SI	NO

Declaro haber recibido información, además, han dado lectura del contenido, he comprendido y decido voluntariamente participar en esta investigación.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Registro de la aceptación verbal de participación:

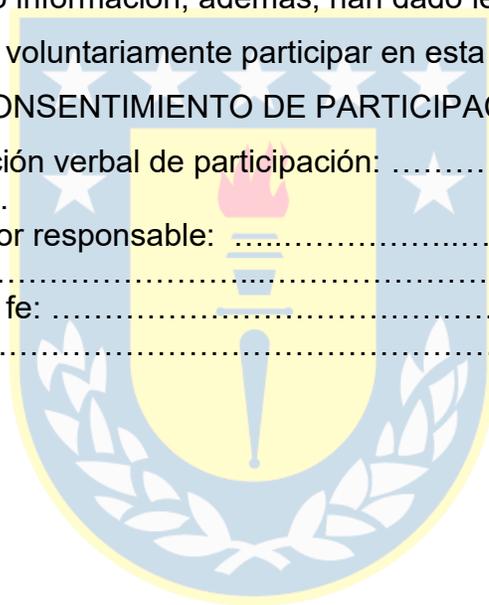
Fecha:

Nombre de investigador responsable:

Firma:

Nombre del testigo de fe:

Firma:



 <p>Universidad de Concepción-Chile</p>	<p>C.1</p> <p>Versión: 2</p> <p>Fecha de elaboración: Enero 2020</p> <p>Fecha revisión: Abril 2020</p>	 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	 <p>Universidad Central del Ecuador</p>
--	--	--	--

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL INFORMAL EN LA PRUEBA PILOTO PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y MATERIAL EDUCATIVO

Código:

Título del estudio. Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia.

Investigadora responsable: Patricia del Cisne Guato Torres

Teléfono de contacto las 24 horas: 0987299341- 023133873

Correo: paguato@udec.cl pcisneguato@yahoo.es pcguato@uce.edu.ec

Investigador alterno: Dra. Sara Mendoza-Parra

Centro de investigación: Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor- Ministerio de Salud Pública-Ecuador.

Estimado/a señora: el propósito de solicitar su participación en este programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” es obtener una evaluación de validez de los aspectos generales del programa de intervención y del material educativo. No se considera su participación en los instrumentos de Agencia de Autocuidado (ASA) y encuesta Biosociodemográfica

El tiempo para la validación del programa de enfermería y material educativo es de aproximadamente una semana. El llenado del formulario para la evaluación del programa de intervención es de 10 minutos.

Procedimiento: al ser partícipe de este estudio, deberá participar en la ejecución del programa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” que se desarrollará utilizando la plataforma Zoom, educación por internet donde participaran tanto el facilitador como los cuidadores/as. Usted recibirá orientación sobre el proceso de validación de programa de intervención y material educativo en Google Forms, en el momento que vaya a realizar este proceso.

Se realizará una reunión por día durante los cinco días de la semana con la participación de cuidadores/as principales informales, cada reunión tendrá una duración de 40 minutos.

Riesgos: esta investigación conlleva riesgo mínimo para los participantes.

Beneficios: la participación le permitirá a usted conocer la Agencia de Autocuidado que usted posee.

Confidencialidad: la información proporcionada por usted, será anónima y confidencial. Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio.

Libertad de participación: usted tiene la libertad y autonomía de decidir participar, de negarse o suspender su participación en el estudio, lo cual no implicará sanción alguna o repercusiones. Debe saber que no recibirá ninguna compensación económica por participar en este estudio.

Comunicación: Si usted tiene alguna duda sobre este estudio, siéntase con libertad de consultar a los siguientes contactos:

Patricia del Cisne Guato Torres Teléfono 593- 0987299341 – 593 -023133873

Dra. Sara Mendoza Parra Teléfono 2207065 – 2204948

Se le solicita responda verbalmente dando respuesta a las siguientes preguntas:

Comprende que se le ha solicitado participar en un programa de intervención con la finalidad de obtener una evaluación de validez	SI	NO
Le han dado lectura del contenido de esta hoja que solicita su aceptación verbal de participación (telefónica).	SI	NO

Le han informado que esta aceptación verbal de participación será equivalente que su firma	SI	NO
Comprende los beneficios y riesgos presentes al aceptar participar en un programa de intervención	SI	NO
Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir sobre el estudio	SI	NO
Comprende que usted tiene la libertad de negarse a participar o retirarse en cualquier momento	SI	NO
Comprende que la información proporcionada se mantendrá en anonimato y confidencialidad	SI	NO
Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio	SI	NO

Declaro haber recibido información, además, han dado lectura del contenido, he comprendido y decido voluntariamente participar en esta investigación.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Registro de la aceptación verbal de participación:.....

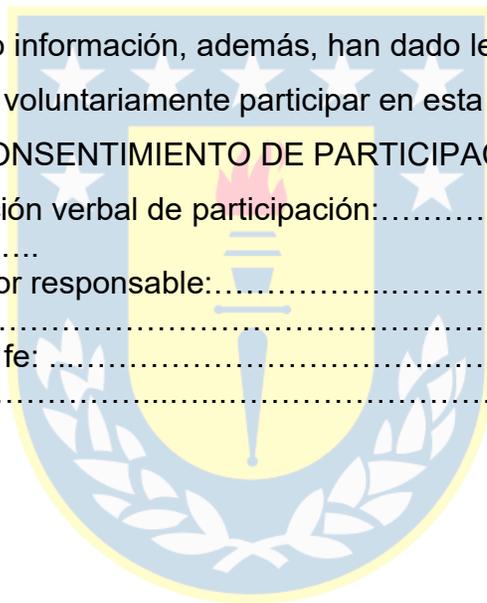
Fecha:

Nombre de investigador responsable:.....

Firma:

Nombre del testigo de fe:

Firma:



 <p>Universidad de Concepción-Chile</p>	<p>C.1</p> <p>Versión: 2</p> <p>Fecha de elaboración: Enero 2020</p> <p>Fecha revisión: Abril 2020</p>	 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	 <p>Universidad Central del Ecuador</p>
--	--	--	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALIDACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y MATERIAL EDUCATIVO PARA GRUPO DE EXPERTOS DE GRUPO DELPHI:

Código:

Título del estudio. Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia.

Investigadora responsable: Patricia del Cisne Guato Torres

Teléfono de contacto las 24 horas: 0987299341- 023133873

Correo: paguato@udec.cl pcisneguato@yahoo.es pcguato@uce.edu.ec

Investigador alterno: Dra. Sara Mendoza-Parra

Centro de investigación: Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor-Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Estimado profesional: Reconociendo su conocimiento y experiencia en el área de esta investigación, usted es considerado como experto, por lo que solicito de la manera más comedida nos apoye con la evaluación del programa de intervención de “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, y los materiales educativos que se utilizarán en el mismo.

Los criterios que se solicita considerar son los siguientes: atracción (llama la atención), comprensión (evalúa la claridad del contenido), involucramiento (evalúa si el contenido y material es pertinente para los CPI al que va dirigido), aceptación (confirmar la aprobación del contenido el mismo que debe respetar las creencias, los contenidos y el lenguaje) e inducción a la acción (el contenido

y el material logra cambios conductuales). Al finalizar el análisis por favor concluya el proceso llenando el formulario para la evaluación del programa de intervención y el material educativo.

Tiempo aproximado de 20 minutos.

Procedimiento: Se le hará llegar al correo electrónico los documentos del programa de intervención “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” y el material educativo a ser utilizado en este proceso, con la finalidad de analizar los criterios antes mencionados.

Riesgos: esta investigación conlleva riesgo mínimo para los participantes.

Beneficios: reconocimiento social por aportar con sus conocimientos a la sociedad.

Confidencialidad: la información proporcionada por usted, será anónima y confidencial. Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio.

Libertad de participación: usted tiene la libertad y autonomía de decidir participar, de negarse o suspender su participación en la validación del programa de intervención de enfermería y material educativo, lo cual no implicará sanción alguna o repercusiones. Debe saber que no recibirá ninguna compensación económica por participar en este estudio.

Comunicación: Si usted tiene alguna duda sobre este estudio, siéntase con libertad de consultar a los siguientes contactos:

Patricia del Cisne Guato Torres Teléfono 593- 0987299341 – 593 -023133873

Dra. Sara Mendoza Parra Teléfono 2207065 – 2204948

Se le solicita responda verbalmente dando respuesta a las siguientes preguntas:

Comprende que se le ha solicitado participar en la evaluación del programa de intervención de “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, y los materiales educativos que se utilizarán en el mismo.	SI	NO
Usted ha leído el contenido de esta hoja que solicita su aceptación de validar el programa y materiales educativos que se utilizarán en el mismo.	SI	NO

Usted ha sido informado que esta aceptación de participación será equivalente que su firma	SI	NO
Conoce los beneficios y riesgos presentes al aceptar participar en la validación del programa de intervención de “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, y los materiales educativos que se utilizarán en el mismo.	SI	NO
Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el tema	SI	NO
Conoce usted que tiene la libertad de negarse a participar	SI	NO
Conoce que la información proporcionada se mantendrá en anonimato y confidencialidad	SI	NO
Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio	SI	NO

Declaro haber recibido información, además, he dado lectura del contenido, he comprendido y decido voluntariamente participar en esta investigación.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Registro de la aceptación verbal de participar:

Fecha:

Nombre de investigador responsable:

Firma:

Nombre del testigo de fe:

Firma:

 <p>Universidad de Concepción-Chile</p>	<p>C.1</p> <p>Versión: 2</p> <p>Fecha de elaboración: Enero 2020</p> <p>Fecha revisión: Abril 2020</p>	 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	 <p>Universidad Central del Ecuador</p>
--	--	--	--

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN GRUPO EXPERIMENTAL

Código:

Título del estudio. Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia.

Investigadora responsable: Patricia del Cisne Guato Torres

Teléfono de contacto las 24 horas: 0987299341- 023133873

Correo: paguato@udec.cl pcisneguato@yahoo.es pcguato@uce.edu.ec

Investigador alterno: Dra. Sara Mendoza-Parra

Centro de investigación: Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor-
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Estimado/a señora: esta investigación tiene como propósito, evaluar la Agencia de Autocuidado que usted posee (Como se cuida usted), e invitarle a participar en un programa de intervención de enfermería para mejorar la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada, que acude a consulta externa del servicio de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en Quito.

Procedimiento: al ser partícipe de la investigación deberá contestar dos cuestionarios. Uno contiene 20 preguntas sobre características sociodemográficas (datos personales); características del cuidado y sobre la salud del cuidador. El otro instrumento es sobre el Autocuidado compuesta de 24

preguntas con cinco posibilidades de respuesta, donde uno significa nunca y cinco significa siempre, aproximadamente cada instrumento le tomará un tiempo de 10 minutos, además, participará del programa de intervención de enfermería en la Agencia de Autocuidado del cuidador/a denominado “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, usted recibirá capacitación a través de la plataforma Zoom, educación por internet donde participaran tanto el facilitador como los cuidadores/as, para mejorar la Agencia de Autocuidado se desarrollará el programa realizando una reunión diaria durante los cinco días de la semana con la participación de cuidadoras/es principales informales abarcando cada día una dimensión de la Agencia de Autocuidado, facilitado por una enfermera geronto-geriátrica, en horario a conveniencia por las partes.

Tiempo: 20 minutos para llenar la encuesta Biosociodemografica y Agencia de Autocuidado antes de la intervención y al finalizar la intervención luego de doce semanas usted contestara un instrumento de la Agencia de Autocuidado en 10 minutos.

Riesgos: esta investigación conlleva riesgo mínimo para los participantes, sin embargo, si surge alguna situación especial durante las actividades se contará con los servicios de salud pública del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor y el contacto será a los teléfonos de 24 horas que puede contactarse con total libertad en el momento que usted estime conveniente para recibir la ayuda necesaria.

Beneficios: un profesional de enfermería geronto-geriatra le proporcionará la capacitación sobre la Agencia de Autocuidado, lo que, contribuirá a orientarle en estrategias de cambios para mejorar la Agencia de Autocuidado

Confidencialidad: la información proporcionada por usted, será anónima y confidencial. Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio.

Libertad de participación: usted tiene la libertad y autonomía de decidir participar, de negarse o suspender su participación en el estudio en cualquier momento del proceso, lo cual no implicará sanción alguna o repercusiones. Debe saber que no recibirá ninguna compensación económica por participar en este estudio.

Comunicación: Si usted tiene alguna duda sobre este estudio, siéntase con libertad de consultar a los siguientes contactos:

Patricia del Cisne Guato Torres Teléfono 593- 0987299341 – 593 -023133873

Dra. Sara Mendoza Parra Teléfono 2207065 – 2204948

Se le solicita responda verbalmente dando respuesta a las siguientes preguntas:

Comprende que se le ha solicitado participar en una investigación	SI	NO
Le han dado lectura del contenido de esta hoja que solicita su aceptación verbal de participación (telefónica).	SI	NO
Le han informado que esta aceptación verbal de participación será equivalente que su firma	SI	NO
Comprende los beneficios y riesgos presentes al aceptar ser parte del estudio	SI	NO
Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir sobre el estudio	SI	NO
Comprende que usted tiene la libertad de negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento	SI	NO
Comprende que la información proporcionada se mantendrá en anonimato y confidencialidad	SI	NO
Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio	SI	NO

Declaro haber recibido información, además, han dado lectura del contenido, he comprendido y decido voluntariamente participar en esta investigación.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Registro de la aceptación verbal de participación:

Fecha:

Nombre del investigador responsable:.....

Firma:

Nombre del testigo de fe:

Firma:

 <p>Universidad de Concepción-Chile</p>	<p>C.1 Versión: 2 Fecha de elaboración: Enero 2020 Fecha revisión: Abril 2020</p>	 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	 <p>Universidad Central del Ecuador</p>
--	---	--	--

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN GRUPO CONTROL

Código:

Título del estudio. Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia.

Investigadora responsable: Patricia del Cisne Guato Torres

Teléfono de contacto las 24 horas: 0987299341- 023133873

Correo: paguato@udec.cl pcisneguato@yahoo.es pcguato@uce.edu.ec

Investigador alterno: Dra. Sara Mendoza-Parra

Centro de investigación: Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor-
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Estimado/a señora: esta investigación tiene como propósito, invitarle a que participar contestando dos cuestionarios. Además, se le invita a participar en la capacitación y eventos que realiza el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor para los cuidadoras.

Procedimiento: al ser partícipe de la investigación deberá contestar dos cuestionarios. Uno contiene 20 preguntas sobre características sociodemográficas (datos personales); características del cuidado y sobre la salud del cuidador. El otro instrumento es sobre el Autocuidado, y está compuesta de 24 preguntas con cinco posibilidades de respuesta, donde uno significa nunca y cinco significa siempre, aproximadamente cada instrumento le tomará un

tiempo de 10 minutos. A través de la plataforma Zoom, educación por internet donde participaran tanto el facilitador como los cuidadores/as en el programa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales”, además, usted continua participando en las actividades programadas por el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor y luego de 12 semanas se le invitará nuevamente a contestar la escala (Agencia de Autocuidado) a través de Google Forms con una duración de 10 minutos.

Tiempo: 20 minutos para llenar la encuesta Biosociodemografica y Agencia de Autocuidado y luego de 12 semanas se le invita a que llene la escala Agencia de Autocuidado en 10 minutos. Riesgos: este proceso conlleva riesgo mínimo para los participantes, sin embargo, si surge alguna situación especial durante las actividades se contará con los servicios de salud pública.

Beneficios: usted podrá participar en las actividades de capacitación y eventos que ofrece el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor para él su beneficio. (Cuidadoras/es).

Confidencialidad: la información proporcionada por usted, será anónima y confidencial. Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio.

Libertad de participación: usted tiene la libertad y autonomía de decidir participar, de negarse o suspender su participación en cualquier momento del proceso, lo cual no implicará sanción alguna o repercusiones. Debe saber que no recibirá ninguna compensación económica por participar en este estudio.

Comunicación: Si usted tiene alguna duda sobre el estudio, siéntase con libertad de consultar a los siguientes contactos:

Patricia del Cisne Guato Torres Teléfono 593- 0987299341 – 593 -023133873

Dra. Sara Mendoza Parra Teléfono 2207065 – 2204948

Se le solicita responda verbalmente dando respuesta a las siguientes preguntas:

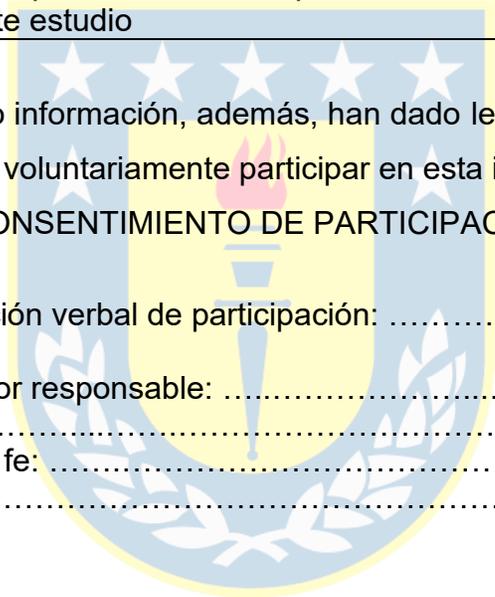
Comprende que se le ha solicitado participar contestando dos cuestionarios y luego de 12 semanas nuevamente un cuestionario	SI	NO
Le han dado lectura del contenido de esta hoja que	SI	NO

solicita su aceptación verbal de participación (telefónica).		
Le han informado que esta aceptación verbal de participación será equivalente que su firma	SI	NO
Comprende los beneficios y riesgos presentes al aceptar participar	SI	NO
A tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir sobre el cuestionario	SI	NO
Comprende que usted tiene la libertad de negarse a participar o retirarse del proceso en cualquier momento	SI	NO
Comprende que la información proporcionada se mantendrá en anonimato y confidencialidad	SI	NO
Existirá anonimato en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio	SI	NO

Declaro haber recibido información, además, han dado lectura del contenido, he comprendido y decido voluntariamente participar en esta investigación.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Registro de la aceptación verbal de participación:
 Fecha:
 Nombre de investigador responsable:
 Firma:
 Nombre del testigo de fe:
 Firma:



Anexo 12: Declaración de confidencialidad

<p>NOMBRE DE LA INVESTIGACIÓN</p>	<p>“Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador,2021”</p>
<p>NOMBRE DEL INVESTIGADOR</p>	<p>PATRICIA DEL CISNE GUATO TORRES</p>
<p>DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</p>	<p>Objetivo: Evaluar el efecto de la intervención educativa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador, 2021. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, tipo operativo con asignación aleatoria, de intervención educativa con pre-test y pos-test, con dos grupos: experimental y control, se realizó en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM), la unidad de análisis fue el cuidador o cuidadora principal informal (CPI), el tamaño de la muestra se estableció con un 95% de confianza, una potencia del 80%, con un margen de error de 5 unidades admitiendo un 30 % de abandono, el tamaño muestral mínimo fue de 20 CPI para cada grupo, se contó con criterios de inclusión y exclusión, se utilizó dos instrumentos la encuesta biosociodemográfica y la escala Agencia de Autocuidado (ASA). El análisis de datos se realizó con el software SPSS versión-24. La consistencia interna del ASA se calculó con el coeficiente Alfa de Cronbach. Las variables categóricas fueron representadas por la frecuencia y porcentaje, las numéricas fueron representadas por su media, desviación estándar y cuartiles. Al inicio, para las variables numéricas se utilizó la t de Student para grupos independientes (U de Mann-Whitney).</p>

	<p>Para determinar diferencias (antes vs después) de cada grupo se utilizó la prueba t de Student para grupos pareados (Wilcoxon para grupos pareados), de igual manera, para grupos independientes para comparar las diferencias (antes-después) obtenidas en ambos grupos. Se evidenció el supuesto de normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk. Resultado se evidenció que el programa mejoró el puntaje de la ASA. Conclusión los programas educativos tienen un efecto positivo si queremos mejorar la conducta de autocuidado.</p>
<p>OBJETIVO GENERAL</p>	<p>Evaluar el efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor (AM) con dependencia leve y moderada, que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM), Quito-Ecuador, en el período 2021.</p>
<p>OBJETIVO ESPECÍFICOS</p>	<p>Para la etapa inferencial se plantean los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Identificar factores sociodemográficos, del cuidado y de la salud del cuidador/a que se relacionan con la Agencia de Autocuidado basal del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador,2021. 8. Determinar el efecto de la intervención educativa “Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales” en cada dimensión de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador,2021.

<p>BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN</p>	<p>Existe una proporción favorable de beneficio-riesgo: el estudio maximiza los beneficios sociales e individuales en los cuidadores/as principales informales de los adultos mayores y minimiza al máximo los potenciales riesgos.</p> <p>Beneficios potenciales del estudio</p> <p>Se consideran beneficios directos e indirectos. Son beneficios directos los siguientes: mejoramiento de todas las dimensiones de la Agencia de Autocuidado y contribuirá a garantizar el derecho a la salud del cuidador. Se considera beneficios indirectos: a nivel social se beneficiarán los adultos mayores, las familias de éstos, el servicio de salud pública de Ecuador, el Estado y la sociedad en general.</p> <p>Riesgos</p> <p>Los riesgos serán inadmisibles, pero la probabilidad de existirlo siempre estará presente, por lo que será controlado, para que no superen los riesgos mínimos en personas sanas. Se vislumbran como potenciales riesgos tener consecuencias emocionales debido a que durante la aplicación de los instrumentos de investigación y en los procesos de intervención, se afecte la sensibilidad del participante por la reminiscencia y memoria de su vida alrededor del cuidado al adulto mayor; en este caso, la investigadora brindará apoyo emocional y acompañamiento, así como, de ser necesario, se reportará a los profesionales de salud mental y psiquiatría del HAIAM para que reciba atención. La investigadora tomará todas las medidas para proteger los derechos, la seguridad, la libre participación, la decisión de retirarse de la investigación, el bienestar, la privacidad y la confidencialidad de los participantes, como está descrito en este apartado de consideraciones éticas. En caso de que el efecto de la intervención de enfermería sea efectivo, es decir, mejore la</p>
---	--

	<p>Agencia de Autocuidado, se realizará una réplica en el grupo control en dos sesiones de capacitación.</p>
<p>CONFIDENCIALIDAD</p>	<p>En la investigación se considera la anonimidad de los participantes elaborando códigos con la información obtenida de los consentimientos informados y en los registros de los instrumentos de investigación aplicados.</p> <p>Los códigos que se asignen a los sujetos participantes de esta investigación serán únicos para toda información que se recoja en el proceso de investigación, garantizando así una correcta trazabilidad de la información.</p> <p>La información será custodiada por la autora de la investigación, durante cinco años, en la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, institución a la que pertenece la autora de la investigación.</p> <p>El lugar en el que se aplicará el consentimiento informado es en el HAIAM de la siguiente manera: Una vez, que ha sido identificado el cuidador principal informal se le invitará a una sala de enfermería con la finalidad de proporcionar información de forma verbal y escrita sobre los objetivos de la investigación, logrando obtener la participación a través de la aceptación con el consentimiento informado, legalmente firmado.</p> <p>El formulario escrito es idóneo, así como el proceso de obtención del consentimiento informado, pues se respeta las consideraciones técnicas de diseño y validación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.</p> <p>En el proceso de confidencialidad se respeta y se cumple las normas legales vigentes en Ecuador: Constitución de la República del Ecuador, Acuerdo Ministerial 4889 MSP. Los instrumentos: consentimiento informado y declaración de confidencialidad, materializan las garantías y da pleno cumplimiento del principio bioético de confidencialidad.</p>

DERECHOS	La realización de la presente investigación no proporciona ningún derecho a los investigadores, a excepción de los de tipo estrictamente académico.
----------	---

DECLARATORIA DE CONFIDENCIALIDAD

Yo PATRICIA DEL CISNE GUATO TORRES portador/a de la Cédula de Ciudadanía No. 1600187775, en mi calidad de Investigador/a, dejo expresa constancia de que he proporcionado de manera veraz y fidedigna toda la información referente a la presente investigación; y que utilizaré los datos e información que recolectaré para la misma, así como cualquier resultado que se obtenga de la investigación EXCLUSIVAMENTE para fines académicos, de acuerdo con la descripción de confidencialidad antes detallada en este documento.

Además, soy consciente de las implicaciones legales de la utilización de los datos, información y resultados recolectados o producidos por esta investigación con cualquier otra finalidad que no sea la estrictamente académica y sin el consentimiento informado de los cuidadores/as principales informales participantes.

En fe y constancia de aceptación de estos términos, firmo como Autor/a de la investigación

NOMBRE INVESTIGADOR	CÉDULA IDENTIDAD	FIRMA
Patricia Del Cisne Guato Torres	1600187775	

Quito, DM 10 de febrero de 2020

Anexo 13: Declaración de conflicto de intereses

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

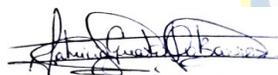
DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Quito, DM., 10 de febrero de 2020

Conforme a lo estipulado, la autora de la investigación PATRICIA DEL CISNE GUATO TORRES, con C.I. 160018777-5 cuyo título corresponde a: “Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del adulto mayor con dependencia, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador,2021”; DECLARO: no tener ningún tipo de conflictos de interés financiero, de relación personal, política, económica ni académica que pueda influir en la investigación.

La investigación no tiene subvención o ayuda económica para cubrir los costos del estudio otorgadas por entidades privadas, comerciales, organizaciones nacionales o internacionales u organismos de apoyo a la investigación. Los costos son asumidos por la estudiante investigadora.

FIRMA DE DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS:



PATRICIA DEL CISNE GUATO TORRES

CANDIDATA PhD

C.I. 160018777-5

Anexo 14.1: Comprensión del instrumento ASA – primer experto

D.M. Quito. 21 de Febrero del 2020

Dra. Patricia Coral

CALIDAD Y DOCENCIA DEL CENTRO CLÍNICO QUIRÚRGICO
AMBULATORIO IESS NORTE.

Presente

Luego de expresar un cordial saludo, solicito a usted considerado como experto/a en Geronto-geriatria y en el marco de la investigación "**Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia**", validar la escala Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale ASA). Se solicita el análisis y la comprensión de los ítems del instrumento ASA. El propósito es avalar que al ser aplicado este instrumento a las/os cuidadores principales informales sea comprensible, tenga aceptabilidad y posea relevancia.

Anticipo mis sinceros agradecimientos por el aporte académico

Atentamente



Patricia Guato Torres
Enfermera Geronto-Geriatra

La escala contiene cinco categorías a ser evaluadas:

1. Interacción social, entendida como la capacidad de solicitar ayuda a las personas cercanas/allegadas en los momentos en que se los necesite. Puede presentar una cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social. Evaluada por las preguntas 12 y 22.
2. Interacción personal (Bienestar personal), capacidad que tienen las personas de averiguar, indagar, reflexionar por conseguir respuestas sobre el autocuidado. Evaluada por las preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23.
3. Consumo suficiente de alimentos, capacidad de cambiar hábitos alimentarios, dieta equilibrada y suficiente para satisfacer las necesidades del individuo con el fin de mantener el peso corporal. Evaluada por la pregunta 9.
4. Actividad y reposo, evalúa la producción y conservación de energía, considera los factores humanos, ambientales y condiciones específicas que interfieren en el equilibrio entre la actividad y reposo. Evaluada por las preguntas 3, 6, 11, 13 y 20.
5. Promoción del funcionamiento y desarrollo personal, es la capacidad que utiliza la persona en la adaptación al ambiente y las circunstancias para proporcionarse su propio cuidado personal. Se consideran todas las actividades y modificaciones que la persona dirige hacia sí misma para el mantenimiento de la vida, promueve el progreso humano. Evaluada por las preguntas 1, 10, 18 y 24.

Para su interpretación se considera la puntuación elegida.

- Agencia de Autocuidado alta va entre 97 y 120 puntos
- Agencia de Autocuidado media va entre 49 y 96 puntos
- Agencia de Autocuidado baja va entre 1 y 48 puntos

**Ficha de validación del instrumento escala Agencia de Autocuidado
(Appraisal of Self-care Agency Scale ASA), por el/a especialista o experto.**

Por favor marcar con un "x"

ÍTEMS	Comprensión	Aceptabilidad	Relevancia
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.			
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.			
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.			
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.			
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.			
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.			
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.			
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.			
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.			
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.			
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.			
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre			
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.			
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo			
15. Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.			
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.			
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.			
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.			
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.			
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar			

Anexo 14.2: Comprensión del instrumento ASA – segundo experto

tiempo para cuidarme			
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.			
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.			
23. Puedo sacar tiempo para mí.			
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.			

Observaciones:

La escala esta muy bien aplicada, solo que se debe estar en el objetivo o proposito de la validacion de la escala del cuidador dirigida al adulto mayor.

Nombre: D. German Quiroga
 Mail: germanmil43@hotmail.com
 Teléfono: 0988183748
 Tiempo de trabajo con Adultos Mayores: _____

Agradecemos sus aportes de gran importancia

Anexo 15.1: Adaptación cultural – primer experto

Ficha de validación del instrumento escala Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale ASA), por el/a especialista o experto

Por favor marcar con un "x"

ÍTEMES	Errores sistemáticos	Errores de interpretación	Significados ambiguos
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.		X	
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	X		
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.			X
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.			
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.			X
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.			X
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.		X	
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	X		
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.			
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.			X
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.			X
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre			
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	X		
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo			
15. Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	X		
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.			
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	X		
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	X		
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.		X	
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar			

tiempo para cuidarme			X
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	X		
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	X		
23. Puedo sacar tiempo para mí.			X
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.			

ÍTEMES	OBSERVACIONES
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	El término "circunstancias" no tiene un significado literal.
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	El término "Reviso" tiene un error discursivo, al igual que "formas" si se refiere a ejercicios o adaptaciones, se genera una confusión con "Buscar ayuda".
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	No se define claramente sus actos.
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	No define claramente su opinión.
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	El término "formas" es un error lexical de interpretación.
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	El término "frecuencia" genera un error sistémico de morfemas.
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	Hay un error que distorsiona el mensaje.
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.	Se da lugar a múltiples interpretaciones.
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre	
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	Error lexical.
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo	
15. Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	CR: error tipográfico, discurso.
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	Error lexical.
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	Error discursivo.
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	Error de interpretación en la producción del mensaje en tiempo real.

Adaptación cultural – primer experto

20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	El término "TIEMPO" es subjetivo. ERSE de confusión.
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	ERSE SISTEMAS POR OMISSION GRAN GRAN OMISSION Y OMISSION
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	ERSE SISTEMAS POR OMISSION.
23. Puedo sacar tiempo para mí.	NO TIENE TIEMPO EL TIEMPO ERSE TIEMPO QUE SE TIENE.
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	

Nombre: Licenciada Lorena Arce Ch.
 Mail: marinLorena.veas@gmail.com
 Teléfono: 0982293154
 Experiencia: _____

Agradecemos sus aportes de gran importancia

Anexo 15.2: Adaptación cultural – segundo experto

Ficha de validación del instrumento escala Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale ASA), por el/a especialista o experto

Por favor marcar con un "x" en una de las alternativas dadas.

ÍTEMS	Errores sistemáticos	Errores de interpretación	Significados ambiguos
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	x		
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	x		
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me lo arreglo para conseguir ayuda. me lo busco ayuda.	x		
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.			
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.			
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo muy bien.			
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora. las busco.			
8. Cambio la frecuencia con que me baño del baño para mantenerme limpio. con que me baño diario.	x		
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	x		
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser. yo las manejo de manera que.			
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día; pero no llego a hacerlo. pero no llego a hacerlo consigo hacerlo.	x		
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre. siempre cuando lo necesito.			
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado. lo suficiente cuando lo necesito.	x		
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido solicito explicaciones sobre lo que no entiendo.	x		
15. Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.			
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.			
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios. secundarios cuando los necesito.			
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro. yo no corramos peligro cuando lo necesito.	x		
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.			
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tener tiempo para cuidarme. sacar disponer.		x	

Dispongo de tiempo para mí.

21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	2		
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.			
23. Puedo sacar tiempo para mí.	2		
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta <i>al gusto mío.</i>	2		

ÍTEMS	OBSERVACIONES
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo <i>me las arreglo (se angula)</i> para conseguir ayuda.	
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo <i>como debo muy bien.</i>	
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	
8. Cambio la frecuencia con que me <i>del baño diario</i> baño para mantenerme limpio.	
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no lo hago <i>no lo hago</i> .	
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pidó <i>pidó</i> explicaciones sobre lo que no entiendo.	
15. Examinó mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	
16. He sido capaz de cambiar hábitos bien <i>bien</i> .	

logro

me equivoco (no la otra hoja)

que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	<i>p. disponer de tiempo</i>
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	<i>disponer</i>
23. Puedo sacar tiempo para mí.	
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme, como a mí me gusta.	

al gusto mío.

Nombre: Marcia Barros
 Mail: _____
 Teléfono: _____
 Experiencia: 30 años

Gracias por los aportes de gran importancia

Anexo 15.3: Adaptación cultural – tercer experto

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

ÍTEMS	OBSERVACIONES
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	A medida de las circunstancias, hago cambios para mantener mi salud.
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	Reviso habitualmente si las formas que practico son adecuadas para mi salud.
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	Me las arreglo para conseguir ayuda si tengo problemas para moverme o desplazarme.
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo	Hago lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	Hago lo necesario para mantenerme con salud.
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	Para cuidarme como debo, me faltan fuerzas.
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	Puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud.
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	Para mantenerme limpio, me baño frecuentemente.
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	Hago cambios en los hábitos alimenticios para mantener el peso adecuado.
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	En situaciones que me afectan mantengo mi forma de ser.
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.	Debo hacer ejercicios y descansar, pero no llego hacerlo.
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre	En caso de ayuda recurro a mis amigos de siempre.
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	Duermo lo suficiente para estar descansado.
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo	Poner coma después de la palabra saludo, la oración bien.
15. Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	Bien
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	A fin de mejorar mi salud, he cambiado hábitos que tenía muy arraigados.

17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	Cuando debo tomar una nueva medicina, me informo sobre los efectos secundarios
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	Tomo medidas para garantizar que en mi familia no corramos peligro.
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	Evaluó lo que hago para mantener mi salud.
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	Me resulta difícil cuidarme por mis ocupaciones diarias.
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	Si mi salud se ve afectada, puedo obtener información necesaria para solucionarlo.
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	Si no puedo cuidarme, busco ayuda.
23. Puedo sacar tiempo para mí.	Debo sacar tiempo.
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	Soy capaz de cuidarme como me gusta, a pesar de mi limitación para movilizarme.

Nombre: Hugo Jara
 Mail: drhugojaramsc@gmail.com
 Teléfono:
 Experiencia: 38 años

Gracias por los aportes de gran importancia

Anexo 15.4: Adaptación cultural Ecuador – cuarto experto

D.M. Quito. 6 de marzo 2020

Lic. Patricia del Cisne Guato Torres
Presente. -

De mi consideración:

En respuesta a lo solicitado por usted, relacionado con la realización de la **integración de la adaptación cultural y lingüística de la escala Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale ASA)**, que permita evitar errores: sintácticos, metodológicos, ortográficos y pragmáticos de interpretación y significados del idioma español para la población ecuatoriana debido a diferencias de niveles culturales, en el contexto de la investigación: **"Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia"**; entrego el respectivo informe. Debo comunicar que la integración de adaptación cultural se realizó sobre la base de las 3 adaptaciones culturales entregadas por usted y, además, considerando la pertinencia del lenguaje en lo cultural y en la investigación.

Mis datos personales son:

Nombre: Teodoro Barros Astudillo

Mail: teodoro_barrosa@yahoo.es tjbarros@uce.edu.ec

Teléfono: 0998218169

Experiencia: Docente de pregrado y posgrado en metodología de la investigación científica y bioestadística, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. Docente de posgrados en varias universidades del Ecuador.

Atentamente



**Dr. Teodoro Barros Astudillo PhD., MSc., Lic., Ab.
DOCENTE. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR**

Anexo. Informe de integración de la adaptación cultural y lingüística de la escala Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale ASA)

Escala de valoración de la Agencia de Autocuidado (marque con una X la opción que lo identifique)

ÍTEMS	Nunca 1	Casi nunca 2	Ocasionalmente 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1. A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.					
2. Reviso si las formas que práctico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.					
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme, busco ayuda					
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.					
5. Hago, en primer lugar, lo que sea necesario para mantenerme con salud.					
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.					
7. Busco mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.					
8. Para mantenerme limpio, me baño frecuentemente.					
9. Para mantener el peso que me corresponde, hago cambios en mis hábitos alimenticios.					
10. En situaciones que me afectan, mantengo mi forma de ser.					
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero, no llego hacerlo.					
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.					
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.					
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.					
15. Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.					
16. Para mejorar mi salud, he sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados.					

ÍTEMS	1= totalmente en Desacuerdo	2 = parcialmente en Desacuerdo	3 = ni en acuerdo ni en desacuerdo	4 = parcialmente de acuerdo	5 = totalmente de acuerdo
16. Para mejorar mi salud, he sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados.					
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina, cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.					
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.					
19. Evalúo qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.					
20. Debido a mis ocupaciones diarias, me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.					
21. Si mi salud se ve afectada, yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.					
22. Si yo no puedo cuidarme, puedo buscar ayuda.					
23. Puedo sacar tiempo para mí.					
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.					

Anexo 16.1: Validación por profesionales del programa de intervención Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia leve y moderada – primer profesional

Anexo 4: Valoración de los Aspectos Generales del Programa de intervención “Enfermería cuidando del cuidador/a principal informal”, para validez técnica (profesionales).

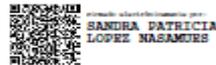
Aspectos generales	Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
1. ¿Cómo evalúa usted la calidad técnica del programa, en cuanto a fondo y forma?				X
2. ¿Cuál es su criterio sobre la validez y actualidad de los contenidos, del programa?				X
3. ¿Cuál es el grado de calidad y eficacia de los contenidos?				X
4. ¿Considera usted que el contenido del Programa es interesante?				X
5. ¿Considera usted que el contenido del Programa es adecuado?				X
6. ¿Considera adecuado la organización del tiempo propuesto en el programa?				X
7. ¿Considera usted que el programa generará aceptación por parte de las cuidadoras principales informales?				X
8. ¿Considera usted que el programa evidencia la intención del mismo?				X
9. ¿Cuál es su valoración sobre la metodología de trabajo planteada en el programa?				X

Fuente: Morales Lozano J (2009). Adaptada por Patricia Guato

Observaciones:

Considero un programa importante para ayudar a que los cuidadores principales informales gestionen su autocuidado

Nombre o firma: Sandra López.



Profesión: Enfermera con experiencia en la atención al adulto mayor

Si valido el programa “Enfermería cuidando del cuidador/a principal informal”

Teléfono: 0987344056

No valido:

Valido con cambios:

Anexo 16.2: Validación por profesionales del programa de intervención Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia leve y moderada – Segundo profesional

Valoración de los Aspectos Generales del Programa de intervención “Enfermería cuidando del cuidador/a principal informal”, para validez técnica (profesionales).

Aspectos generales	Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
1. ¿Cómo evalúa usted la calidad técnica del programa, en cuanto a fondo y forma?				X
2. ¿Cuál es su criterio sobre la validez y actualidad de los contenidos, del programa?				X
3. ¿Cuál es el grado de calidad y eficacia de los contenidos?			X	
4. ¿Considera usted que el contenido del Programa es interesante?				X
5. ¿Considera usted que el contenido del Programa es adecuado?			X	
6. ¿Considera adecuado la organización del tiempo propuesto en el programa?			X	
7. ¿Considera usted que el programa generará aceptación por parte de las cuidadoras principales informales?			X	
8. ¿Considera usted que el programa evidencia la intención del mismo?				X
9. ¿Cuál es su valoración sobre la metodología de trabajo planteada en el programa?				X

Fuente: Morales Lozano J (2009). Adaptada por Patricia Guato

Observaciones:

.....

Nombre o firma:

Dra. María Soledad Chiriboga Lozada

Profesión: Medico especialista en Geriatria.

Teléfono:+50390909018.....

Si validoX.....No valido:

Valido con cambios:

Anexo 16.3: Validación por profesionales del programa de intervención Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia leve y moderada – Tercer profesional

Valoración de los Aspectos Generales del Programa de intervención “Enfermería cuidando del cuidador/a principal informal”, para validez técnica (profesionales).

Aspectos generales	Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
1. ¿Cómo evalúa usted la calidad técnica del programa, en cuanto a fondo y forma?				X
2. ¿Cuál es su criterio sobre la validez y actualidad de los contenidos, del programa?				X
3. ¿Cuál es el grado de calidad y eficacia de los contenidos?				X
4. ¿Considera usted que el contenido del Programa es interesante?				X
5. ¿Considera usted que el contenido del Programa es adecuado?				X
6. ¿Considera adecuado la organización del tiempo propuesto en el programa?				X
7. ¿Considera usted que el programa generará aceptación por parte de las cuidadoras principales informales?				X
8. ¿Considera usted que el programa evidencia la intención del mismo?				X
9. ¿Cuál es su valoración sobre la metodología de trabajo planteada en el programa?				X

Fuente: Morales Lozano J (2009). Adaptada por Patricia Guato

Observaciones:

EL programa de intervención es pertinente para el logro de los objetivos planteados.

Nombre o firma: Dr. Teodoro Barros Astudillo PhD



Profesión: Docente (especializado en Ciencias de la Educación; docencia e investigación universitaria)

Teléfono: 0998218169

Si válido SI .No válido:

Valido con cambios: ..

Anexo 17.1: Validación del material educativo del programa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia leve y moderada - primer profesional

Anexo 6: Evaluación para la validez técnica profesional del material educativo.

Criterios	Ítems evaluados	Escala de acuerdo			
		Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
Atracción	1. ¿Considera usted que el material educativo llamará la atención de los Cuidadores/as principales informales?				X
	2. ¿Considera usted que el diseño, el formato y los colores son adecuados para los contenidos?				X
Comprensión	3. ¿Considera usted que se entienden los contenidos y mensajes presentados en el material educativo?				X
	4. ¿Considera usted que los mensajes en el material educativo expresan claramente su intención a los cuidadores principales informales?				X
Involucramiento	5. ¿Cree que los cuidadores principales informales a los cuales va dirigido el material educativo se sentirán identificados con los mensajes?				X
	6. ¿Considera usted que los mensajes del material educativo se pueden aplicar en la vida diaria de los cuidadores principales informales?				X
Aceptación	7. ¿Considera que las acciones contenidas en el material educativo son adecuadas para los cuidadores principales informales?				X
	8. ¿Usted piensa que los cuidadores principales informales aceptarán los contenidos del material educativo?				X
Inducción a la acción	9. ¿Considera usted que el contenido del material educativo generará motivación y cambios conductuales en los cuidadores principales informales				X

Fuente: Correa Tello (2014). Adaptado P.Guato

Observación:

Los materiales educativos son fáciles de comprender

Nombre o firma: Sandra López



Profesión: Enfermera con experiencia en la atención al adulto mayor

Si valido el material educativo que van a utilizar en el Programa "Enfermería cuidando del cuidador/a principal informal"

Teléfono: 0987344056

Anexo 17.2: Validación del material educativo del programa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia segundo profesional

Evaluación para la validez técnica profesional del material educativo.

Criterios	Ítems evaluados	Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
Atracción	1. ¿Considera usted que el material educativo llamará la atención de los Cuidadores/as principales informales?			X	
	2. ¿Considera usted que el diseño, el formato y los colores son adecuados para los contenidos?				X
Comprensión	3. ¿Considera usted que se entienden los contenidos y mensajes presentados en el material educativo?			X	
	4. ¿Considera usted que los mensajes en el material educativo expresan claramente su intención a los cuidadores principales informales?			X	
Involucramiento	5. ¿Cree que los cuidadores principales informales a los cuales va dirigido el material educativo se sentirán identificados con los mensajes?			X	
	6. ¿Considera usted que los mensajes del material educativo se pueden aplicar en la vida diaria de los cuidadores principales informales?				X
Aceptación	7. ¿Considera que las acciones contenidas en el material educativo son adecuadas para los cuidadores principales informales?			X	
	8. ¿Usted piensa que los cuidadores principales informales aceptarán los contenidos del material educativo?			X	
Inducción a la acción	9. ¿Considera usted que el contenido del material educativo generará motivación y cambios conductuales en los cuidadores principales informales?				X

Fuente: Correa Tello (2014). Adaptado P. Guato

Observación:

.....

Nombre o firma:

Dra. María Soledad Chiriboga Lozada

Profesión: Geriatra

Teléfono: +59398099918

Si validoX..... No valido:

Valido con cambios:

Anexo 17.3: Validación del material educativo del programa Enfermería cuidando a los cuidadores principales informales del adulto mayor con dependencia - tercer profesional

Evaluación para la validez técnica profesional del material educativo.

Criterios	Ítems evaluados	Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
Atracción	1. ¿Considera usted que el material educativo llamará la atención de los Cuidadores/as principales informales?				X
	2. ¿Considera usted que el diseño, el formato y los colores son adecuados para los contenidos?				X
Comprensión	3. ¿Considera usted que se entienden los contenidos y mensajes presentados en el material educativo?				X
	4. ¿Considera usted que los mensajes en el material educativo expresan claramente su intención a los cuidadores principales informales?				X
Involucramiento	5. ¿Cree que los cuidadores principales informales a los cuales va dirigido el material educativo se sentirán identificados con los mensajes?				X
	6. ¿Considera usted que los mensajes del material educativo se pueden aplicar en la vida diaria de los cuidadores principales informales?				X
Aceptación	7. ¿Considera que las acciones contenidas en el material educativo son adecuadas para los cuidadores principales informales?				X
	8. ¿Usted piensa que los cuidadores principales informales aceptarán los contenidos del material educativo?				X
Inducción a la acción	9. ¿Considera usted que el contenido del material educativo generará motivación y cambios conductuales en los cuidadores principales informales				X

Fuente: Correa Tello (2014). Adaptado P.Guato

Observación:

El material educativo es pertinente en forma y fondo para los usuarios del mismo y para enfrentar la problemática identificado en los cuidadores de los adultos mayores.

Nombre o firma: Dr. Teodoro Barros Astudillo PhD



Profesión: Educador

Teléfono: 0998218169

Si valido: SI.....No valido:

Valido con cambios:

Anexo 18.1: Certificado de Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 639-2020.

Concepción, abril de 2020.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del **PROYECTO DE TESIS** titulado **“EFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA, HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, QUITO-ECUADOR, 2020”** presentado por la Enfermera **SRTA. PATRICIA DEL CISNE GUATO TORRES**, en calidad de candidata al grado de Doctor en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía, **DRA. SARA MENDOZA PARRA**, docente del Fundamentos de Enfermería y Salud Pública de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

En este Proyecto de Tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería, el objetivo general consiste en evaluar el efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador, 2020.

Para el desarrollo de esta propuesta, contempla la ejecución de actividades descritas en dos etapas: descriptiva e inferencial. Inicialmente pretende describir el perfil sociodemográfico del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador, 2020 para identificar las características del cuidado que realizan estos/as cuidadores/as principales y luego Conocer la salud del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador; así también la medición del nivel basal y posterior a la intervención de la Agencia de Autocuidado en estos/as cuidadores/as. Para la etapa inferencial contempla determinar el efecto de la intervención de enfermería en cada categoría de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia leve y moderada que acude a consulta de geriatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador e identificar la incidencia de las variables sociodemográficas, del cuidado y la salud del cuidador en la Agencia de Autocuidado de estos/as cuidadores/as.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

La ejecución de las actividades antes indicadas, que están rigurosamente descritas en la sección "V. MATERIALES Y MÉTODOS" de la presente propuesta, que se enmarca en un abordaje cuantitativo, tipo operativo aleatorizado de intervención educativa con pre-test y pos-test evaluatorio, con dos grupos, uno de intervención y otro de control, estará basada en el proceso de consentimiento informado, el cual será debidamente aplicado y documentado, conforme modelos presentados a este Comité institucional.

La custodia de la información y de los resultados del estudio que se propone, estará a cargo de la Investigadora Responsable, la Enfermera Srta. Patricia Del Cisne Guato Torres.

La ejecución del Proyecto de Tesis en pauta asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de las participantes en el estudio, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, y las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos. Asimismo, considerando que este proyecto contempla estudios que involucran a profesionales de instituciones sanitarias de Ecuador, debe ser sometido a revisión y aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos correspondiente y acreditado por el Ministerio de Salud Pública del Gobierno de la República del Ecuador.

En atención a todo lo anterior y dado que el proyecto de tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería presentado por la **SRTA. PATRICIA DEL CISNE GUATO TORRES**, titulado "**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA, HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, QUITO-ECUADOR, 2020**", no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.

DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA

COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU

Anexo 18.2: Certificación de Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería UDEC



Universidad de Concepción
FACULTAD DE ENFERMERIA



Concepción 1 de abril 2020

Ref: Resolución N°092-20

Sra.
Patricia Guato
Investigadora Principal
Presente

Estimada Investigadora:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, integrado por los académicos Mónica Burgos M., Luis Luengo M. y Maritza Espinoza V., en sesión del día 31 de marzo del año en curso, analizaron la segunda versión del proyecto de investigación "*Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador, 2020*".

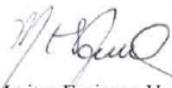
El comité sugiere incorporar las siguientes observaciones en el Consentimiento Informado:

- Incorporar tiempo, lugar y quien resguardará la información obtenida.
- Detallar con mayor precisión procedimientos y lugares de ejecución.
- Especificar si la asistencia del participante implica gastos asociados (transporte, por ejemplo), y de incurrir en algún gasto, declarar si serán financiados.

Este Comité ha resuelto *Aprobar* el proyecto.

En caso de surgir alguna duda, este comité queda a su disposición.

Atentamente,



Maritza Espinoza V.

Presidenta CEC

Facultad Enfermería



Anexo 18.3: Certificación de Subcomité Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador SEISH-UCE



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
Aprobado por MSP: Of. No.MSP-VGVS-2017-0955-O/21-11-2017

EL SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR SEISH - UCE

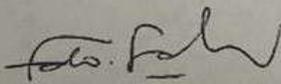
CERTIFICA:

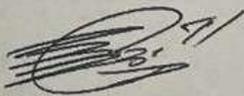
Que conoció el Protocolo de Investigación presentado por la Licenciada **Patricia del Cisne Guato Torres**, Docente - Investigadora de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, Código 001-FCM-D-2020, con el tema:

"Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito - Ecuador, 2020".

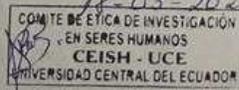
Una vez analizados los fundamentos metodológicos, bioéticos y jurídicos del mencionado estudio, el Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos SEISH – UCE, en Sesión Ordinaria No. 003-SEISH – UCE – 20 del día 11 de febrero de 2020, **aprobó emitir la Certificación de la VIABILIDAD ÉTICA.**

Quito, 11 de febrero de 2020


Dr. Fernando Salazar Manosalvas
PRESIDENTE


Dr. Patricio Pazán León,
SECRETARIO

Es fiel copia del original
IP-03-2022


COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS
SEISH - UCE
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Dirección: Ciudadela Universitaria
Edificio de Servicios Generales Planta Baja

Teléfono: 3216-365
E-mail: amreg@uce.edu.ec / msbastidas@uce.edu.ec

Anexo 19.1: Aleatorización grupo experimental

Quito, 3 de junio 2021

Msc. Patricia Guato Torres

Investigadora

Yo, Alexandra Acosta Jaramillo ingeniera en Sistema certificó que realice el proceso de aleatorización en el programa Excel función ALEATORIO.ENTRE (1 - 153) de una lista de cuidadoras y cuidadores entregado por la Msc. Patricia Guato Torres investigadora del estudio "Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador, 2021".

Se envía una lista de 70 cuidadoras y cuidadores para el grupo de intervención.

Atentamente

 Firmado digitalmente por:
ALEXANDRA
PATRICIA ACOSTA
JARAMILLO

Ing. Alexandra Acosta Jaramillo

Anexo 19.2: Aleatorización grupo control

Quito, 3 de junio 2021

Msc. Patricia Guato Torres

Investigadora

Yo, Alexandra Acosta Jaramillo ingeniera en Sistema certifico que realice el proceso de aleatorización en el programa Excel función ALEATORIO.ENTRE (1; 153) de una lista de 153 cuidadoras y cuidadores entregado por la Msc. Patricia Guato Torres investigadora del estudio "Efecto de un programa de intervención de enfermería para el mejoramiento de la Agencia de Autocuidado del cuidador/a principal informal del Adulto Mayor con dependencia, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito-Ecuador, 2020".

Se envía una lista de 70 cuidadoras y cuidadores para el grupo control.

Atentamente



Ing. Alexandra Acosta Jaramillo