

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CONCEPCIÓN CHILE**



**AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y SU RELACIÓN CON
SOBRECARGA DEL CUIDADOR/A INFORMAL DE PACIENTES
CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER

ELSA ESTER STEVENS MOREIRA

PROFESOR GUÍA: DRA. TATIANA PARAVIC KLIJN

FACULTAD DE ENFERMERIA

Enero 2022



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CONCEPCIÓN CHILE**



**AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y SU RELACIÓN CON
SOBRECARGA DEL CUIDADOR/A INFORMAL DE PACIENTES
CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER

ELSA ESTER STEVENS MOREIRA

PROFESOR GUÍA: DRA. TATIANA PARAVIC KLIJN

FACULTAD DE ENFERMERIA

Enero 2022

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO**

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

Profesor Guía: Tatiana Paravic Klijn
Nombre del Profesor
Doctora en Enfermería

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Gabriela Nazar Carter
Nombre del Profesor
Doctora en Filosofía

María Elena Lagos Garrido
Nombre del Profesor
Doctora en Enfermería

Nombre del Profesor
Jerarquía y Grado académico

Directora Programa Magíster: Patricia Cid Henríquez
Nombre Directora
Doctora en Enfermería

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

AGRADECIMIENTO

A mi círculo íntimo que en todo momento me acompañaron, guiaron y animaron, ellos son Dios, mis padres, hermanos y mis amigos.

Gracias a la Universidad Adventista de Chile por cada oportunidad de aprendizaje y desarrollo, por su apoyo y humildad en compartir vuestro conocimiento.

Gracias a mi tutora de tesis, Dra. Tatiana Paravic, y mi tutora de proyecto Dra. Viviane Jofré, que en diferentes etapas de este aprendizaje profesional estuvieron guiándome, corrigiéndome y apoyándome. Jamás olvidaré la formación de calidad y humana que me dieron. Muchas gracias.

Gracias a la Universidad de Concepción por permitirme estudiar su programa de posgrado Magíster en Enfermería, siempre fue mi interés estudiar en vuestra casa. Gracias por la acogida y la apertura.

Gracias a cada profesor que con paciencia y dedicación contribuyeron al desarrollo de mi formación: Dra. Sandra Valenzuela, Dra. Patricia Cid, Sr. Luis Luengo, Dra. Julia Huaquian y Dra. Olivia Sanhueza.



Dedicatoria

A Jaime y Alicia, mis padres

INDICE

Índice de Tablas.....	10
Índice de figuras.....	15
Resumen.....	16
1. INTRODUCCIÓN	18
1.1 Fundamentación del proyecto.....	18
1.2 Justificación y relevancia del estudio	24
1.2.1 Relevancia social.....	24
1.2.2 Implicancias prácticas.	27
1.2.3 Conveniencia.....	30
1.2.4 Valor teórico.	30
1.3 Pregunta de investigación.....	31
2. MARCO REFERENCIAL	32
2.1 Marco Conceptual.....	32
2.2 Marco Teórico.....	40
2.3 Marco Empírico.....	50
3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS, VARIABLES	57

3.1	Objetivo General	57
3.2	Objetivos Específicos.....	57
3.3	Hipótesis de trabajo	58
3.4	identificación de variables	59
4.	MATERIAL Y MÉTODO	60
4.1	Tipo De Estudio	60
4.2	Población	60
4.3	Criterios de Inclusión y Exclusión	62
4.4	Procedimientos y/o técnicas de recolección de datos.....	63
4.7.1	Recolección de datos.	67
4.7.2	Procesamiento y análisis de los datos.....	68
4.7.3	Prueba piloto.	69
4.5	Consideraciones Éticas	70
4.6	Plan De Análisis.....	74
5.	RESULTADOS	76
5.1	Análisis Descriptivo.....	76
5.2	Análisis Correlacional	86
5.3	Análisis multivariado	90
6.	DISCUSIÓN	94

7. CONCLUSIONES.....	108
8. SUGERENCIAS	110
9. LIMITACIONES	111
10. GLOSARIO	112
11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113



Índice de Tablas

Tabla 1. Identificación de variables dependientes e independientes respecto de Sobrecarga del cuidador, Nivel de autoeficacia percibida y Características biosociodemográficas en cuidadores informales, Chillán, Chile,2020-2021	59
Tabla 2 Selección de la población a encuestar considerando criterios de inclusión, exclusión en cuidadores informales, Chillán, Chile, 2020-2021.....	61
Tabla 3. Distribución de la muestra según sexo, edad categorizada, nivel educacional, situación de pareja, parentesco, religión, número de personas con quien vive y actividad remunerada, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	76
Tabla 4. Distribución de la muestra según presencia de enfermedad, percepción de suficiencia económica, redes de apoyo, horas de permanencia al lado del familiar hospitalizado, experiencia de cuidado, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	78
Tabla 5. Distribución de enfermedad reportada en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	79

Tabla 6. Valores encontrados en relación a la escala de Autoeficacia General en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021..	79
Tabla 7. Valores de las respuestas por ítem de la Escala de Autoeficacia general de los cuidadores informales de la muestra en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	80
Tabla 8. Pruebas de normalidad, Escala de Autoeficacia, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.....	81
Tabla 9. Valores encontrados en relación al grado de Sobrecarga de Zarit en los cuidadores informales en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	81
Tabla 10. Pruebas de normalidad, Escala de Sobrecarga de Zarit, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.....	82

Tabla 11. Distribución de la muestra según sobrecarga de la Escala de Zarit, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	83
Tabla 12. Valores de las respuestas por ítem de la Escala de Sobrecarga de Zarit en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	84
Tabla 13. Correlación de Spearman según variables cuantitativas edad, años de estudio, cantidad de personas que viven actualmente con usted, autoeficacia y sobrecarga en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	86
Tabla 14. Prueba de correlación de Spearman, según las variables cualitativas sobrecarga, autoeficacia y variables biosociodemográficas: sexo, escolaridad y religión, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	87
Tabla 15. Prueba de correlación de Spearman, según las variables sobrecarga, autoeficacia y variables sociodemográficas: Situación de pareja y parentesco, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente	

cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	88
Tabla 16. Prueba de correlación de Spearman, según las variables sobrecarga, autoeficacia y variables sociodemográficas: Tiene alguna actividad remunerada y presencia de alguna enfermedad, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	89
Tabla 17: Resumen del modelo para las variables dependiente sobrecarga, y variables independientes autoeficacia, según las variables actividad remunerada, situación de pareja, cuantas personas viven con usted, edad, sexo, parentesco, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	90
Tabla 18 ANOVA para las variables dependiente sobrecarga, y variables independientes autoeficacia, según las variables actividad remunerada, situación de pareja, cuantas personas viven con usted, edad, sexo, parentesco, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.	91
Tabla 19. Coeficientes para las variables dependiente sobrecarga, y variables independientes autoeficacia, según las variables actividad remunerada, situación de pareja, cuantas personas viven con usted, edad, sexo, parentesco, en	

cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021. 92



Índice de figuras

Figura 1. Dispersión simple de sobrecarga por autoeficacia.....	135
Figura 2. Histograma de Nivel de Sobrecarga de Cuidadores informales	136
Figura 3. Histograma de Nivel de Autoeficacia de Cuidadores informales	137
Figura 4. Resultados por ítem de la Escala de Nivel de Autoeficacia de cuidadores informales.....	138
Figura 5. Resultados por ítem de la Escala de sobrecarga de cuidadores informales	139



Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de autoeficacia percibida con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda y sus características biosociodemográficas en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán.

Metodología: Diseño descriptivo-correlacional, de corte transversal. Muestra: 107 cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda atendidos en neurología. Se aplicó un Cuestionario biosociodemográfico, Escala de Autoeficacia, y Escala de sobrecarga de Zarit.

Resultados: Los cuidadores son mujeres (80,4%); de 41 y 60 años (44,9%); con escolaridad promedio de 11,5 años; con pareja (73,8%). La relación de parentesco principal del cuidador es el ser hijo/a (30,8%) o cónyuge (29%). El nivel de autoeficacia en cuidadores informales fue medio alto, y no se encontró sobrecarga. Existe una relación débil e inversa entre las variables sobrecarga y autoeficacia ($r=-0,238$ $p=0,014$)

Conclusión: La mayoría de los cuidadores presentó un nivel moderado de autoeficacia y sin sobrecarga. Estas variables estuvieron relacionadas con las variables biosociodemográficas estudiadas.

Palabras Claves: cuidadores, autoeficacia, sobrecarga, enfermería

PERCEIVED SELF-EFFICACY AND ITS RELATIONSHIP WITH THE INFORMAL CAREGIVER'S EXCESSIVE WORKLOAD OF STROKE PATIENTS

Abstract

Objective: To determine the relationship between the level of perceived self-efficacy with the overload of informal caregivers of patients diagnosed with acute stroke and their biosociodemographic characteristics in the Neurology Service of the Hospital Herminda Martin, Chillán.

Methodology: Cross-sectional descriptive-correlational design. Sample: 107 informal caregivers of patients diagnosed with stroke in acute phase attended in neurology. A biosociodemographic questionnaire, a self-efficacy scale, and a Zarit overload scale were applied.

Results: The caregivers were women (80.4%); aged between 41 and 60 years (44.9%); with an average schooling of 11.5 years; with a partner (73.8%). The main kinship relationship of the caregiver is being a child (30.8%) or spouse (29%). The level of self-efficacy in informal caregivers was medium high, and no overload was found. There is a weak inverse relationship between the variables overload and self-efficacy ($r=-0.238$ $p=0.014$).

Conclusion: Most caregivers presented a moderate level of self-efficacy and no overload. These variables were related to the biosociodemographic variables studied.

Key words: caregivers, self-efficacy, overload, nursing.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Fundamentación del proyecto

La evolución de los cuidados ha pasado por distintas fases que han generado, no sólo el alcance a nuevas formas para “cuidar”, sino a registrar un bagaje histórico de quienes son los encargados del cuidado. Cada contexto o hecho en particular ha influido en el cuidado otorgado a las personas en las distintas civilizaciones, determinando los estilos al cuidar. Se identifican las etapas: domésticas, vocacionales, técnica y profesional, siendo esta última reconocida en el personal de Enfermería quien es formado para desarrollar un perfil que contenga las habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales específicas para gestionar el Cuidado (1). Sin embargo, se reconoce en la actualidad a un cuidador/a que no han recibido una formación académica formal, sino que han asumido dicho rol por eventos fortuitos que ocurren en algún familiar como consecuencia de enfermedades discapacitantes, tales como neurodegenerativas, afecciones inmunológicas y, como protagonistas actuales, las patologías cardiovasculares. Tales cuidadores vivencian una experiencia de cuidar cargada de responsabilidad, esfuerzo físico, mental, emocional que genera un desgaste constante en estas áreas formando enfermedades ya identificadas por la ciencia (2,3).

El sujeto que imparte mayormente los cuidados son familiares como progenitores, cónyuges, hijos, predominando el género femenino (1,3). Se pueden señalar ciertas características sobre las experiencias de cuidado que

tienen dichos cuidadores familiares, algunas son: no existe retribución económica en la mayoría de los casos, se clasifican en primarios y secundarios según el nivel de responsabilidad en el cuidado, existen repercusiones físicas, emocionales y económicas en el cuidador/a y en la familia del paciente. Todas estas características generan la necesidad de una reformulación de las actividades y dinámica familiar y social (2, 4).

Por otra parte, se reconocen ciertos factores que influyen en la experiencia de cuidado fortaleciéndolo o no, tal es el caso de identificar la relación previa existente entre el cuidador/a y la persona que requiere el cuidado, por qué se está cuidando, causa y grado de dependencia del familiar, colaboración de miembros de la familia, nivel de conocimiento y exigencias de las técnicas y procedimientos en el cuidar (5). Estos aspectos son influyentes en la percepción de la carga emocional del cuidador/a que puede tener una connotación negativa o positiva. La experiencia del cuidador es reconocida como un concepto multidimensional que tiene componentes tanto objetivos los cuales se pueden medir, evidenciar en relación a todos los cambios que debe realizar la persona que imparte el cuidado; y subjetivos que son los aspectos percibidos por el mismo cuidador en relación a sus reacciones emocionales frente a las demandas que surgen cada día; tales dimensiones son parte del concepto Sobrecarga del Cuidador (6).

En nuestro país se observan enfermedades que provocan diferentes grados de invalidez lo que genera la vivencia inesperada de “tener que cuidar” a una

persona con un grado importante de dependencia. Entendiéndose este cuidado inesperado, como una vivencia que genera gran importancia para las personas involucradas. Una de las condiciones en las que se ve al sujeto que imparte el cuidado, en forma descrita anteriormente, es con pacientes secuestrados neurológicamente. De la totalidad de enfermedades neurológicas existentes, los accidentes cerebrovasculares (ACV) constituyen una patología que repercute con altas tasas de invalidez, generando mayores demandas del cuidado inesperado por parte de terceras personas. De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud en Chile (ENS) (7), los ACV representan un 2,6% de prevalencia a nivel nacional, aumentando desde la evaluación 2009-2010 al presente (2016-2017) en un 0,4%. A su vez, se observa el incremento del diagnóstico en el sexo femenino llegando a una prevalencia del 3,2% en la actualidad, en contraste con el 2% en los hombres. Según reporta el Ministerio de Salud chileno los ACV de tipo isquémico representan la causa más frecuente de enfermedades cerebrovasculares (ECV) correspondiendo a un 65% de la totalidad de eventos (8). Tales antecedentes visualizan que los ACV isquémicos son afecciones que predominan en la población chilena, sin embargo, estos datos poco revelan la realidad de vida de cada persona que asumirá un cuidado fortuito, que cambiará sus necesidades e intereses por las de su familiar afectado, centrados en ellos durante largo tiempo (9,10).

El reporte de la prevalencia según el grupo de edad de la ENS sorprende considerablemente, siendo los mayores de 65 años los que vivencian la mayor

cantidad de eventos cerebrovasculares isquémicos con un 8,2%, a diferencia de las personas que cursan entre 45 y 64 años de edad con un 3,5% (7). Las consecuencias producto de las ECV isquémicas en la población adulto mayor se suman a las condiciones invalidantes que son esperadas en este grupo etario propio del envejecimiento y los malos estilos de vida, concentrándose la mayor parte de situaciones de dependencias que requieren la participación activa de un cuidador (11).

Respecto a los estudios de incidencia en Chile, en el año 2005 se efectuó el estudio PISCIS en la población de Iquique, la cual determinó que los casos nuevos de ECV son de 130 por cada 100.000 habitantes al año; así también revela que el 93% de los casos nuevos de ACV isquémicos ocurren en las personas mayores de 45 años, del cual el 56% son varones. Por lo tanto, la probabilidad de ser discapacitado posterior a un ACV isquémico es de un 18% a los 6 meses. La letalidad aumenta a medida que transcurre el tiempo en los individuos que vivencian tales ECV, mostrando que “a los 7 días es de un 10.2%, al mes es de un 17% después de un primer ACV isquémico, a los 6 meses es de un 28%, y al año de un 31% de letalidad” (8,12).

Según un estudio de incidencia (12), del 2017, Chile ha tenido cambios en la estructura de su población. Esta investigación hace referencia a un estudio epidemiológico prospectivo sobre ACV, realizado en Iquique, en el cual se identificó una tasa promedio ajustada por edad de primer evento cerebrovascular de 140,1 por 100.000 habitantes. Aquí se observó una tasa de incidencia de la

afasia de 7,06 por 100.000 habitantes y la mayor incidencia se encontró en el grupo entre 75 y 85 años con una tasa de 125,67 por 100.000 habitantes. Así, la proyección a la población chilena revela que habría 1800 personas discapacitadas y dependientes con un primer ACV isquémico (8), necesitando, por lo menos, un cuidador/a por cada persona discapacitada. Así también muestra que 12.500 personas tendrían un nuevo evento cerebrovascular. Tal realidad no es diferente a lo que ocurre a nivel mundial. En América latina los ACV son parte de las primeras cinco causas de mortalidad (13). En Colombia los ACV representan el 28% de las defunciones (14,15). En Europa corresponde al 49% de todas las muertes (15). Esto evidencia que debe identificarse con urgencia las acciones preventivas eficaces que no sólo disminuyan la mortalidad sino también el porcentaje de ocurrencia de los ACV isquémicos. Para esto es de utilidad considerar que en la actualidad tenemos como primera causa de mortalidad en nuestro país las enfermedades cardiovasculares de las cuales varios de los factores que influyen en su aparición generan una ECV. El control adecuado y la educación de salud de enfermería en los diferentes niveles de atención pueden demostrar no sólo la prevención de las complicaciones sino el empoderamiento en los cuidados de quien cuida (4), incrementando la seguridad y calidad en la atención brindada al paciente discapacitado, y generando un factor protector al cuidador/a de complicaciones cognitivas, emocionales y no sólo físicas, permitiendo un mayor dominio de estas dimensiones, lo que se denomina autoeficacia.

Un estudio muestra que el 30% de las personas que quedan secuestradas por un ACV sufren incapacidades para realizar actividades de la vida diaria, demandando un cuidado especial a nivel institucional pero principalmente a nivel familiar (16). Una vez dado de alta el paciente, el cuidador/a principal se ve enfrentado a una multiplicidad de circunstancias, hasta ese punto desconocidas; y por el cual exige la mayor preparación de éste a través de un programa educativo en salud eficaz antes de que el paciente egrese de la institución. Este programa debe incorporar metodologías innovadoras que potencien el aprendizaje de quien impartirá los cuidados en domicilio e incremente la percepción en los niveles de autoeficacia reduciendo la sensación de sobrecarga.

Pinto, menciona que el cuidador/a en su rol inesperado, fortuito y exigente sufre un estrés permanente, lo que estimula la aparición de sentimientos de ansiedad, preocupación, frustración, cansancio (17), así también un aislamiento social (18). Sin embargo, parte de estas sensaciones podrían surgir a medida que se acerca el momento del alta, siendo de interés evaluar la sobrecarga del cuidador. Al considerar las proyecciones estadísticas de los pacientes secuestrados y la demanda de un cuidador/a capacitado que vele por la seguridad en la atención, obtenemos que un diseño educativo en el área asistencial, metódico y otorgado por las enfermeras permitiría fortalecer la autoeficacia y reducir la carga emocional de los cuidadores.

1.2 Justificación y relevancia del estudio

1.2.1 Relevancia social.

De acuerdo a los antecedentes mencionados, los ACV isquémicos generan repercusiones catastróficas sobre los sistemas orgánicos en las personas que los padecen. Lo que aumenta el nivel de discapacidad y dependencia, provocando a su vez, dificultades en realizar las actividades de la vida diaria recurriendo en la mayoría de los casos al cuidado otorgado por otra persona, sea esta en su primera fase un profesional capacitado, para luego depender del cuidador/a principal (19), generalmente un familiar sin preparación en los cuidados de enfermería, los cuales deben considerarse para favorecer la recuperación y propiciar el ambiente que disminuya al máximo las complicaciones de las discapacidades. Por otra parte, es necesario considerar el aumento de la población adulto mayor con discapacidad en los últimos años, asociado con los cambios demográficos en la población chilena, lo que genera el riesgo de desarrollar eventos patológicos que originan discapacidad, requiriendo por ello la ayuda de algún cuidador (20); por lo tanto, es necesario comprender 1) la forma en que los cuidadores sienten y viven el peso de dedicarse por completo al familiar que ha perdido su independencia en los quehaceres del día a día. 2) Teniendo en cuenta esto, será importante corroborar que conocimientos tienen sobre la problemática en sí, y los cuidados que son necesarios para mantener a la persona afectada en las mejores condiciones posibles. 3) finalmente, esta investigación busca conocer los niveles de autoeficacia que perciben los

cuidadores en relación a su propia sobrecarga. En este sentido, según plantea la Guía clínica AUGÉ Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más, el cuidador debe enfocarse hacia la persona afectada, debe ser capacitado sobre los cuidados que impartirá (8). Dicha educación es parte de las funciones del profesional de enfermería y debe ser implementada en los niveles de atención hospitalarios. Realizada en forma integral para abarcar todas las dimensiones del ser humano afectadas por el evento, y no solamente psicoeducación meramente informativa.



Por otra parte, se considera de suma importancia conocer la autoeficacia ya que esta tiene una relación inversamente proporcional con la sobrecarga del Cuidador Primario o Informal, entendiéndolo como “aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero a las personas discapacitadas o dependientes por enfermedades crónicas o degenerativas, el cual constituye un recurso humano valioso en la entrega de cuidados específicos y otras veces especializados en algunas enfermedades (21).

Los cuidadores informales que prestan cuidados en las fases subagudas y crónicas de la enfermedad de sus familiares son comúnmente estudiados mostrando evidencia de las complicaciones que surgen en estas fases. Sin embargo, existe poca evidencia respecto de lo que ocurre con los cuidadores informales durante la fase inicial de la enfermedad de su familiar. Particularmente en la fase aguda, ya que pueden aparecer alteraciones biosociopsicoculturales y espirituales relacionadas con la experiencia del cuidado inicial. El impacto fortuito de la aparición de una enfermedad incapacitante en un paciente tiene efectos en la salud del cuidador los cuales son dignos de ser investigados, puesto que las alteraciones anteriormente mencionadas, dificultan la preparación técnica y conductual necesarias para sobrellevar los cuidados durante un periodo prolongado.

1.2.2 Implicancias prácticas.

Con respecto a los cuidados de enfermería, Velásquez menciona que para otorgar cuidados de enfermería en domicilio o a nivel intrahospitalario deben existir recursos intangibles y tangibles que favorezcan que la calidad del cuidado entregado sea efectiva. Algunos de los recursos intangibles son la empatía, habilidades comunicativas, la satisfacción por haber entregado un cuidado minucioso y efectivo, además de noble. Mientras que los recursos tangibles tienen que ver con las técnicas de las atenciones de enfermería (22). Ambos recursos se desarrollan cuando existen oportunidades para ello. La diferencia entre el cuidador/a formal y el informal en relación a estos recursos, es que el primero tiene toda la formación tangible y que con el paso del tiempo desarrolla las intangibles, mientras que el segundo, ya ha generado un vínculo afectivo que, si se educa adecuadamente, sirve de impulso para enfrentar sus temores y estrés sobre la capacidad de ejecutar los recursos tangibles. Es aquí donde la autoeficacia entra como un concepto adecuado para ser examinado en los cuidadores.

El impacto que genera una enfermedad y a la vez las complicaciones de éstas provocan mayores cuestionamientos sobre la capacidad de cuidado que pueda entregar el familiar principal. Bandura desarrolla el concepto de autoeficacia definido como los procesos cognitivos que cada individuo tiene acerca de sus capacidades y que tiene relación con las creencias y expectativas individuales (23).

La comprensión del trabajo que debe realizar un cuidador/a y los cambios de roles que esto conlleva en las familias afectadas pueden ser sobrellevadas en el vínculo enfermera-cuidador/a, a través de la preparación metódica en las educaciones y del acompañamiento que se realicen en el tiempo de estadía hospitalaria o clínica del usuario afectado. La práctica de cuidado en sí misma tiene connotaciones positivas y negativas, que influirán en la percepción de las necesidades de ayuda y acompañamiento que el cuidador/a pueda experimentar. Flores menciona que cuando se necesita cuidados de mayor complejidad, destinación de tiempo y una dedicación completa, implica mayor gasto de energía, responsabilidad, sobrepasando los límites de lo usual, especialmente en el área física de los cuidadores, con destinación de mayor esfuerzo físico prolongado en el tiempo, lo que provoca sensaciones desagradables (3). Comúnmente la preparación que existe hacia los cuidadores omite estos aspectos psicológicos y sensaciones desagradables, centrándose sólo en el tecnicismo de los procedimientos que deberá realizar hacia su familiar, y no en fortalecer las capacidades y la autoeficacia, que permitirán el logro de resultados esperados en el cuidador.

Es importante señalar que para que un cuidador pueda ser de ayuda, debe creerse una persona capaz y eficaz para llevar a cabo los cuidados necesarios y afrontar la sobrecarga que esto implica, ya que estos dos conceptos deben asociarse para que el cuidador pueda realizar un trabajo integral hacia el paciente sin deteriorar su salud física y mental. Carpi refiere que: “la ejecución de una

conducta no depende sólo de la intención para realizarla sino también del control que la persona piensa que tiene sobre su ejecución” (24).

En las unidades de neurología la autoeficacia percibida por el cuidador/a informal no se ha estudiado, lo que provoca un aumento en las sensaciones de responsabilidad permanente del cuidado que debe ser otorgado; por lo tanto, conocer estos niveles y su relación con la sobrecarga del cuidador/a permitiría generar intervenciones de enfermería más efectivas en cuanto a los procesos que los cuidadores experimentan.



1.2.3 Conveniencia.

Es conveniente hacer un diagnóstico porque no existe estudios que describan los niveles de autoeficacia y sobrecarga en fase aguda del cuidado del paciente a quien el cuidador cuida. Esto para aumentar la percepción de autoeficacia en el cuidador/a durante el proceso de hospitalización con el fin de apoyar la atención clínica que se otorgará posteriormente en domicilio, donde el cuidador/a informal ejercerá su rol en su máxima extensión. Esta preparación le permitirá al cuidador contribuir en prevenir las sensaciones negativas que contiene la experiencia de cuidado, disminuyendo su efecto en la sobrecarga del cuidador.

1.2.4 Valor teórico.

El valor implicado de esta investigación genera nuevos conocimientos sobre autoeficacia y sobrecarga ya que no existen estudios hechos en la fase aguda de la enfermedad. Esto considerando principalmente el nivel de autoeficacia percibida por parte del sujeto de estudio, con el fin de que el profesional de enfermería colabore en la preparación inicial de los cuidadores informales ante determinadas prácticas de cuidados, con un enfoque dirigido, teniendo en cuenta los aspectos débiles de su autoeficacia. La literatura científica ha demostrado que en las fases posteriores de la enfermedad es donde los cuidadores manifiestan la mayor cantidad de afecciones físicas y psicoemocionales, por lo que a través de este elemento a considerar es probable reducir tales afecciones.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de autoeficacia percibida con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda y características biosociodemográficas, en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martín, Chillán, 2020-2021?



2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Conceptual

Se identifican 2 tipos de cuidadores, el informal o primario, objeto de análisis para el desarrollo del presente proyecto, y el cuidador formal, así también el concepto de sobrecarga.

- Cuidador/a Informal: Existen variadas definiciones para el concepto de Cuidador/a informal o también denominado Cuidador/a primario (25), sin embargo, se rescató la definición otorgada por el documento Detección y Manejo del Colapso del Cuidador/a, del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual lo define como: “aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero a las personas discapacitadas o dependientes por enfermedades crónicas o degenerativas, por lo general tienen un vínculo afectivo con el paciente y no reciben remuneración económica por sus cuidados” (26). Cada actividad o tarea de cuidado que provee el cuidador/a al paciente que por lo general, es su familiar, impacta la salud de la persona que no puede valerse por sí misma en las actividades de la vida diaria, tales como: aseo personal, alimentación, vestirse, movilidad, administración de medicamentos o simplemente acudir a controles en los servicios de salud atingentes (27).

García plantea que la acción de cuidar involucra una atención directa personal e instrumental, que requiere vigilancia y acompañamiento sanitario; éste, a su vez, incluye gestión y relación con servicios de salud;

asimismo la acción de cuidar requiere aspectos trascendentales como otorgar apoyo emocional, psicológico y social (28). El cuidador/a informal o primario se encarga de ayudar en las necesidades básicas instrumentales de la vida diaria del paciente, sin retribución económica, y dedicando la mayor cantidad de horas al día en dicho cuidado, lo que favorece a que la persona dependiente pueda mantenerse y desarrollarse en su entorno social. El cuidador/a no queda exento de percibir la sensación de sobrecarga, que puede generar diversos trastornos en las áreas física, mental y social, lo que repercute en el estado de su salud (27,29). Hoy en día, la mayoría de las personas que precisan cuidados para desenvolverse en su entorno social, la reciben a través del cuidado informal (30), el cual no está profesionalizado ni burocratizado, más existe vínculo afectivo con el paciente (31). Se hace referencia al núcleo familiar como la principal entidad que proporciona los cuidados, teniendo implicancias en cada uno de los miembros de éste (27,32). La función de cuidar, históricamente, ha estado adscrita a las mujeres (27), como parte del rol social tradicional, en el que la elevada feminización ha provocado que la participación social se encuentre disminuida junto con una autonomía afectada, debido al compromiso moral en las tareas de cuidado necesitadas por el familiar afectado (33).

Se ha reconocido la existencia de características comunes (34) que presentan los cuidadores informales, entre éstas:

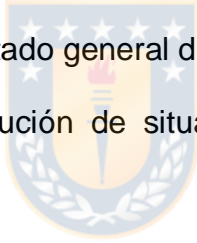
- Individuos que dedican varias horas del día a otorgar necesidades básicas a otras personas
- Son responsables generalmente de personas en estado de algún grado de dependencia
- No tienen un horario determinado para proporcionar los cuidados, extendiéndose éstos a estar disponibles las 24 horas del día
- No existe beneficio económico o remuneración por las atenciones entregadas y/o desempeñar el rol de cuidador/a.
- No cuentan con formación especializada



Por otra parte, la acción de cuidar implica variadas actividades de prestación de ayuda, dependiendo de cada situación, muchas de éstas tareas habituales pueden ser incómodas y desagradables, mientras que otras no lo son y fortalecen el vínculo afectivo que favorece la atención en el cuidar. Algunas tareas identificadas (27) que realiza comúnmente el cuidador/a son:

- Colabora en las actividades hogareñas: cocinar, comprar, limpiar, etc.
- Ayuda en la higiene corporal y de cavidades del paciente
- Ayuda en otras necesidades de la vida diaria que pueden estar afectadas: vestirse, dialogar, peinarse, etc.
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio
- Ayuda en el desplazamiento dentro del domicilio

- Acompaña en las visitas a controles médicos, urgencias, hospitalizaciones, etc.
- Acompaña en las terapias de rehabilitación en domicilio o consulta
- ayuda en la administración de bienes, dinero u otro utensilio del paciente
- administra medicamentos según indicación médica
- observa reacción de efectos adversos e interacciones medicamentosas
- realiza y supervisa control de signos vitales
- otorga gran parte de los cuidados de enfermería: movilización, alimentación adecuada, curaciones, cambios de pañales, cuidados de la piel, valoración del estado general del paciente, etc.
- participa en la resolución de situaciones conflictivas derivadas de la enfermedad.



Los cuidados informales se basan, principalmente, en una relación afectiva entre proveedor y receptor (28), influyendo sobre la calidad de vida de ambos (35).

En cuanto a cuidador formal:

- Cuidador/a formal: es aquella persona que recibe una formación académica sobre el cuidado de otros, así también se vincula formalmente con la institución que brinda el cuidado. Quien genera una vigilancia y control sobre la labor de cuidado (36). Estas personas están preparadas académicamente, en que la base de sus intervenciones son el

conocimiento experto o el uso de tecnología de nivel complejo. Además, tales intervenciones de curación se imparten, generalmente, en un espacio delimitado para la ejecución de los cuidados. Dicho cuidado formal, se ha definido como “aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás” (37). Se identifica dos tipos de cuidado formal: uno de ellos es aquel que se otorga en las instituciones de salud, y el otro es contratado a través de las familias. Este cuidado formal aparece cuando existe complicación o severidad de la enfermedad y/o discapacidad lo que “genera necesidades que exceden las posibilidades de atención de los cuidadores informales” (37,38).

Por otra parte, existe diferencia entre hombres y mujeres respecto a la recepción de cuidado formal. Un estudio realizado en EE. UU indicó que los hombres tienen una tendencia en recibir menos cuidado formal que las mujeres, o éstas últimas en recibir ambos tipos de cuidado conjuntamente. La causa de esto es que las mujeres desarrollan enfermedades crónicas y más incapacitantes que los varones, además de una mayor prolongación de la vida (39).

- Sobrecarga del cuidador/a: entendida como una experiencia subjetiva de la persona que imparte los cuidados frente a determinadas demandas, integra a su vez 2 componentes: subjetivo y objetivo. El primero consiste en las reacciones o respuestas emocionales frente a las necesidades de

cuidado; por otra parte, la carga objetiva se refiere a los cambios que debe realizar el Cuidador/a en distintos aspectos de la vida (6). Los sentimientos de carga suelen variar de un cuidador a otro (40). Sin embargo, se ha identificado que el cuidado informal tiene efectos directos e indirectos; los primeros son perceptibles, manifestados principalmente en afecciones físicas, como: lumbalgia, cefaleas, etc. Los segundos están relacionados con los cambios que ocurren en el área social, como: pérdida de oportunidades laborales (41). Así también las consecuencias del cuidado informal se han clasificado como económicas y no económicas; las económicas implican dinero en forma directa o indirecta, como por ejemplo adaptación de la vivienda o pérdida de productividad laboral, respectivamente; las no económicas se enfocan en un deterioro de la calidad de vida en cualquiera de sus dimensiones, tal como salud física, mental o social (35). Las condiciones en las que el cuidador/a realiza sus quehaceres y la repetición de éstos, lo hace susceptible a padecer algún deterioro en la multidimensionalidad de su calidad de vida, impactando la sensación de bienestar, lo que puede generar satisfacción o descontento en las condiciones de vida (42). La experiencia de cuidar puede brindar al cuidador/a sentimientos positivos por el simple hecho de visualizar que sus prácticas de cuidado contribuyen a la recuperación y/o estabilidad del paciente, algunos de éstos serían: satisfacción, calma, plenitud, alegría. Por el contrario, la misma experiencia de cuidado puede generar también

sentimientos negativos, al encontrarse con barreras en la dinámica familiar o en las redes de salud, impacto económico, cambio en la vida social, observar avances lentos en la adaptación a la nueva dinámica familiar versus el estado de salud del paciente, produciendo tristeza, desesperación, frustración, irritabilidad, ansiedad o preocupación, culpa, vergüenza, soledad, impotencia, inseguridad, resentimiento (43). Tales componentes de la sobrecarga del cuidador están directamente relacionados con altos niveles de comorbilidad, siendo las patologías más frecuentes desarrolladas las enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, dolor crónico, trastornos reumáticos, entre otros (44). Así mismo las principales alteraciones afectivas son trastornos del sueño, depresión, ansiedad (43).

Estudios internacionales han intentado definir los problemas más frecuentes de los cuidadores informales (43) que contribuyen a la sensación de carga, algunos de éstos son:

- insatisfacción de las necesidades propias
- conflictos familiares y conyugales
- pérdida de relaciones sociales
- tiempo limitado de descanso y ocio
- problemas económicos
- dificultades laborales
- desconocimiento de la enfermedad, técnicas y/o procedimientos.

Por otra parte, desde hace bastante tiempo ha sido relevante evaluar el nivel de sobrecarga que tienen los cuidadores en las rutinas de la vida diaria al impartir los cuidados demandados (45). Las sinergias, tanto positivas como negativas, que generan las consecuencias del cuidado informal en el cuidador/a deben ser evaluadas con prontitud para mitigar aquellas que producen consecuencias negativas (41).



2.2 Marco Teórico

Para comprender el proceso por el cual vive una persona que de forma súbita se convierte en cuidador informal, es necesario identificar las variables que explican cómo es el logro adaptativo a la nueva situación, junto con sus expectativas y según creencias, pautas y comportamientos humanos en niveles cognitivos, afectivos y conductuales (46). Desde la psicología social, la autoeficacia es uno de estos conceptos; la cual es definida como “un mecanismo cognitivo basado en las expectativas y creencias sobre nuestra capacidad de realizar las acciones necesarias para obtener un efecto determinado. También es considerado como un componente teórico de modificación de conducta en diversos tratamientos terapéuticos” (22). Este concepto es enunciado en los trabajos de Albert Bandura (1977, 1987, 1993, 1997, 1999, 2001) quien establece que la autoeficacia, parte de la teoría social cognitiva, otorga lugar relevante a las creencias autorreferentes como un componente esencial para la comprensión de la conducta humana (20); y de la cual se pueden extraer elementos que permiten influir en ésta (47). Existen dos planteamientos principales que establece Bandura en relación a la Autoeficacia, una de ellas es que las intervenciones que cambian los factores del ambiente son efectivas para generar los cambios conductuales, mientras que por otra parte considera como imprescindible las intervenciones cognitivas del sujeto (48). Esto indica que tanto

el conocimiento que presenta el individuo como la percepción de éste sobre sus capacidades, puede estimularlos o inhibirlos para efectuar una determinada acción (49). Bandura definió el concepto de autoeficacia como “juicios de los individuos respecto a sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (49). En el caso de los cuidadores informales que deben efectuar cuidados específicos en amplias áreas del ser: cognitivo, afectivo, procedimental, económico se requiere estimar expectativas de resultado de su accionar, entendida como la conducta que llevará a la persona a alcanzar ciertos resultados (50). Es por ello la importancia de las creencias autorreferentes o juicios sobre las habilidades propias que están directamente relacionadas con las expectativas de dominio personal para lograr resultados, afectando su motivación, interés y conducta (51).

Por otra parte, la teoría refiere un sistema interno propio, individual que regula y capacita el control de pensamientos, emociones y conductas, estableciendo entre estos elementos una relación recíproca que permite en el individuo la formación de creencias acerca de sí mismo y el desarrollo de competencias (52). Ejecutar una actividad, tarea o conducta en determinada situación con un nivel de dificultad previsto, es el escenario propicio para evaluar la autoeficacia en el individuo (20).

La autoeficacia, según Bandura, depende de 3 dimensiones que pueden variar entre sí: la magnitud, la fuerza, la generalización. En relación a la primera, hace referencia “al número de pasos de dificultad que la persona cree que es

capaz de dar”, la segunda consiste en la confianza que tiene la persona en su capacidad para hacer una tarea o acción; y la tercera alude a las experiencias pasadas sean éstas negativas o positivas, que pueden generalizarse en otro contexto o situación (53). Por lo tanto, cada expectativa de autoeficacia percibida afectará la iniciación de la conducta de enfrentamiento y/o la persistencia de éste, determinando el nivel de esfuerzo que pondrá el sujeto, y por cuánto tiempo afrontará los cambios que surgen de las tareas y actividades en las acciones de cuidado (54).

El sentimiento de autoeficacia es reconocido como un eje o núcleo central de otras teorías que consideran la motivación de una persona como elemento destacable para la realización de tareas (55,56,57). No obstante, es necesario reafirmar que este sentimiento se compone de 3 características que permitirán mantener el enfoque de evaluación:

- Valor de resultado: hace referencia al valor que encuentra el sujeto en las tareas que realizará.
- Expectativa del resultado: es la previsión del sujeto de que las acciones, conductas, que llevará a cabo frente a determinada situación o tarea le llevarán a un resultado apetecido.

Expectativa de Autoeficacia: es la creencia o juicio del individuo de que es capaz de llevar a cabo la destreza o conducta para obtener el resultado esperado. Por otra parte, el concepto de percepción establecido por Merton indica que “la realidad está determinada y aprendida socialmente y se va transmitiendo de

generación en generación”; esta construcción social influye en la cosmovisión de los individuos, y de acuerdo a ello se actúa y se vive la realidad (58).

En cada acto de cuidar los cuidadores informales se involucran de distintas maneras en la vida de aquél que recibe los cuidados, es decir al usuario afectado por el evento cerebrovascular y también a la familia que participará de las acciones destinadas a restablecer o mantener un buen nivel de calidad de vida del paciente, no en un lugar con mediano o alto nivel de implementación tecnológica sino en un ambiente habitual, cercano y cotidiano, su domicilio.

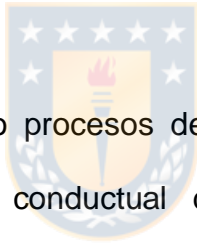
Las circunstancias en que se da el cuidado son de distintas formas vivenciadas por los cuidadores informales que al enfrentarse a experiencias de cuidado con mayor complejidad implica la destinación de tiempo, energía sobrepasando en ocasiones el límite de lo considerado usual (59). Dicho cuidado puede durar meses o años, exigiendo un gran esfuerzo físico, estimulando la concepción de sensaciones desagradables que provocan una percepción negativa del cuidado, y de la eficacia en el logro de resultados, interrumpiendo los roles desempeñados tanto en la familia como en la sociedad (60). Por lo anterior, los cuidadores pueden enfrentarse a una gama de emociones que perturben su motivación, percepción de la realidad, autoeficacia y por ende el sistema regulatorio de la sobrecarga que generan los deberes en la dinámica diaria; dichas emociones pueden ser: “ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado” (61), presentando alteraciones en la salud física y

emocional (62), influyendo directamente en el cuidado otorgado al familiar dependiente. En general los estudios muestran que el 60% de los cuidadores principales son mujeres a cargo de personas adultos mayores (63), por lo que es esperable que los antecedentes mencionados anteriormente ocurran con preferencia en el género femenino.

Según Bandura (1987), una persona a través de una adecuada autoeficacia puede mejorar tareas tanto físicas como psíquicas (64). Por lo que conocer la propia autoeficacia trae beneficios personales como colectivos. Este conocimiento de la autoeficacia se basa en cuatro fuentes de información (65):

1. Logros alcanzados en la ejecución: el sentido resistente de eficacia puede afirmarse, pero requiere la superación de obstáculos a través de esfuerzo perseverante. Por otro lado, puede verse amenazado antes que se afirme cuando se producen fracasos en distintos logros que se debieron alcanzar. Así también, cuando las personas experimentan éxitos fáciles llegan a esperar resultados inmediatos desmotivándose rápidamente con los fracasos.
2. Experiencias Vicarias: es entregada por modelos sociales, los cuales influyen en la eficacia percibida de acuerdo con la percepción de la similitud que se tenga de dichos modelos. Cuanto mayor sea la similitud, más persuasivos serán los éxitos y fracasos de los modelos en los sujetos. Si los modelos son considerados y percibidos muy distintos al de los sujetos no habrá mayor influencia en la eficacia de éstos.

3. Persuasión verbal o social: el acto de persuadir a los individuos permite que éstos desarrollen la creencia de que poseen la capacidad suficiente para conseguir aquello que desean, esto favorece a que ejecuten mayores esfuerzos para ciertas labores logrando los objetivos propuestos.
4. Estado fisiológico y emocional: corresponde a toda la información que percibimos de la capacidad fisiológica y emocional sea este negativo o positivo, al realizar determinadas tareas. Así también las creencias de eficacia mejoran al favorecer el estado físico, reducir el estrés y disminuir las emociones negativas.

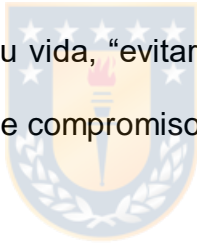


A su vez, existen cuatro procesos de las creencias de autoeficacia que regulan el funcionamiento conductual de los individuos; estos procesos interrelacionados son:

1. Proceso cognitivo: la acción se organiza previamente en el pensamiento, se construye y se ensaya antes de ser ejecutado; incluye la elaboración de objetivos deseados. Por lo tanto, este proceso tiene relación con las creencias autorreferentes que influyen en la eficacia del individuo y en el modelar anticipadamente distintos escenarios para actuar.
2. Proceso emocional (o motivacional): a través del ejercicio del pensamiento anticipado las personas pueden afectar su motivación. Bandura destaca que la motivación humana se genera cognitivamente, mediante la anticipación de metas alcanzadas. La regulación de las expectativas

indicará el nivel de esfuerzo que el sujeto aplicará para efectuar el logro establecido.

3. Proceso afectivo: cuando se tiene bajo nivel de autoeficacia surgen sensaciones desagradables que afecta el desarrollo pleno del individuo para el cumplimiento de logros. Surgiendo altos niveles de estrés, depresión, enojo o molestias que a su vez potencian la sensación de complejidad de una acción.
4. Proceso selectivo: La autoeficacia determina el tipo de comportamiento que seleccionamos, el individuo con bajos niveles de autoeficacia en distintos ámbitos de su vida, “evitará las tareas difíciles, y tendrá menor nivel de aspiración y de compromiso con las metas que adoptan.” (66)



La autoeficacia percibida es de gran importancia en la prevención de conductas riesgosas, por el contrario, favorece la promoción de conductas beneficiosas para los individuos (48). La construcción central del modelo es la Autoeficacia, incluida gracias a la incorporación de Teorías del aprendizaje y cognitivas sociales que forman parte del bagaje de conocimientos de la autora.

Por otra parte, es necesario reconocer que la teoría no incluye conceptos como el miedo o la amenaza para generar cambios en la conducta como un medio de motivación o interés.

La autoeficacia aplicada en acciones para cambiar conductas en favor de la salud es comprendida como el juicio del sujeto para organizar y ejecutar

conductas promotoras de la salud, influyendo principalmente sobre barreras de acciones percibidas, lo que genera la percepción disminuida de estas barreras para desempeñar alguna conducta determinada cuando existe mayor eficacia (48).

Al relacionar la idea de aumentar la eficacia percibida por los cuidador/aes en situaciones previa al alta del familiar afectado por ACV, y el efecto inmediato que tiene en impartir cuidados en domicilio, puede generar la disminución de la carga subjetiva del Cuidador/a, favoreciendo en la eficacia de los cambios objetivos que tempranamente deben ser realizados. Esto contribuye directamente en la carga del Cuidador/a.

Existen diversas escalas basadas en la teoría de Bandura (67,68), y que permite medir los niveles de autoeficacia, una de estas escalas es la de Jerusalem y Schwarzer, 1992. Otras escalas se enfocan en un aspecto singular de la Autoeficacia y otras en aspectos generales de este concepto (69). Las creencias que tenga el cuidador informal sobre sí mismo actúan como variables moduladoras entre los estresores y sus consecuencias (70), ésta es una sensación común entre los cuidadores con familiares en las fases agudas del ACV, debido a la circunstancia ocurrida, caracterizada por cambios recientes, nuevos y desconocidos. Algunos resultados de estudios apoyan la idea de que los “estresores tienen un efecto menos negativo cuando los individuos poseen autopercepciones más positivas” (70).

Respecto de la autoeficacia han considerado dos perspectivas: generalizada y específica. Entendiéndose la primera como “la confianza en la propia destreza de afrontamiento que se manifiesta en un rango amplio de situaciones retadoras y que tiene un carácter amplio y estable” (70); mientras que la específica es definida como “la creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares” (71). El grado de generalidad y especificidad varía según los diferentes resultados que se pretende predecir/modular, como por ejemplo: grado de similitud de las actividades; modalidades o formas en las que las competencias se manifiestan (conductuales, cognitivas y afectivas), y aspectos cualitativos de la situación (70). En este sentido, Bandura establece que la autoeficacia general parece ser mejor predictor de conducta que la específica (72), sin embargo, otros estudios indican que ambos tipos de autoeficacia (general y específica) están positivamente relacionados y pueden actuar de forma complementaria (70). En 1979, Schwarzer y Jerusalem, desarrollaron en Alemania un instrumento que mide la autoeficacia general, evaluando la autopercepción del individuo sobre sus capacidades en la vida diaria para dominar factores estresantes (71,73); a partir de esta fecha su traducción se incrementa a 28 idiomas (74,75). No obstante, desde la escala original, en el año 1993 se tradujo al idioma español con adaptaciones culturales para evaluar la autoeficacia percibida en población costarricense (71,76), española y peruana (77,78). A partir del 2010, la aplicación en población chilena de la escala de autoeficacia percibida general es viable y confiable, afirmando que esta escala

de medición “tiene correspondencia con la realidad del fenómeno que se estudia” (71,79). En relación a esto, las personas con enfermedades crónicas poseen distintos grados de dependencia familiar, institucional y social, esto asociado a su deterioro físico y a las características de las patologías que les obligan a requerir cuidados de forma permanente, por parte de un familiar o persona cercana que asume el rol del cuidador informal (80), conllevando que el estudio de la autoeficacia en los cuidadores familiares sea relevante para mejorar la experiencia del cuidador y por ende disminuir la sensación de carga asociado a esta experiencia.

El concepto establecido por Bandura permitió el desarrollo de distintos modelos que involucra el término de autoeficacia. Las principales poblaciones estudiadas en relación a la autoeficacia son: adultos trabajadores, adultos mayores en comunidad, pacientes ambulatorios de cáncer, y pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca, incluso en estudios de enfermería donde el concepto de autoeficacia se integró (81). Tales estudios en dichas poblaciones han revelado que al potenciar los niveles de autoeficacia e interviniendo en los factores asociados, las personas lograban la capacidad de practicar acciones en favor de la salud (81,82,83).

La autoeficacia es el mejor predictor de la intención y de la conducta, es decir el individuo se siente capaz de realizar una acción y tendrá una mayor intención de hacerlo en un futuro próximo, aumentando la probabilidad que la lleve a cabo (24).

2.3 Marco Empírico

A continuación, se presentan los trabajos que abordan la autoeficacia percibida en individuos de distintos contextos, y los que revelan la sobrecarga de cuidadores informales.

Un estudio de **Easom L, Wang K, Alston G., 2020** desarrollado en Estados Unidos tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y la autoeficacia sobre la demencia en dos grupos culturales (hispanos y caucásicos) de cuidadores informales, considerando que la barrera del idioma genera dificultad para acceder a recursos, comprender indicaciones de salud, realizar trámites hospitalarios, entre otros obstáculos que menoscaban la autoeficacia. Los resultados indican que incrementar el conocimiento es importante, pero la confianza para manejar una situación es fundamental, por lo tanto, la autoeficacia comprendida como la capacidad de una persona para evaluar y llevar a cabo los cursos de acción adecuados para manejar una situación deben potenciarse ya que las creencias de autoeficacia afectan los recursos de afrontamiento, el grado de esfuerzo, y la persistencia para continuar una acción a pesar de resultados negativos. En este estudio la muestra de conveniencia consistió en 567 caucásicos y 104 hispanos cuidadores de personas con demencia. El conocimiento de la demencia y la autoeficacia del cuidador aumentaron en ambos grupos, sin embargo, el grupo hispano tuvo un aumento significativamente mayor en la autoeficacia, por el contrario, el grupo caucásico tuvo un aumento significativamente mayor en el

conocimiento de la demencia que en el nivel de autoeficacia. Los individuos con menor autoeficacia carecen de confianza para persistir y se dan por vencidos sin mucho esfuerzo (82).

Tan, C. E., Hi, M. Y. et col, 2020 desarrollaron en Malasia un estudio que tuvo como objetivo determinar los niveles de conocimiento del posicionamiento del paciente y la autoeficacia del cuidador entre los cuidadores de pacientes con accidente cerebrovascular; el estudio se realizó en un hospital universitario urbano participando 128 cuidadores de pacientes con accidente cerebrovascular. Los resultados mostraron que no hubo asociación significativa entre el conocimiento sobre el posicionamiento y la autoeficacia. La regresión lineal múltiple mostró que la edad de los cuidadores ($B = 0,146$, $p = 0,003$) y la formación de los cuidadores ($B = 3,302$, $p = 0,007$) se asociaron de forma independiente con la autoeficacia de los cuidadores. El conocimiento de los cuidadores sobre la posición de los pacientes fue deficiente, a pesar de un nivel bastante bueno de autoeficacia. Esto apoya la provisión de capacitación para los cuidadores con el fin de mejorar la autoeficacia del cuidador (83).

Jamie J, Ashley N, et col., 2020 desarrollaron en Estados Unidos, tuvo como objetivo determinar el afrontamiento y la autoeficacia de cuidadores de pacientes con trasplantes de células madre hematopoyéticas (HCT), considerando si estas variables tienen efectos sobre la calidad de vida y el estado de ánimo. La muestra estuvo constituida por 100 cuidadores de receptores de HCT que se inscribieron

en un ensayo clínico aleatorizado. Los resultados mostraron que aquellos cuidadores con mejores niveles de autoeficacia y capacidad de afrontamiento presentaron una mejor calidad de vida, así también se mostró que hubo reducción de síntomas de ansiedad y depresión. El estudio concluye que el fortalecimiento del afrontamiento y la autoeficacia son componentes esenciales en cuidadores de pacientes con trasplante de células hematopoyéticas durante el periodo de recuperación aguda (84).

Semiha K, Neriman Z., 2020 desarrollaron en Escandinavia un estudio que tuvo como objetivo examinar la relación entre la autoeficacia en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la carga del cuidador. La muestra estuvo constituida por 200 pacientes con EPOC y sus cuidadores informales. Los resultados mostraron que el 54,4% de los cuidadores tenían entre 40 y 60 años y el 59,9% de los cuidadores eran mujeres. Del total de cuidadores, el 64,8% tuvo una carga de cuidado leve y el 18,1% tuvo una carga de cuidado moderada, así también tuvo una relación significativa, débil y negativa con la puntuación total de la escala de autoeficacia evaluada en los pacientes con EPOC. El estudio concluye que a medida que aumenta la autoeficacia en los pacientes con EPOC, su salud y su vida diaria se ven menos afectadas por la enfermedad, y la carga del cuidador disminuye (85).

Lavin J, Lavin C, Bai X et col., 2020 desarrollaron un estudio en New York, que tuvo como objetivo aumentar el nivel de autoeficacia y disminuir los niveles de estrés en los cuidadores familiares de paciente en un hospital de cuidados paliativos a través de un taller técnico hospitalario con el propósito de mejorar la calidad de vida. Los resultados mostraron que los cuidadores que participaron del taller aumentaron los niveles de autoeficacia y disminuyeron los niveles de estrés. El estudio concluye que es necesario realizar nuevas investigaciones que muestren la importancia de fortalecer la autoeficacia en los cuidadores (86).

Montalvan N., Segovia D., et col, 2020 desarrolló un estudio en Lima, Perú, que tuvo como objetivo determinar la sobrecarga y calidad de vida del cuidador informal de pacientes con hemiplejía post accidente cerebro vascular (ACV) atendidos en el área de Neurorehabilitación del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. La muestra estuvo conformada por 162 cuidadores y se les aplicó la escala de Zarit. Los resultados mostraron que en los cuidadores predominó el género femenino; la edad promedio fue de 50 años y el 42% era cónyuge del paciente, el 63% presentó sobrecarga; respecto a la calidad de vida el 30,3% presentó mala calidad de vida (87).

Benitez-Lezcano J. 2020, un estudio desarrollado en Paraguay, tuvo por objetivo determinar el nivel de sobrecarga de cuidadores de pacientes con accidente cerebrovascular que fueron internados en un hospital para adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 45 cuidadores de pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular evaluando la sobrecarga a través de la escala de zarit. Los resultados fueron: predomina el género femenino, la mayoría estaba casado, con educación secundaria, entre el grado de parentesco predominaron los hijos biológicos. Respecto al nivel de sobrecarga, la mayoría (32 cuidadores, 71%) experimentó sobrecarga intensa. Doce cuidadores (27%) reportó experimentar una sobrecarga ligera. Sólo 1 cuidador (2%) reportó no experimentar sobrecarga (88).



Esparza E, Valdez B, Ferreira M., 2017, se desarrolló un estudio en México, que tuvo por objetivo conocer y comparar cómo el cuidado repercute en la vida de las mujeres que lo realizan y sus variables biosociodemográficas. Los resultados mostraron que existen diferencias respecto al sexo y la edad en los individuos que imparten cuidados. Los cuidadores de sexo femenino presentan casi dos veces más sobrecarga que los cuidadores de sexo masculino, sugiriendo modelos adaptativos distintos en relación a la adopción del rol de cuidador entre hombres y mujeres (89, 90).

Ramos et col.,2016 desarrollaron un trabajo en el que su objetivo fue revisar sistemáticamente las investigaciones existentes sobre la autoeficacia de los docentes. Los resultados de los estudios indican que la autoeficacia está influenciada por factores como agotamiento emocional, despersonalización, satisfacción en el trabajo, relación con los padres, uso de la violencia, presiones del tiempo, rendimiento académico, gestión de la clase colectiva, eficacia, entre otros. Tales resultados contribuyen a favorecer la dirección de las investigaciones realizadas en el área, ya que se muestran tendencias y evidencias relevantes en ser profundizadas a través de posteriores estudios (91).



Hernandez L., Mora R. 2015. Realizaron un estudio en Chiclayo, que tuvo por objetivo determinar la relación entre sobrecarga y calidad de vida. Se aplicó la escala de zarit a 20 cuidadores informales de pacientes con accidente cerebrovascular. Los resultados mostraron que existe relación entre sobrecarga y calidad de vida, se obtuvo una sobrecarga intensa y calidad de vida medio. En relación a las variables biosociodemográficas el 65% fue de género femenino, 45% tuvo edades que comprendían entre 30 y 49 años, 50% con estudios secundarios, 65% casados (92).

Montero et al. 2015 realizaron un estudio en México, que tuvo como objetivo identificar las características psicológicas y las variables de atención que predicen el inicio de la carga primaria de cuidadores informales (CPI) de niños con cáncer, en un hospital de la Ciudad de México. La muestra fue de 100

participantes, y se les realizó una entrevista de salud, también se les aplicó la escala de carga para el cuidador Zarit, la ansiedad y la depresión del inventario de Beck, el apoyo familiar Escala de Cuidador informal y los modos para hacer frente al estrés de Lazarus y Folkman. Los resultados confirmaron que las mujeres reaccionan como cuidadoras informales de los niños con cáncer desde el diagnóstico de la enfermedad y, en la mayoría de los casos son la madre del paciente. Tal rol adquirido fortuitamente podría involucrar los aspectos tangibles y no tangibles de la experiencia de cuidado, y las dimensiones de la sensación de sobrecarga. Por otra parte, el estilo de afrontamiento, el apoyo familiar, el tiempo hasta la atención del paciente, las horas diarias de atención y el número de actividades realizadas no eran variables significativas en la predicción de sobrecarga. Los hallazgos de este estudio podrían ser útiles para diseñar intervenciones que promueven el bienestar físico, social y emocional de esta población (93).

Las variables seleccionadas para esta investigación consideraron los aspectos presentados en estos estudios.

3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS, VARIABLES

3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de autoeficacia percibida con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda y sus características biosociodemográficas en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

3.2 Objetivos Específicos

Respecto a los cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda hospitalizados en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

- Describir las características biosociodemográficas de los cuidadores informales
- Determinar el nivel de autoeficacia percibida de los cuidadores informales
- Identificar el grado de sobrecarga de los cuidadores informales
- Establecer la relación entre el nivel de autoeficacia percibida y el grado de sobrecarga de los cuidadores informales

3.3 Hipótesis de trabajo

H1: Existe relación entre el nivel de autoeficacia percibida con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebro vascular en fase aguda con sexo, escolaridad y parentesco, en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

HO: No existe relación entre el nivel de autoeficacia percibida con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebro vascular en fase aguda con sexo, escolaridad y parentesco, en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.



3.4 identificación de variables

Tabla 1. Identificación de variables dependientes e independientes respecto de Sobrecarga del cuidador, Nivel de autoeficacia percibida y Características biosociodemográficas en cuidadores informales, Chillán, Chile, 2020-2021

Variable dependiente	Sobrecarga del cuidador*
Variables independientes	Nivel de autoeficacia percibida de cuidador/aes informales*
Características biosociodemográficas de cuidador/a informal*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sexo 2. Edad 3. Estado civil 4. Grado de Parentesco 5. Escolaridad 6. Religión 7. N° Personas con quien vive 8. Trabajo remunerado 9. Presencia de Enfermedades 10. Percepción de suficiencia económica 11. Redes de Apoyo 12. Percepción de horas de cuidado



*Nota: definición nominal y operacional de variables en Anexo C

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Tipo De Estudio

Estudio no experimental, descriptivo, correlacional, de corte transversal.

4.2 Población

La población corresponde a cuidadores/as informales de personas diagnosticados con Accidente Cerebro Vascular en fase aguda atendidos en el servicio de Neurología de Hospital Herminda Martín, Chillán, Chile, desde agosto 2020 a mayo 2021, con un total de 216 cuidadores.

La Unidad de Análisis corresponde al cuidador/a informal de personas diagnosticadas con Accidente Cerebro Vascular en fase aguda en el servicio de Neurología de Hospital Herminda Martín, Chillán, Chile.

4.2.1 MUESTRA

Para la presente investigación se trabajó con el censo de la población que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los que no cumplieron los criterios de inclusión fueron 32 y los que decidieron no participar fueron 77, quedando 107 cuidadores informales para el presente estudio.

Tabla 2 Selección de la población a encuestar considerando criterios de inclusión, exclusión en cuidadores informales, Chillán, Chile, 2020-2021.

Características de la población	Detalle
1. Total de la población del servicio de Neurología de Hospital Herminda Martín, Chillán, Chile, desde agosto 2020 a mayo 2021.	216 cuidadores
2. Los que no cumplieron con alguno de los criterios de inclusión	32 personas
3. Decidieron no participar	77 personas
4. Población del estudio	107 cuidadores informales. Quienes cumplen con los criterios de inclusión y deciden participar



4.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Formarán parte de la muestra aquellos cuidadores que cumplan con los siguientes criterios:

- Criterios de Inclusión
 - ✓ Estar a cargo de algún área de cuidado (alimentación, higiene, cambios de posición o colaboración en éstos, apoyo emocional, protección de tegumentos, toma de decisiones ante las prácticas de cuidado, entre otros.) de personas diagnosticadas con Accidente Cerebro Vascular en fase aguda, hospitalizadas en el servicio de neurología del Hospital Herminda Martín.
 - ✓ Cuidadores informales o primarios alfabetos/as y con capacidad de entendimiento de los instrumentos que se aplicarán.
 - ✓ Ser mayor de 18 años.
 - ✓ Que acepten participar en la investigación firmando el consentimiento informado (**Anexo G**).
- Criterios de Exclusión
 - ✓ Cuidadores de personas diagnosticados con Accidente Cerebro Vascular en fases subagudas, o en estado de cronicidad.

4.4 Procedimientos y/o técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en la unidad de neurología del hospital, durante los meses de agosto 2020 a mayo 2021, realizando la aplicación del instrumento en jornada de la tarde y por vía online con un computador o dispositivo móvil personal, producto de la contingencia sanitaria que impidió la aplicación de los instrumentos en forma presencial. Los cuidadores seleccionados correspondieron a cuidadores de pacientes con diagnóstico de accidente cerebro vascular y con un tiempo de estadía mínimo de 3 días.

La información necesaria para realizar el estudio fue recopilada por el investigador y por un grupo de encuestadores profesionales de enfermería, capacitados previamente, en los siguientes instrumentos:

- ✓ Cuestionario de Recolección de datos biosociodemográficos del Cuidador/a informal (**Anexo D**): confeccionado por investigadora.
- ✓ Escala de Autoeficacia General (**Anexo E**).
- ✓ Escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit (**Anexo F**).

Cada instrumento fue aplicado de manera individual por la autora y por el equipo profesional de enfermería entrenado, a cada cuidador/a informal de pacientes afectados con Accidente Cerebro Vascular y que cumplieron con los criterios de inclusión. Así también se les informó a través de un Consentimiento informado (**Anexo G**), el tipo de investigación, sus objetivos, tiempo de duración, principios éticos. Por otra parte, también se aplicó un consentimiento informado a las personas que participaron en la prueba piloto (**Anexo H**).

Descripción de escalas:

- Escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit (**Anexo F**): Fue validado en Chile en el año 2008 por Breinbauer et al (94), con un alfa de Cronbach de 0,91. La prueba más utilizada es la de Zarit Burden Interview, que considera diversos factores a evaluar, tales como los emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, el vínculo entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados. Midiendo el riesgo de deterioro de la vida social, laboral, familiar, problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar (3,45). Breinbauer y cols lograron una importante contribución tecnológica al aportar evidencias de validez para la “versión Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos (EZA), respecto a su versión completa Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (EZ)” (94,95), considerados de gran valor para los profesionales de enfermería (96, 97). Este instrumento cuantifica el grado de sobrecarga que presentan los cuidadores de personas con un cierto nivel de dependencia y que requieren el apoyo de terceros para realizar las actividades de la vida diaria. Mide el riesgo de deterioro de la vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar (3). Tal instrumento cuenta con 22 reactivos o afirmaciones que

describe principalmente la sensación o emoción que pueden presentar los cuidadores. Cada afirmación puede contestarse usando las siguientes respuestas, en el que el cuidador debe indicar la frecuencia de tales sentimientos: 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces), 4 (casi siempre). Cada puntaje escogido en cada ítem se suma, obteniendo la puntuación final que representaría el grado de sobrecarga del cuidador. El puntaje oscila entre 0-88 puntos, clasificándose la sobrecarga según las siguientes categorías: ausencia de sobrecarga (0-25 puntos), sobrecarga ligera (26-47 puntos), sobrecarga intensa (48-88 puntos). Gran cantidad de investigaciones han mostrado la fiabilidad de este instrumento en su versión abreviada y completa, su alfa de Cronbach oscila entre 0,83-0,91 (44).

- **Escala de Autoeficacia General (Anexo E):**

En Chile, se evaluó la fiabilidad del instrumento a través de un estudio realizado en el año 2009, que muestra que la fiabilidad fue evaluada por el coeficiente de Alpha de Cronbach con un 0,84, aseverando que “los reactivos o elementos son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada” (47). El instrumento ha sido traducido a 25 idiomas y utilizado en diferentes culturas, en población adulta y adolescente desde los 12 años de edad (47). En los distintos estudios llevados

a cabo por los autores Jerusalem y Schwarzer, 1992; Schwarzer, 1993, con muestras de distintas nacionalidades (alemanes, costarricenses, etc.), la escala ha mostrado una consistencia interna considerable (entre 0,79 y 0,93) (73). Se caracteriza por tener 10 reactivos o afirmaciones, con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento; evaluando el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes (74). A mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida. Las opciones de respuesta son: Incorrecto (1 punto), apenas cierto (2 puntos), más bien cierto (3 puntos), cierto (4 puntos) (47, 98, 99).

4.7.1 Recolección de datos.

En el servicio de neurología la recolección de datos se llevó a cabo según el ingreso diario de pacientes con ACV y que requirieron de un cuidador informal. Dicha recolección de datos fue a través del investigador y por un enfermero captador, capacitado previamente, por el autor de la presente investigación.

En relación a los instrumentos, éstos se aplicaron por vía online debido al contexto sanitario relacionado a la pandemia por COVID-19, generando que tanto el consentimiento informado y las escalas fueran aplicadas virtualmente. La aplicación del consentimiento informado y de las escalas se realizó compartiendo el link de acceso del formulario Google Forms con los cuidadores informales. Inicialmente el participante lee el consentimiento antes de tener acceso a las preguntas de las escalas. Durante este proceso, el participante debía colocar su nombre, apellido y declarar la aceptación del consentimiento informado en la primera pregunta del instrumento. Considerando para todo lo anterior las exigencias de la ley chilena 19.628 de protección de la vida privada o de datos de carácter personal.

El tiempo destinado para la aplicación del consentimiento informado y de los cuestionarios fue entre 10-30 minutos. Tiempo que se registra en la base de datos de Google Forms.

Todo el proceso de recolección de información bibliográfica, de planificación metodológica, de ejecución de la metodología científica planteada, de descripción

y análisis de resultados y su posterior discusión y conclusión. Puede verse diagramado en el plan de trabajo que se encuentra en la sección de anexos **(Anexo J)**.

4.7.2 Procesamiento y análisis de los datos.

Una vez recopilados los datos a través de los instrumentos aplicados, se procedió a codificarlos y someterlos a las pruebas estadísticas atinentes, estableciendo análisis descriptivo de las variables y correlacional entre ellas. Se utilizó el software estadístico SPSS versión 23. Se procesó en Macbook air.



4.7.3 Prueba piloto.

Para establecer el control de calidad de los cuestionarios y escalas, se aplicó y ejecutó una prueba piloto en el servicio de Neurología del Hospital Clínico Herminda Martín, durante los meses de agosto y septiembre de 2020, previa autorización y aprobación del Comité Ético Científico respectivo. Se calculó fiabilidad con un n de 20 cuidadores informales a cargo del cuidado de pacientes con accidente cerebrovascular en fase aguda, en modalidad virtual a través del formulario Google Form.

El propósito de la prueba piloto fue evaluar el tiempo destinado en contestar los cuestionarios, identificar la comprensión y entendimiento de los instrumentos, y determinar, posteriormente, fiabilidad de las escalas aplicadas. Los participantes fueron seleccionados en forma aleatoria simple cumpliendo, a su vez, los siguientes criterios de selección:

- Cuidadores informales de pacientes diagnosticados de ACV hospitalizados en el servicio de neurología.
- Participación voluntaria previa lectura de consentimiento informado y firma.
- Cuidadores informales alfabetos.

Se realizó análisis de fiabilidad de los instrumentos: Escala Sobrecarga del Cuidador de Zarit y la Escala de Autoeficacia General percibida, obteniendo en el presente estudio un alfa de Cronbach de 0,725 y 0,773, respectivamente. Permitiendo demostrar consistencia de los instrumentos. El tiempo destinado en

contestar los cuestionarios tuvo como promedio entre 20-25 minutos. Respecto de la comprensión y entendimiento en los participantes, como resultado se encontró que en 3 individuos se determinó que tuvieron dificultad en comprender el concepto “carga”, por lo que se agrega al cuestionario una breve definición conceptual del término. Para el resto de los participantes no hubo dificultades en comprensión y entendimiento.

4.5 Consideraciones Éticas

A través de los estándares éticos establecidos por Ezequiel Emmanuel, ésta investigación se rigió resguardando el respeto, dignidad y protección de las personas que participaron libre y voluntariamente, incluyendo el uso de la información obtenida.

- *Valor social:* esta investigación tiene valor social porque la población chilena está envejeciendo y se requerirá de mayor número de cuidadores informales, cualquier aspecto que se estudie en torno a ellos contribuirá para el entendimiento del perfil y la experiencia de los cuidadores, y el desarrollo de futuras investigaciones. Esta investigación contribuyó en determinar los niveles de autoeficacia y sobrecarga de los cuidadores en la fase aguda de la enfermedad del familiar hospitalizado.
- *Validez científica:* tiene validez científica porque se utilizó el método científico en todas sus etapas de esta investigación cuantitativa.

- *Selección equitativa de sujetos:* No hubo selección de muestra porque se trabajó con censo y con los requisitos de inclusión y exclusión para el presente estudio, por lo tanto, todos obtuvieron opción de entrar en el estudio.
- *Proporción Riesgo/beneficio:* esta investigación genera mayoritariamente beneficios, sin embargo, puede presentar riesgos mínimos, tales como que determinadas preguntas de los instrumentos a ocupar estimulen sentimientos de angustia, ansiedad o preocupación, llanto, relacionados con situaciones aún no reflexionadas por el participante asociado a la experiencia de cuidado. Ante esto se asegura la atención gratuita de profesional en psicología, e intervención en crisis por parte de enfermería-encuestador, en caso que el cuidador informal lo solicitase después de contestar la encuesta.

Por otra parte, los beneficios directos a los participantes están relacionados con la evaluación oportuna, gratuita de la autoeficacia percibida y de la posible sobrecarga del cuidador/a informal, hecho por profesional de enfermería.

Se asegura resguardar la información personal obtenida, manteniendo la confidencialidad.

- *Evaluación Independiente:* la investigación fue sometida a la evaluación del Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de

Enfermería de la Universidad de Concepción, así como también del CEC de la misma universidad y el CEC del Hospital Herminda Martin. Protegiendo de esta manera los derechos, la seguridad y el bienestar de los cuidadores participantes.

- *Consentimiento Informado:* a través del documento confeccionado se explica al participante, el tipo de investigación, sus riesgos y beneficios, así también se establece formalmente la confidencialidad de todos los datos personales aportados (**Anexo G**). La autora de la investigación custodia la información recopilada virtualmente en una sección llamada vault (Bóveda) con contraseña de la aplicación de almacenamiento Dropbox, resguardándola por 5 años.
- *Respeto a los sujetos:* a través de la investigación se asegura el principio del Respeto a cada cuidador/a participante, enfatizando su libertad para cambiar de opinión y retirarse de la investigación sin sanción, así como el resguardo de toda la información personal que proporcione, no entregándosela a terceras personas o entidades.
- *Asociación Colaborativa:* se asegura la investigación colaborativa entre el servicio de neurología del Hospital Herminda Martin y la investigadora del presente proyecto, lo que favorece el acceso a los sujetos de estudios, y a la aplicación de instrumentos para posteriormente, analizarlos y obtener resultados que tendrán

implicancia en la unidad de análisis. Por otra parte, se garantiza que los sujetos estudiados no serán explotados durante el proceso de investigación, y que los resultados de ésta beneficiarán a la comunidad, y se socializarán en el servicio respectivo, respetando de esta manera el cumplimiento de acuerdos establecidos entre ambas partes. Los cuidadores informales que deseen participar en la investigación y que cumplan con los criterios de inclusión asignados deberán firmar el consentimiento informado, el que expresa tiempo de aplicación de instrumentos, riesgos y beneficios, confidencialidad de la información y responsabilidad del investigador. Tal asociación se corrobora con el certificado anexado por parte del jefe del servicio de neurología (**Anexo A**). A su vez el investigador realizó una carta de compromiso con el CEC del Hospital Herminda Martin (**Anexo B**) y la Autorización del comité ético-científico la cual puede observarse al final del presente documento (**Anexo I**).

4.6 Plan De Análisis

- Se inició con estadística descriptiva univariada para las variables biosociodemográficas, a través de: medidas de resumen (tendencias central y dispersión) para las variables cuantitativas, y para las variables cualitativas se utilizará tablas de frecuencias, para cuidadores informales y pacientes diagnosticados por accidente cerebrovascular.
- Se realizó análisis de fiabilidad de las escalas, estimando consistencia interna con el cálculo del coeficiente alfa Cronbach. Las pruebas fueron con una confianza del 95% y un error del 5%.
- Para determinar el nivel de autoeficacia percibida se hizo un análisis por ítem (media o mediana, gráficos de: barras, histogramas, dispersión) y luego por el valor global, posteriormente se comparó según variables biosociodemográficas.
- Para determinar la sobrecarga del cuidador se hizo un análisis por ítem (media o mediana, gráficos de: barras, histogramas, dispersión) y luego por el valor global
- Posteriormente se compararon ambas escalas con las variables biosociodemográficas (comparación de medias o correlación para las variables cualitativas, y coeficiente de correlación para las variables cuantitativas: Pearson si tiene distribución normal, o Spearman en caso

de que no tenga distribución normal). Las pruebas realizadas se hicieron con una confianza del 95% y un error del 5%.

- Para analizar la relación entre nivel de autoeficacia y grado de sobrecarga se comenzó con análisis de coeficiente de correlación y regresión lineal, con una confianza del 95% y un error del 5%.
- Se realiza análisis multivariado a través de un modelo de regresión lineal múltiple, considerando como variable dependiente sobrecarga del cuidador, y como variable independiente nivel de autoeficacia y, variables biosociodemográficas.



5. RESULTADOS

Se presentan primero los resultados de tipo descriptivo y, posteriormente, los de tipo correlacional.

5.1 Análisis Descriptivo

Tabla 3. Distribución de la muestra según sexo, edad categorizada, nivel educacional, situación de pareja, parentesco, religión, número de personas con quien vive y actividad remunerada, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

Variable (n=107)		n	%
Sexo	Hombre	21	19,6
	Mujer	86	80,4
Edad categorizada	20 - 40	39	36,4
	41 - 60	48	44,9
	61 - 77	20	18,7
Nivel Educacional	1º-8º básico	25	23,4
	1º-4º medio	55	51,4
	Enseñanza técnica o superior	27	25,2
	universitaria completa o incompleta.		
Situación de pareja	Con pareja	79	73,8
	Sin pareja	28	26,2
Parentesco	Hijos/as	33	30,8
	Cónyuge	31	29,0
	Padre/madre	21	19,6
	Hermano/a	7	6,5
	otros	15	13,9
Religión	Con religión	76	71,0
	Sin religión	31	29,0
	0-3 personas	65	60,7

Nº de personas con quien vive	4-6 personas	39	36,5
	7-10 personas	3	2,8
Actividad Remunerada	Sí	34	31,8
	No	73	68,2

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

La mayoría de los cuidadores informales son mujeres, correspondiendo éstas a un 80,4%. Los cuidadores informales tienen una edad promedio de 47,4 años, siendo el mínimo de 20 años y el cuidador con más años de 77. La mayor cantidad de cuidadores se encuentran en el rango de 41 y 60 años.

La mayoría de cuidadores informales tienen una escolaridad de enseñanza media completa o incompleta, con un promedio de años de estudio de 11,5 años.

La mayoría de los cuidadores informales tiene pareja en un 73,8%. La relación de parentesco principal del cuidador es el ser hijo/a o cónyuge. La mayoría de los cuidadores informales se identifica con una religión (71%).

Según el número de personas con quien vive el cuidador informal, se da una media de 3,3 personas. Siendo el mínimo de 0 y el máximo de 7. La mayoría de los cuidadores informales viven con una cantidad de 0-3 personas. La mayoría de los cuidadores informales no realiza una actividad con remuneración en un 68,2%.

Tabla 4. Distribución de la muestra según presencia de enfermedad, percepción de suficiencia económica, redes de apoyo, horas de permanencia al lado del familiar hospitalizado, experiencia de cuidado, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

Variable (n=107)		fr	%
Presencia de Enfermedad	Sí	73	68,2
	No	34	31,8
Percepción de suficiencia económica	insuficiente	82	76,6
	suficiente	25	23,4
Redes de apoyo de los cuidadores	Sin ayuda	33	30,8
	1-2 personas	62	57,9
	3-5 personas	8	7,5
	Más de 6 personas	4	3,7
Horas de permanencia al lado de su familiar hospitalizado	Menos de 2 horas	59	55,1
	2-5 horas	9	8,4
	6-9 horas	11	10,2
	Más de 10 horas	28	34,1
Experiencia de cuidado	No	71	66,4
	Sí	36	33,6

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

De los cuidadores informales un 68,2% poseen alguna enfermedad. La mayoría de los cuidadores informales perciben su economía como insuficiente para cubrir sus necesidades de la vida diaria (76,6%). La mayoría de los cuidadores informales tiene al menos entre 1 y 2 personas como red de apoyo (57,9%), y un porcentaje no despreciable no cuentan con red de apoyo. La mayoría de los cuidadores informales permaneció menos de dos horas al lado de

su familiar hospitalizado (55,1%). La mayoría de los cuidadores informales no tiene experiencia de cuidado hacia otra persona (66,4%).

Tabla 5. Distribución de enfermedad reportada en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

Tipo de enfermedad reportada (n=107)	Sí		No	
	fr	%	fr	%
Hipertensión	31	29,0	76	71,0
Trastorno del sueño	31	29,0	76	71,0
ansiedad	24	22,4	83	77,6
depresión	17	15,9	90	84,1
diabetes	17	15,9	90	84,1
dislipidemia	9	8,4	98	91,6
Otros	29	27,1	78	72,9

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

Entre las enfermedades reportadas más frecuentes se encuentra hipertensión con un 29%, trastornos del sueño con un 29%, ansiedad con un 22,4%.

Tabla 6. Valores encontrados en relación a la escala de Autoeficacia General en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021..

Variable	Alfa de Cronbach	Media	Mediana	Desv. asimetría	Mín	Máx.	Percentil 50	
Nivel de Autoeficacia	0,893	31,7	33	6,2	- 0,8	14	40	28-37

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

La escala tiene una buena fiabilidad para medir el nivel de autoeficacia, la media encontrada en esta escala revela un nivel medio de autoeficacia percibida en los cuidadores informales.

Tabla 7. Valores de las respuestas por ítem de la Escala de Autoeficacia general de los cuidadores informales de la muestra en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

Nº de ítem	Contenido (n=107).	Media	Desv. típica
1	Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga	3,1	0,9
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	3,5	0,8
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	3,1	0,9
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	3,1	0,9
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	3,1	0,9
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	2,9	1,0
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	3,0	0,9
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	3,4	0,7
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	3,3	0,8
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	3,2	0,8

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

El ítem que obtiene la respuesta con mayor puntaje corresponde a que los cuidadores informales “pueden resolver los problemas difíciles si se esfuerzan lo suficiente”; y el ítem con el nivel más bajo es el que indica que “cuando se encuentran en dificultades pueden permanecer tranquilos ya que cuentan con habilidades para manejar situaciones difíciles”.

Tabla 8. Pruebas de normalidad, Escala de Autoeficacia, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

Variable/Pruebas de Normalidad	Kolmogorov-Smirnov ^a	Shapiro-Wilk	Total de Muestra
Nivel de Autoeficacia	Sig. 0,017	Sig. 0,000	107

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

Se rechaza normalidad, porque la variable estudiada presenta asimetría, lo que significa que su distribución no coincide con la distribución normal o curva de Gauss.

Tabla 9. Valores encontrados en relación al grado de Sobrecarga de Zarit en los cuidadores informales en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

Variable	Alfa de cronbach	Media	Mediana	Desv.	asimetría	Mín	Máx.	Percentil 50
Nivel de sobrecarga	0,905	36,7	36,0	16,7	0,429	1,0	80	24-44

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

Según la Escala de Sobrecarga de Zarit su alfa de Cronbach tiene una buena fiabilidad para medir el nivel de sobrecarga, la media encontrada en esta escala revela un nivel sin sobrecarga en los cuidadores informales.

Tabla 10. Pruebas de normalidad, Escala de Sobrecarga de Zarit, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

Variable/Pruebas de Normalidad	Kolmogorov-Smirnov ^a	Shapiro-Wilk	Total de Muestra
Escala de sobrecarga	Sig. 0,044	Sig. 0,113	107

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

Respecto de la Escala de Sobrecarga de Zarit se aprecia que los puntajes obtenidos no guardan relación con la distribución normal, se rechaza normalidad (valor $p < 0,05$).

Tabla 11. Distribución de la muestra según sobrecarga de la Escala de Zarit, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

Variable de Sobrecarga	fr	%
Sobrecarga baja/sin sobrecarga	82	76,6
Sobrecarga leve	12	11,2
Sobrecarga intensa	13	12,1
Total	107	100,0

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

Respecto a la sobrecarga se aprecia que los cuidadores informales presentan en su mayoría la clasificación sin sobrecarga según la escala de Zarit.

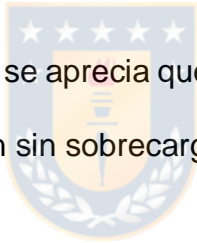


Tabla 12. Valores de las respuestas por ítem de la Escala de Sobrecarga de Zarit en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

Nº ítem	Contenido (N=107).	Media	Desv. Típica
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	2,0	1,3
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	2,3	1,5
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	2,2	1,5
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0,6	1,0
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0,6	1,0
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	0,9	1,2
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	2,6	1,4
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?	3,0	1,3
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	1,0	1,2
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiar?	1,4	1,4
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	1,3	1,4
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1,4	1,5
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1,0	1,3
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	2,5	1,5
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	2,7	1,3
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1,0	1,2
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1,3	1,4
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0,7	1,2

19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0,9	1,2
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	2,6	1,3
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	2,6	1,3
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	2,0	1,3

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

El ítem que obtiene la respuesta con mayor puntaje corresponde a que los cuidadores informales piensan que sus familiares dependen de ellos; y el ítem con menos puntaje y similar en dos reactivos es la sensación de vergüenza por la conducta del familiar, y sentir enojo al estar cerca del familiar.



5.2 Análisis Correlacional

Tabla 13. Correlación de Spearman según variables cuantitativas edad, años de estudio, cantidad de personas que viven actualmente con usted, autoeficacia y sobrecarga en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

	Autoeficacia	Sobrecarga
Edad (n= 107)	-0,11(p=0,259)	0,17(p=0,074)
Años de estudio (n=107)	0,211(p=0,029)	-0,195(p=0,044)
Cantidad de personas que viven actualmente con usted (n=107)	-0,235(p=0,015)	0,02(p=0,831)

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

La variable años de estudio tuvo relación pequeña y directa con la variable Autoeficacia y pequeña e inversa sobrecarga.

La variable cantidad de personas que viven actualmente con usted, tuvo una relación pequeña e inversa con la variable autoeficacia.

Tabla 14. Prueba de correlación de Spearman, según las variables cualitativas sobrecarga, autoeficacia y variables biosociodemográficas: sexo, escolaridad y religión, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

	Autoeficacia y Sobrecarga r(p)
Censo (n=107)	-0,238 (p=0,014)*
SEXO	
Masculino (n=21)	0,159(p=0,490)
Femenino (n=86)	-0,285(p=0,008)*
ESCOLARIDAD	
1ero básico a 8vo (n=25)	-0,411(p=0,041)*
1ero medio a 4to medio (n=55)	-0,174(p=0,205)
Al menos un año de Enseñanza Superior (n=27)	-0,123(p=0,542)
RELIGIÓN	
Con (n=76)	-0,202(p=0,081)
Sin (n=31)	-0,329(p=0,070)

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

En la presente tabla se puede apreciar que existe una relación pequeña e inversa entre las variables sobrecarga y autoeficacia en la muestra estudiada.

También se aprecia que existe una relación pequeña e inversa entre las variables sobrecarga y autoeficacia, siendo significativa para el sexo femenino.

Existe una relación mediana e inversa entre las variables sobrecarga y autoeficacia siendo significativo para la población que cursó de 1º a 8º básico

Tabla 15. Prueba de correlación de Spearman, según las variables sobrecarga, autoeficacia y variables sociodemográficas: Situación de pareja y parentesco, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martin, Chillán, Chile, 2020-2021.

	Autoeficacia con Sobrecarga r(p)
SITUACIÓN DE PAREJA	
Con (n=79)	-0,168 (p=0,139)
Sin (n=28)	-0,408 (p=0,031)*
PARENTESCO	
Cónyuge (n=31)	-0,211 (p=0,254)
Hermano (n=7)	0,164 (p=0,726)
Hijo (n=33)	-0,353* (p=0,044)*
Madre/Padre (n=21)	0,060 (p=0,795)
Otros (n=15)	-0,345 (p=0,207)

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

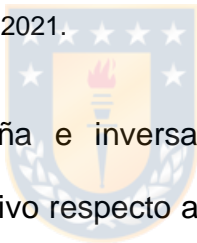
Existe una relación mediana e inversa entre las variables sobrecarga y autoeficacia y significativa respecto a los que se encuentran sin pareja.

Existe una relación pequeña e inversa entre las variables sobrecarga y autoeficacia y significativa respecto de la relación de parentesco de hijo.

Tabla 16. Prueba de correlación de Spearman, según las variables sobrecarga, autoeficacia y variables sociodemográficas: Tiene alguna actividad remunerada y presencia de alguna enfermedad, en cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular en fase aguda en el servicio de Neurología del Hospital Herminda Martín, Chillán, Chile, 2020-2021.

	Autoeficacia con Sobrecarga r(p)
ACTIVIDAD REMUNERADA	
Sí (n=34)	-0,239 (p=0,174)
No (n=73)	-0,232 (p=0,048)*
PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD	
Sí (n=73)	-0,208 (p=0,078)
No (n=34)	-0,241 (p=0,170)

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.



Existe una relación pequeña e inversa entre las variables sobrecarga y autoeficacia siendo significativo respecto a los cuidadores que no tienen alguna actividad remunerada.

5.3 Análisis multivariado

Se realizó un análisis exploratorio de regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente sobrecarga, y como variables independientes autoeficacia y las variables biosociodemográficas.

Tabla 17: Regresión lineal múltiple para las variables: dependiente sobrecarga, e independiente autoeficacia, según las variables actividad remunerada, situación de pareja, cuantas personas viven con usted, edad, sexo, parentesco, en cuidadores informales.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,452	,204	,130	15,57157

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

El modelo permite analizar la variabilidad de los predictores considerados. La tabla indica que es posible explicar solamente el 13,0% de la variabilidad de la sobrecarga.

Tabla 18 ANOVA para las variables dependiente sobrecarga, y variables independientes autoeficacia, según las variables actividad remunerada, situación de pareja, cuantas personas viven con usted, edad, sexo, parentesco, en cuidadores informales

ANOVA ^a						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	6025,932	9	669,548	2,761	,006 ^b
	Residuo	23519,956	97	242,474		
	Total	29545,888	106			

Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021.

La siguiente tabla indica que al menos una de las variables analizadas es significativa. Se encontró significancia global del modelo con $p=0,006$.



Tabla 19. Coeficientes para las variables dependiente sobrecarga, y variables independientes autoeficacia, según las variables actividad remunerada, situación de pareja, cuantas personas viven con usted, edad, sexo, parentesco, en cuidadores informales.

Modelo 1	Coeficientes ^a				
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	58,976	13,708		4,302	,000
Total Autoeficacia	-,629	,269	-,232	-2,338	,021*
sexo=Hombre	-5,045	4,084	-,121	-1,235	,220
Edad	,276	,136	,228	2,039	,044*
años de estudio	-1,019	,452	-,230	-2,256	,026*
Situación de pareja=Con pareja	-1,616	3,641	-,043	-,444	,658
Parentesco= conyuge	-6,943	4,550	-,190	-1,526	,130
Parentesco=hijo-hija	,671	3,691	,019	,182	,856
Nº personas viven actualmente con usted	-,544	1,110	-,049	-,490	,625
actividad remunerada=si	6,559	3,597	,184	1,824	,071

a. Variable dependiente: Total Sobrecarga

Se realiza un análisis de 7 variables en relación con la sobrecarga incluyendo la variable Autoeficacia. Se observa significancia estadística en 3 de estas variables: autoeficacia, escolaridad, edad. Para igualdad de todas las variables se observa que la relación entre autoeficacia y sobrecarga se mantiene.

A medida que aumenta un punto la autoeficacia, la sobrecarga disminuye en 0,62 puntos. A medida que aumenta los años de estudio disminuye la sobrecarga en 1 punto. A medida que disminuye la edad la sobrecarga aumenta en 0,27 puntos.

Se realiza análisis multivariado para ver el efecto de todas las variables de interés en conjunto sobre la sobrecarga. Se encontró que el modelo fue globalmente significativo, siendo 3 variables las que muestran esta significancia incluyendo la variable principal del estudio, sin embargo el efecto es reducido, por cada aumento de la autoeficacia disminuye 0.62 puntos en la escala de sobrecarga, explicando sólo un 13% de la variabilidad.

-Con respecto a la Hipótesis planteada H1 “Existe relación entre el nivel de autoeficacia percibida con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes diagnosticados con accidente cerebro vascular en fase aguda con sexo, escolaridad y parentesco en el servicio de Neurología de Hospital Herminda Martín, Chillán, Chile” los resultados determinaron que existe relación inversa entre autoeficacia y sobrecarga pero es de efecto pequeño según la clasificación coeficiente de relación de tamaño de efecto de Cohen (136), pero la relación de autoeficacia y sobrecarga con sexo y parentesco no fue significativa, sin embargo con la variable escolaridad obtuvo significancia estadística.

6. DISCUSIÓN

En este capítulo se discute respecto de los hallazgos encontrados en los resultados comparándolos o explicándolos con lo que la literatura científica indica. Todo esto en el contexto de los cuidadores informales, familiares o primarios de pacientes con accidente cerebrovascular. En este sentido, los hallazgos principales encontrados respecto a las características biosociodemográficas de la población de los cuidadores estudiados, indica lo siguiente: son principalmente mujeres, ratificando lo que otras investigaciones también han encontrado, que: el cuidado a familiares en domicilio es predominante de las mujeres (100, 101). Así lo indica un estudio realizado a cuidadores familiares de Colombia el cual encontró que el 75,2% eran mujeres (102). En otros estudios se observa que la edad de las mujeres cuidadoras fluctúa en un rango entre 33 a 40 años (101, 102), mientras que en este estudio abarcó la adultez media, edades que van entre los 41 a 60 años, siguiéndole el rango entre 20 a 40 años. Lo que aún demuestra que en nuestra sociedad el cuidado se centra en la figura de la mujer como cuidadora informal, principalmente en aquellas que están en el período de su adultez media, lo cual es también muy interesante a considerar en los procesos educativos dirigidos a cuidadores informales.

Por otra parte, en la presente investigación se pudo observar que la mayoría de las cuidadoras tienen la educación obligatoria que en Chile corresponde a

estudios básicos (8 años) y medios (4 años). Estos resultados son coherentes con los estudios realizados en cuidadoras informales de diferentes países, donde también se observa que los estudios de estas cuidadoras abarcan más o menos esa cantidad de años, no alcanzando estudios superiores o universitarios (102, 103).

En relación a la situación de pareja de los cuidadores, se observó en la presente investigación que la mayoría tiene pareja. Así también esta situación es similar a la presentada en un estudio realizado en Colombia donde el 35,1% de la muestra está casada (102).

Respecto del parentesco entre el cuidador y el paciente que cuida, se destaca el lazo familiar de hijo/a y en segundo lugar el de cónyuge, que son responsables de cuidar a su familiar, lo cual se evidencia ampliamente en la literatura (102,104,105) Asimismo, en una investigación realizada en México se menciona que las personas que cuidan, tienen relaciones de parentesco, principalmente como hijos o cónyuge de la persona enferma. Es frecuente que se dé el caso de tener que cuidar al hijo / cónyuge por sobre el cuidado de padre, madre o hermanos (103, 105). Comúnmente en la cultura chilena, se observa que los hijos cuidan a sus padres ante una enfermedad fortuita y que las mujeres asuman el cuidado.

Por otro lado, de los integrantes de la muestra la mayoría de ellos profesa una religión. Diversos estudios consideraron a la religión como un medio para afrontar dificultades y dolor (106-108).

Las familias de las cuidadoras informales están constituidas principalmente de tres personas o menos. Esto implica que cada uno reorganiza algunas actividades de su vida diaria para ejercer la práctica de cuidado necesaria en las diferentes etapas de la enfermedad, otorgando apoyo instrumental, afectivo y emocional. El que sean pocos integrantes en la familia puede afectar directamente las dinámicas familiares o el soporte familiar hacia el cuidador, juntamente con el estilo de vida de todos sus miembros quienes deberán redistribuir las tareas del hogar, generando muchas veces alteraciones por sobrecarga a nivel psicológico, sentimientos de ansiedad, temor, frustración en estas familias (102, 109). Es por ello que enfatizar la importancia de un buen soporte familiar permite que el cuidador afronte con éxito los desafíos relacionados con el cuidado del usuario enfermo (110). Como se mencionó anteriormente, las familias que tengan pocos integrantes son aquellas que probablemente, corren mayor riesgo de experimentar una sobrecarga respecto de las responsabilidades del cuidado de su familiar enfermo.

Respecto a si tiene alguna actividad remunerada de los cuidadores, es común que éstos dejen de lado su actividad laboral en beneficio de la persona que requiere cuidados (111). En este estudio se observa que la mayoría de los cuidadores no tiene una actividad remunerada. Es posible que la dedicación completa a los quehaceres del cuidado influya en impedir la búsqueda de trabajos con aportes económicos o, que a causa del contexto de pandemia por COVID 19, haya aumentado el desempleo en estos casos. Los resultados de un estudio

muestran que la mayoría de los cuidadores familiares no cuenta con actividades que proporcionen ingresos económicos (112). La enfermedad discapacitante tiene como requerimientos la compra de: andadores, material de baño y aseo, pañales, medicación, entre otros, situación que genera la sensación de ineficacia y de sobrecarga en los cuidadores, quienes no pueden contar con los elementos necesarios para cumplir con la tarea del cuidado.

En relación a la presencia de enfermedades en el cuidador se observa que la mayoría tiene alguna enfermedad siendo las principales: hipertensión, trastorno del sueño, ansiedad, depresión y diabetes. El deterioro en la salud física por parte de los cuidadores informales es ampliamente estudiado y comprobado en la literatura científica, siendo la alteración del patrón del sueño uno de los trastornos más frecuentes (102, 113, 114). Las enfermedades anteriormente mencionadas, pueden generar un impacto en los niveles de autoeficacia del cuidador informal, en cuanto a realizar las actividades de la vida diaria relacionadas con el cuidado. En este sentido, los cuidadores deben mantener su propio autocuidado en la medida que cuidan de otra persona. La descompensación de las enfermedades crónicas mencionadas previamente, se vinculan con estrés y con sobrecarga en el cuidador. También es esperable que haya alteraciones del sueño las cuales pueden generar problemas de salud mental o física. En otro trabajo de investigación también se encontraron las mismas enfermedades que en el presente estudio: hipertensión, trastorno del sueño, ansiedad y depresión, diabetes (114, 115).

En relación a la percepción de los cuidadores sobre su suficiencia económica se encontró en este estudio que la mayoría respondió que era insuficiente para sus gastos de la vida diaria. Un estudio preliminar también menciona que los cuidadores de personas con demencia, tienen ingresos económicos insuficientes para el cuidado, los cuales presentaron mayor nivel de carga y depresión (117). Es importante considerar que la percepción de suficiencia económica en los cuidadores informales puede influir directamente en la sensación de sobrecarga durante la experiencia de cuidado.

En relación a las redes de apoyo, en general los cuidadores informales tienen entre 0 a 3 personas que les apoyan. Estudios revelan que tienen menor apoyo de lo esperado y que tener una red social sólida disminuye la vulnerabilidad en desarrollar enfermedades y favorece la recuperación en cualquier tipo de enfermedad (117- 119). Esto estaría indicando un número reducido de relaciones significativas que apoyen la distribución de actividades en torno a las experiencias en el cuidado, pudiendo afectar la calidad de vida de los cuidadores.

En relación a la cantidad de horas que se acompañó a los pacientes al comienzo de su hospitalización, la investigación mostró que la mayoría de los cuidadores informales permaneció menos de dos horas al lado de su familiar hospitalizado. Es importante considerar que durante la recolección de los datos de la muestra el mundo estuvo viviendo la pandemia por COVID-19, lo que implicó la limitación del acompañamiento diurno y nocturno en los servicios clínicos de los centros hospitalarios, reduciendo las posibilidades de experiencia

inicial de cuidado. Un estudio evidencia que las principales actividades del cuidador informal en el hospital son acompañamiento, entretenimiento, soporte emocional e intermediación (120). Estas prácticas se vieron limitadas en los cuidadores de esta investigación debido al contagio por COVID-19.

La mayoría de los cuidadores informales no tuvieron algún tipo de experiencia de cuidados previos, lo cual según algunos estudios, contribuye a la sensación de incertidumbre, temor o ansiedad frente a los asuntos de salud de la persona a quien cuidan, ya sea en las fases agudas de la enfermedad como en las posteriores (121- 123). En cuanto a la implicancia, se puede destacar que existen algunos servicios de salud de los diversos niveles de atención que brindan cursos de capacitación en los cuales se entrena a los cuidadores informales con el propósito de ayudar a los familiares que cuidan, evitando complicaciones de la enfermedad y reduciendo la sobrecarga en los mismos cuidadores informales y en el personal de salud. En una revisión sistemática relacionada con este tema, se menciona, como efecto de la educación hacia los cuidadores, la mejora de la calidad general de la atención del paciente, gracias a la reducción de los niveles de depresión, estrés y carga del cuidador, evidenciándose una reducción en la institucionalización de pacientes con clara optimización de los resultados clínicos y conductuales del tratamiento (124). Un aspecto que podría explicar la disminución del estrés y de la sobrecarga del cuidador es tener una buena autoeficacia la cual constituye un factor protector ante las demandas crónicas que implica la experiencia de cuidado (125).

En este estudio se incorporó la evaluación de la escala de autoeficacia la cual no sigue una distribución normal, siendo ésta asimétrica, lo que indica que existe variabilidad en los datos asociado a las respuestas de la muestra existiendo datos en valores mínimos y valores altos de la escala, presentando mayores datos en estos últimos, lo que indica mejores niveles de autoeficacia. Los pocos estudios existentes sobre la autoeficacia en cuidadores, han demostrado que aquellos con mayor nivel de autoeficacia son menos vulnerables a la sensación de estrés, mantienen un control emocional sobre las experiencias negativas o adversas, fortalecen un pensamiento positivo y mejoran la calidad de vida relacionada con su salud (125- 127). En este estudio los resultados de la Escala de Autoeficacia General de los cuidadores informales, destaca un nivel medio de autoeficacia percibida, resaltando los siguientes ítems de la escala: -“Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente”; -“Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario”; -“Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer”; -“Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo”. Estos cuatro ítems muestran las fortalezas de los cuidadores de este estudio frente a situaciones difíciles, secundarias al proceso de enfermedad que viven respecto de la persona que cuidan. De esta misma manera se observa en diferentes investigaciones que las poblaciones estudiadas también presentan niveles de autoeficacia con puntajes que fluctúan entre 31,7 a 38,05 puntos considerándose niveles medios a altos (128-131). Se cree que en estos estudios

los resultados estarían asociados al género, observándose que la media de autoeficacia en hombres es un tanto mayor que la de las mujeres, y la escolaridad demostró que a mayor grado de estudios mayor nivel de autoeficacia (129). Por otra parte, en un estudio realizado en México se demostró que en el 50,5% de los cuidadores informales, predominaba el sexo femenino, presentando un nivel moderado/alto de autoeficacia respecto a su desempeño (130). Esto explica que a medida que aumenta el tiempo de cuidado los cuidadores informales pueden adaptarse a las demandas de su rol favoreciendo la autoeficacia (130, 132). En el caso del presente estudio, las cuidadoras informales tuvieron limitaciones para ejercer el cuidado directo en la fase aguda de la enfermedad de su familiar debido a la pandemia por COVID-19, alterando las oportunidades de adaptación y aprendizaje a las experiencias de cuidado, traduciéndose, probablemente en la limitación a obtener puntajes más altos en la escala de autoeficacia.

Por otra parte, en este estudio también se obtuvo en la Escala de Sobrecarga de Zarit una distribución distinta a la normal, coincidiendo con un estudio realizado en Colombia el cual obtuvo la misma distribución (133). Esto significa variabilidad de los datos de acuerdo a los puntajes de la escala, existiendo, en este caso, mayor cantidad de datos en los niveles bajos de la escala de Zarit, clasificando a la mayoría de los cuidadores informales en la categoría sin sobrecarga, sin embargo, no implica que en el transcurso del tiempo esto no pueda cambiar, requiriendo según la categorización de Zarit, un monitoreo por parte de profesionales de la salud (134). Los ítems que se destacan en la escala

están relacionadas a preguntas que identifican comportamientos o pensamientos, obteniendo mayores puntajes en los siguientes ítems: -“Pensar que su familiar depende de usted”; -“Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar”; -“¿Pensar que debería hacer más por su familiar?”; -“pensar que podría cuidar mejor a su familiar”; -“Tener miedo por el futuro de su familiar”; cada uno de estos ítems mencionados indica que los cuidadores presentan tendencia a sentir mayor sensación de sobrecarga en estos aspectos, a pesar que el puntaje global de la escala fue menor a 46 puntos, indicando sin sobrecarga. Esta baja en los niveles de sobrecarga puede explicarse debido al momento de recolectar los datos, hubo restricción del acompañamiento de los cuidadores informales en horarios diurno y nocturno asociado a la pandemia por COVID-19, impidiendo la experiencia de cuidados rutinarios por parte del cuidador hacia el paciente hospitalizado en su fase aguda, generando una menor sobrecarga del cuidador.

Al aplicar pruebas de correlación a las variables autoeficacia y sobrecarga se determina una relación negativa e inversa débil entre estas variables. Al ser una relación inversa, significa que a mayor autoeficacia hay menor sobrecarga.

La correlación negativa respecto de las variables autoeficacia y sobrecarga es esperable. Pero al ser una correlación débil, indica la presencia de: personas que tienen altos, medios y bajos niveles de autoeficacia o recursos para cumplir con las necesidades de la persona enferma que cuidan. Por otra parte, los puntajes de sobrecarga indican la existencia de personas que no están tan

saturadas de responsabilidades respecto del familiar enfermo, probablemente asociado a la limitación de la presencialidad en el hospital. Existen también casos en los cuales la autoeficacia y la sobrecarga se encuentran equilibradas entre sí.

En coherencia con lo anterior, otras investigaciones también observan relación negativa entre ambas variables (130, 131). Un estudio realizado en México a cuidadores informales de pacientes con insuficiencia cardiaca demostró la relación inversa entre estas variables. Sin embargo, el estudio presentó algunas limitaciones, pues, al ser de corte transversal no permitió obtener conclusiones de causalidad, así también refiere que estas variables son un campo poco estudiado en México, por lo tanto, su estudio contribuyó al acercamiento de estos temas al campo de investigación en su país (130). En otro estudio realizado a 101 cuidadores informales de pacientes con cáncer hospitalizados en Turquía, se observó una relación negativa e inversa, estadísticamente significativa entre las escalas Sobrecarga del Cuidador de Zarit y la escala de Autoeficacia ($r = -0,104$; $p < 0,05$), reforzando que se deben incrementar las acciones en favor de la autoeficacia de los cuidadores (131). En relación a esto último, un estudio respecto a factores asociados con el dominio de la autoeficacia realizado en Singapur a cuidadores informales de pacientes con demencia, demostró que el apoyo social y la perspectiva de vida de los cuidadores se asocian positivamente con la autoeficacia para contrarrestar los efectos negativos de la carga asociados al cuidado (135).

La literatura científica respecto al estudio de relación de las variables autoeficacia y sobrecarga es escasa. Por lo tanto, se requiere mayor evidencia a través de investigaciones especialmente de intervención en distintos contextos clínicos que consideren estas variables con el fin de incrementar la autoeficacia en cuidadores informales permitiendo que la sobrecarga sea menor.

En relación a la variable biosociodemográfica que presentó significancia para la relación entre autoeficacia y sobrecarga. La variable sexo mujer ha mostrado mayor relación entre autoeficacia y sobrecarga que en hombres. Un estudio realizado en Turquía mostró que el 83,40% resultaron ser mujeres y encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la carga y el sexo del cuidador (137), el cual puede ser explicado ya que en su mayoría los cuidadores tienden a ser mujeres (138); tales estudios analizaron que el rol de la mujer como cuidadores se reconoce desde tiempos antiguos encontrando que en su mayoría la prestación de cuidados ocurría en el desarrollo de fenómenos sociales como: guerras, religión y migraciones (137, 139, 140), contribuyendo a la aparición de síntomas físicos, psicológicos, espirituales y económicos propios de la experiencia del cuidado.

Respecto a la escolaridad, en este estudio se ha determinado que los cuidadores a medida que presentan menos años de estudio la relación entre autoeficacia y sobrecarga se hace más intensa. Una investigación también reveló que existen diferencias estadísticamente significativa entre el puntaje de sobrecarga y el nivel educativo (135); determinando que aquellos cuidadores con

analfabetismo tenían puntajes más altos en la escala de sobrecarga, pudiéndose explicar que “los cuidadores con menor nivel educativo tienen dificultades para acceder a los recursos necesarios con el fin de reducir su carga y, a su vez, tienen niveles más bajos de habilidades para la resolución de problemas” (137).

Desde el punto de vista de la gestión del cuidado de enfermería, la enfermera viene a ser la responsable de identificar cuáles son estas disparidades o dificultades que tienen algunos cuidadores. La enfermera puede facilitar, orientar y/o derivar hacia planes de ayuda social y de educación en salud que permitan mejorar la comprensión de los temas necesarios para el cuidado del paciente a cargo.

Por otra parte, la presente investigación mostró que hay una relación pequeña e inversa entre la variable cantidad de personas que viven actualmente con el cuidador y autoeficacia percibida, es decir que a menor cantidad de personas que viven con el cuidador informal mayor es la autoeficacia. A pesar que hay escasos estudios que consideran esta variable, probablemente ocurre porque el cuidado demanda más tiempo en acciones hacia el familiar que lo requiere, afectando la interacción y relación con otros miembros de la familia, por lo que mientras menos familiares convivan, mayor es la capacidad y el enfoque cognitivo y emocional para resolver situaciones y problemas asociados al cuidado del paciente.

En un estudio en México se pudo observar que la compañía de personas del cuidador puede estar relacionado con el tipo de apoyo que brindan (141) fortaleciendo o no la autoeficacia del cuidador.

La mayoría de los cuidadores tiene pareja, así también lo determina una investigación realizada en México el cual obtuvo los siguientes resultados, el 84,3% de los cuidadores informales son casados, el 9,8 % solteros y 4,9 % divorciados y 1 % viudo (141); esto es reafirmado en otro estudio que indica que el 80% de los cuidadores/as informales poseen pareja (142). En la presente investigación en la categoría “sin pareja”, existe una relación mediana e inversa entre autoeficacia y sobrecarga. Sin embargo, otro estudio que estableció la relación entre autoeficacia y la situación marital, no encontró relación estadísticamente significativa (143). Ante los distintos resultados en las investigaciones que consideraron esta variable es probable que se precisen otros factores para el análisis investigativo.

Por otro lado, el grado de parentesco en este estudio, muestra que la categoría “hijo” tiene una relación mediana entre las variables sobrecarga y autoeficacia, lo cual también es evidenciado en un estudio que muestra mayor puntuación en la escala de sobrecarga para cuidadores que eran familiares del paciente a quien prestaban sus cuidados, probablemente porque consideran el acto de cuidar como una responsabilidad natural (137). Así también los resultados en relación a la autoeficacia evidencian niveles moderados a altos en este estudio, determinándose que a niveles altos de autoeficacia se reduce la carga del cuidador. Tales resultados se asemejan a los descritos en la investigación realizada en México en que el 50,5% de los cuidadores informales presentaron una moderada/alta autoeficacia respecto a su desempeño (144).

Claramente esto indica que a medida que los cuidadores informales vayan aumentando sus niveles de autoeficacia podrán reducir considerablemente los síntomas desagradables que se asocian a la carga de cuidado.

Por otro lado, en este estudio la mayoría de los cuidadores no realizaban una actividad remunerada. De los que sí realizaban una Actividad Remunerada en los que presentaron menor remuneración mayor fue la relación entre autoeficacia y sobrecarga. Esto se corrobora con un estudio hecho en Chile el cual mostró también que la mayoría de los cuidadores no realiza un trabajo remunerado fuera del hogar (145). No obstante, en otro estudio realizado en Ecuador, indicó que el 55% de los cuidadores informales que presentaron una actividad remunerada, lo hacía con ingresos menores al básico nacional (146). Es probable que la remuneración implique un incentivo positivo para el cuidador, ayudando como soporte económico para los gastos relacionados con el cuidado entregado a su familiar, lo que contribuye en la disminución de la sobrecarga.

Como este estudio se realizó en la fase aguda de la enfermedad por accidente cerebro vascular de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurología es relevante considerar que éstos ingresan con un cuidador informal que para el presente caso se vio limitado por el COVID-19

7. CONCLUSIONES

Se concluye que la autoeficacia y sobrecarga del cuidador, tienen una relación pequeña e inversa, de modo que una mejor autoeficacia percibida, involucra una menor sobrecarga en el cuidador, ésta se da principalmente en los cuidadores con características biosociodemográficas como: sexo femenino, escolaridad de 1° a 8vo año, cuidadores que no tienen pareja, o entre los cuidadores que tienen el rol de hijo, o entre quienes no mantienen actualmente una actividad remunerada, y viven con menos de 3 personas.

A la vez que una mayor sobrecarga influye negativamente sobre la autoeficacia que tiene un cuidador para poder atender las necesidades del paciente con accidente cerebrovascular.

La mayoría de los cuidadores presentó un nivel moderado de autoeficacia y sin sobrecarga, esto último causado, probablemente por las restricciones en el acompañamiento debido a las medidas de control y prevención contra el COVID-19.

Esta investigación tiene un impacto en la disciplina de enfermería en la medida en que evidencia las distintas situaciones de cuidadores informales que llegan al hospital. Su impacto abarca la capacidad profesional del enfermero de gestionar las necesidades que presentan los cuidadores informales en cuanto a la atención del paciente. En esta investigación se mostró el caso de personas que presentaron altos niveles de autoeficacia, y que no manifiestan sobrecarga, asociado a limitación del acompañamiento al paciente en contexto de la

pandemia por COVID-19. En este sentido es de esperar que la falta de cercanía con el cuidador informal, la falta de capacitación de este, la falta de conocimientos repercute en un mediano plazo en el cuidado de la persona enferma. Esta información es relevante para documentar la continuidad del cuidado por parte de los cuidadores informales, en medio de condiciones desfavorables.



8. SUGERENCIAS

- Se sugiere realizar una investigación en un contexto sin pandemia por COVID-19 para medir especialmente la sobrecarga del cuidador informal en los primeros días de hospitalización del paciente.
- Realizar un estudio comparativo entre cuidadores hombres y cuidadores mujeres para determinar si existe diferencia de género en su autoeficacia y en los niveles de sobrecarga.
- Es importante considerar este resultado para futuras investigaciones que permitan mejorar la práctica de enfermería basada en la evidencia enfocada a las necesidades de los cuidadores informales en la fase aguda de la enfermedad del familiar hospitalizado.
- Realizar investigación colaborativa con equipos multidisciplinarios que permitan una visión integral del cuidador informal.
- Es importante que se profundice en investigaciones que consideren la variable de religión para obtener datos más concluyentes respecto al significado de la vida luego de una enfermedad catastrófica.

9. LIMITACIONES

- La recolección de los datos se realizó en tiempo de pandemia por COVID-19, en este contexto se limitó el acompañamiento de los cuidadores informales en hospitalización aguda, dentro del Servicio de Neurología.
- Algunos de los cuidadores informales presentaron limitaciones respecto del empleo de tecnología y por ello eligieron no participar de la presente investigación; no eran hábiles en acceder al link de la encuesta.



10. GLOSARIO

- **ACV** : accidente cerebro vascular
- **AUTOEFICACIA** : capacidad de la persona para lograr resultados propuestos o desafíos impuestos.
- **CUIDADOR INFORMAL** : aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero a las personas discapacitadas o dependientes por enfermedades crónicas o degenerativas, por lo general tienen un vínculo afectivo con el paciente y no reciben remuneración económica por sus cuidados
- **CUIDADOR FORMAL** : es aquella persona que recibe una formación académica sobre el cuidado de otros, así también se vincula formalmente con la institución que brinda el cuidado. Quien genera una vigilancia y control sobre la labor de cuidado.
- **ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL:** Instrumento que evalúa el nivel de autoeficacia.
- **ESCALA DE ZARIT** : Instrumento que evalúa el nivel de sobrecarga del cuidador.
- **SOBRECARGA** : entiéndase como las sensaciones desagradables que ocurren cuando el cuidador se ve sobrepasado en su labor de entregar cuidado, lo cual afecta el entono biopsicosocioespiritual.

11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García C, Martínez ML. Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid, España: Ed. Harcourt S.A.; 2001 [citado 2018 ene 22]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7741880>
2. Díaz J, Rojas M. Cuidando al cuidador/a: efectos de un programa educativo. Aquichán. [Internet] 2005 [citado 2018 ene 22]; 9(1):73-92. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100007
3. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador/a familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc Enferm [Internet]. 2012 [citado 2018 ene 22]; 18(1):29-41. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es
4. Izal M, Montorio I, Díaz-Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: guía para cuidador/aes y familiares. Madrid España: INSERSO; 1997 [citado 2018 ene 22]; Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/419_1-mayoresayuda.pdf
5. Quiroga P, Rohde G. (Eds). Psicogeriatría. Santiago, Chile: Editorial Naval; 2002 [citado 2018 ene 22]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/236120418_PSICOGERIATRIA_Bases_Conceptuales_Clinica_y_Terapeutica_Integral
6. Zarit SH, Bottigi K, Gaugler JE. Stress and caregivers. En: Fink Get et al. (Eds). Encyclopedia of Stress. 2ª ed. San Diego, CA: Academic Press; 2007 [citado 2019 jul 18]; p. 416- 418. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/encyclopedia-of-stress/fink/978-0-12-373947-6>
7. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud. Santiago, Chile: Gobierno de Chile; 2016-2017 [citado 2019 jul 18]; Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encuestas/>

8. MINSAL. Guía clínica AUGE Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más. Santiago, Chile: Gobierno de Chile; 2013 [citado 2019 jul 18]; Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18829.html>
9. Florenzano R. Familia y salud de los jóvenes. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile; 1995 [citado 2019 jul 18]; Disponible en: <http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/colecciones/BND/00/RC/RC0020092.pdf>
10. Luttk M, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen D. For better and for worse: Quality of life impaired in HF patients as well as in their partners. Eur J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2005 [citado 2018 ene 22]; 4(1):11-14.. Disponible en: [http://www.escardiocontent.org/periodicals/ejcn/issues/contents?issue_key=S1474-5151\(00\)X0013-8](http://www.escardiocontent.org/periodicals/ejcn/issues/contents?issue_key=S1474-5151(00)X0013-8)
11. Departamento de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud. Home [sede Web]. Santiago, Chile: DEIS MINSAL [acceso 2018 feb 3]. Disponible en: <http://www.minsal.cl>
12. González F, Lavados P, Olavarría V. Incidence of aphasia in patients experiencing an ischemic stroke. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 [citado 2021 nov 02] ; 145(2): 194-200. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200007>.
13. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Accidente cerebrovascular: esperanza en la investigación. Bethesda, MD: Office of Communications and Public Liaison, National Institute of Neurological Disorders and Stroke, National Institutes of Health; 2012 [citado 2021 nov 02] Disponible en: <https://catalog.ninds.nih.gov/pubstatic//21-NS-2222S/21-NS-2222S.pdf>
14. Takeuchi Y, Guevara JG. Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Estudio Neuroepidemiológico Nacional (Epineuro). Colombia Med [Internet]. 1999 [citado 2018 ene 19]; 30(2):74-81. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL30NO2/epineuro.pdf>

15. Bembibre R, Alfonso D, Jova JH, Pérez T. Guía de práctica clínica para las enfermedades cerebrovasculares. Medisur. 2009 [citado 2021 nov 02] 7(1):262-9. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/706/863>
16. Smeltzer C, Bare B. Enfermería medico quirúrgica. 9 ed. Mexico, D.F.: Mc Graw-Hill; 2003.
17. Pinto N, Barrera L, Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los Cuidador/aes". Rev Aquichan. 2005 [citado 2021 nov 02] 5:128-137. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100013
18. Venegas B. Habilidad del cuidador/a y funcionalidad de la persona cuidada. Rev Aquichan. 2006 [citado 2021 oct 16] 6:137-147. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100013
- 19 Feldberg C, Saux G, Tartaglini F, Irrazábal NC, Leis A, Rojas G, et al. Factores psicosociales y sobrecarga del cuidador informal. resultados preliminares en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades cerebrovasculares. Rev Argent Clín Psicol. 2016 [citado 2021 oct 16] 11(25):259-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5765080>
20. Flores JA, Adeva J, García MC, Gómez M P. Psicopatología de los cuidador/aes habituales de ancianos. Index Enferm. 1997 [citado 2021 oct 16] 3(1218):261-272. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0864-03192009000200006&caller=scielo.sld.cu&lang=pt>
- 21 Santiago P, Domínguez B, Peláez V, Rincón S, Orea A. Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2016 [citado 2019 ago 21]; 9(3):152-158. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2016000300004&lng=es
22. Velásquez A. Revisión Histórico-Conceptual del concepto de autoeficacia. Universidad del Bio-bio. Rev Pequén. 2012 [citado 2020 ago 16] 2(1):148-115

160. Disponible en: <https://docplayer.es/10719033-Revision-historico-conceptual-del-concepto-de-autoeficacia-historical-conceptual-review-of-the-concept-of-self-efficacy.html>
23. Bandura A. Self-Efficacy in changing societies. Nueva York, NY: Cambridge University Press; 1995 [citado 2020 ago 16] Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1995-98092-000>
24. Carpi A, González P, Zurriaga R, Marzo JC, Buunk AP. Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Univ Psychologica*. 2010 [citado 2020 ago 16] 9(2):423-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a10.pdf>
25. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. São Paulo, Brasil: BIREME /OPS/OMS; 2017 [actualizado 2017 may 18; citado 2018 jun 12]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
26. Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015 [citado 2020 ago 18] Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf>
27. López E. Puesta al día: cuidador Informal. *Rev Enfermería C y L*. 2016 [citado 2020 ago 18]; 8(1):71-77. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/164#:~:text=Se%20denominan%20cuidadores%20informales%20a,acudir%20a%20los%20servicios%20de>
28. García-Calvente M, Rodríguez M, Eguiguren A. El sistema de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sani*. 2004 [citado 2020 ago 18] 18(1):132-139. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400021
29. Rogero-García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid, España: IMSERSO; 2010 [citado 2020 ago 18] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=628397>
30. Torres M, Ballesteros E, Sanchez P. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*. 2008 [citado 2020 ago

- 18] 19(1):9-15. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002
31. Fernández-Puebla A. Sobrecarga del cuidador migrante no profesional formal en Barcelona (tesis doctoral). Sant Cugat: Universidad Internacional de Catalunya; 2007 [citado 2020 ago 18] Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/9333>
32. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. Effects of a cognitive-behavioral intervention program on the health of caregivers of people with autism spectrum disorder. *Psychosocial Intervention*. 2015 [citado 2020 ago 18] 24:33–39. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1132055915000022>
33. Pinto-Afanador N. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de adultos. *Avanc Enfermería*. 2004 [citado 2020 ago 21] 22(1):54-60. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37941>
34. Zea-Herrera MC. La experiencia del aula universitaria de mayores: enseñanza-aprendizaje de cuidado y autocuidado. *Invest. Educ Enfermería*. 2009 [citado 2020 ago 21] 27(2):244-253. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105213195010.pdf>
35. Fast J, Frederick JA. Informal caregiving: is it really cheaper? Presentado en International Association of Time Use Researchers Conference, Colchester, UK; 1999 [citado 2020 ago 21] Disponible en: https://crdcn.org/sites/default/files/financial_costs_of_family_caregiving.pdf
36. Calzada Gutiérrez MT, Ocampo Chaparro JM. Conceptualización de cuidador institucional de persona mayor en Colombia. *Rev. salud pública [Internet]*. 2018 [citado 2021 nov 02]; 20(4): 511-517. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000400511&lng=es . <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n4.66544>.
37. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Publica [Internet]*. 2009 [citado 2019 abr 09]; 83(3):393-405. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005&lng=es

38. Chappell N, Blandford A. Informal and formal care: exploring the complementarity. Ageing Soc. 1991[citado 2020 ago 21] 11(3):299-317. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/abs/informal-and-formal-care-exploring-the-complementarity/EA0EBF01723B6E075DF21AE4B9EF54F4>
39. Castejón P, Esparza C, Abellán A. Salud, dependencia y cuidados. En IMSERSO (editor), A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Madrid, España: IMSERSO; 2007 [citado 2020 ago 21] pp. 65-82. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsero-a-proposito-01.pdf>
40. Servicio Canario de Salud. Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras [Internet]. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. S.C.S.; 2003 [citado 2019 abr 09]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a56de54e-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Taller_cuidadoras.pdf
41. IMSERSO. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2010 [citado 2020 ago 21] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=628397>
42. Tapia S. Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia. Santiago, Chile: SENADIS; 2015 [citado 2020 ago 21] Disponible en: https://drarturogeriatria.files.wordpress.com/2018/06/manual_cuidadores_web.pdf
43. SENAMA. Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía. Santiago, Chile: SENAMA; 2009 [citado 2020 ago 21] Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>
44. Alpuche V, Ramos B, Rojas M, Figueroa C. Validez de la entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicol Salud.

- 2008 [citado 2020 ago 21] 18(2):237-245. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118209.pdf>
45. Mockus S, Novielli K. A practical guide to caring for caregivers. *Am Fam Physician*. 2009 [citado 2020 ago 21] 62:2613-2621. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11142468/>
46. Serra J. Autoeficacia y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Rev Griot*. 2010 [citado 2019 abr 09]; 3(2):37-45. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1877>
47. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med [Internet]*. 2010 [citado 2019 abr 09]; 138:551-557. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-98872010000500004
48. Raile M, Marriner A. *Modelos y teorías en Enfermería*. 7ª ed. Madrid, España: ELSEVIER; 2011 [citado 2019 abr 09]; Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1>
- 49 Olaz-F. *La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional (tesis doctoral)*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2001 [citado 2019 abr 09]; Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/olaz.pdf>
- 50 Bandura A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977 [citado 2019 abr 09]; Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/105960117700200317>
51. Castillos-M. *Creencias de autoeficacia y coaching. Cómo mejorar la productividad de las personas*. Comunicación presentada en la IV Jornadas Internacionales Mnetorink&Coaching: Universidad-Empresa. Madrid, España; 2009 [citado 2019 abr 09]; http://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24709w/02_22-45_Coaching_Creencias.pdf
52. Bandura A. *Guía para la construcción de las escalas de autoeficacia versión california*. Main Quad, CA: Stanford University; 2011 [citado 2019 abr 09]; Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>

53. Mateo M. La motivación, pilar básico de todo tipo de esfuerzo. Proyecto Social. 2001 [citado 2019 abr 09]; 9:163-184. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=209932>
54. Zenteno A. Autoeficacia del cuidador familiar relacionada con sus características biopsicosociales y con los indicadores de morbilidad de la persona en estado crítico por descompensación de su patología crónica (tesis de magíster). Concepción, Chile: Universidad de Concepción; 2015 [citado 2019 abr 09]; Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/1895>
55. Bueno JA. La motivación educativa. En González-González (editor), Menores en desamparo-conflicto social. Estrategias de intervención. Madrid, España: Editorial CCS; 1998 [citado 2019 abr 09]; Disponible en: <https://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/358/00120081000555.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
56. República de Chile. Ley 19.937 de autoridad Sanitaria. Artículos 25 A y 25 Ñ. Diario oficial de la República de Chile, 37803; febrero de 2020 [citado 2021 abr 10]; Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=221629#:~:text=%2D%20Dictar%20normas%20generales%20sobre%20materias,rehabilitaci%C3%B3n%20de%20las%20personas%20enfermas.>
57. República de Chile Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud. Ley Num. 19937: Modifica el D.L. nº 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. En Diario Oficial de la República de Chile; 2004 [citado 2021 abr 10] Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=221629>
58. Merton R. Teoría y estructuras sociales. México, D.F: Editorial Fondo de Cultura Económica; 1992 [citado 2021 abr 10] Disponible en: https://www.fcde.es/site/es/libros/detalles.aspx?id_libro=3030
59. White E. El ministerio de curación. 3ªed. Florida, Argentina: ACES; 2014 [citado 2021 abr 10] Disponible en: <https://m.egwwritings.org/es/book/1757.438>
60. Casado D, López I, Casanovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Barcelona, España: Ed. Fundación "la Caixa"; 1998 [citado 2021 abr 10]

- 10] Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/casado-vejez-01.pdf>
61. Mary L. Caregiver, take care. *Geriatr Nurs*. 2005 [citado 2021 abr 10] 26(3):152-153. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15973341/>
62. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría*. 2000 [citado 2019 mar 12] 27(3):131-134. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=13886>
63. Jiménez A, Huete A. La discapacidad en España: datos epidemiológicos. Madrid, España: Real Patronato sobre Discapacidad; 2002 [citado 2021 abr 10] Disponible en: http://riberdis.cedd.net/handle/11181/1/browse?order=ASC&rpp=20&sort_by=1&etal=-1&offset=23&type=title
64. Bandura A. *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona, España: Martínez Roca; 1987 [citado 2021 abr 10] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=179081>
65. Díaz M. *Autoestima y autoeficacia durante el proceso de jubilación en los hombres (tesis de licenciatura)* [Internet]. Mendoza, Argentina: Universidad del Aconcagua; 2008 [citado 2018 jun 12]. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/1/tesis-875-autoestima.pdf
66. Poblete M, Valenzuela S. *Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales (tesis doctoral)*. Concepción, Chile: Universidad de Concepción; 2009 [citado 2018 jun 12]. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/xmlui/handle/11594/4671>
67. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol*. 1982 [citado 2018 jun 12]. 2:122-147. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Self-efficacy-mechanism-in-human-agency.-Bandura/8beec556fe7a650120544a99e9e063eb8fcd987b>
68. Steffen A, McKibbin C, Zeiss A, Gallagher-Thompson D, Bandura A. The revised scale for caregiving self-efficacy: reliability and validity studies. *J*

- Gerontology. 2002 [citado 2018 jun 12]. 57B(1):74-86. Disponible en: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/57/1/P74/576212>
69. Villamarín F, Sanz A. Autoeficacia y salud: investigación básica y aplicaciones. En: Salanova M, Grau R, Martínez I, Cifre E, Llorens S, García-Renedo M (editores), Nuevos horizontes en la investigación sobre autoeficacia. Castelló de la Plana, España: Publicacions de la Universitat Jaume I; 2004 [citado 2018 jun 12]. pp. 119-32. Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/NuevosHorizontes>
70. Grau R, Salanova M, Peiró JM. Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. Apuntes Psicol. 2000 [citado 2019 jul 17]. 18(1):57-75. Disponible en: http://www.want.uji.es/wp-content/uploads/2017/03/2000_Grau-Salanova-Peir%C3%B3.pdf
71. Cid H P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 Mayo [citado 2021 Nov 05];138(5):551-557. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>.
72. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. Nueva York, NY: Freeman; 1997 [citado 2021 Nov 05] Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1997-08589-000>
73. Schwarzer R, Jerusalem W. Generalized self-efficacy scale. En: J Weinman, J Wright, M Johnston. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor, En: WFER-WELSON; 1995 [citado 2021 Nov 05] pp. 35-37. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/284672098_Measures_in_Health_Psychology_A_User's_Portfolio_Causal_and_Control_Beliefs
74. Schwarzer R, Bähler J, Kwiatek P, Schröder K, Zhang JX. The assessment of optimistic self-beliefs: comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale. J Appl Psychol. 1997 [citado 2021 Nov 05] 46(1):69-88. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/227846409_The_Assessment_of_Optimistic_Self-

[Beliefs Comparison of the German Spanish and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale](#)

75. Luszczynska A, Gutiérrez-Doña B, Schwarzer R. General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries. *Int J Psychol.* 2005 [citado 2021 Nov 05] 40(2):80-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/230641959_General_self-efficacy_in_various_domains_of_human_functioning_Evidence_from_five_countries
76. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés.* 1996 [citado 2021 Nov 05] 2(1):1-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186652>
77. Sanjuán P, Pérez A, Bermúdez J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema* [Internet]. 2000 [citado 2018 jun 12]; 12(supl 2):509-13. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>
78. Scholz U, Gutiérrez-Doña B, Sud S, Schwarzer R. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *Eur J Psychol Assess.* 2002 [citado 2021 Nov 05] 18(3):242-51. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/230641787_Is_General_Self-Efficacy_a_Universal_Construct_Psychometric_Findings_from_25_Countries
79. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Publica.* 2004 [citado 2021 Nov 05] 6(3):302-18. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2004.v6n3/302-318/>
80. Carreño-Moreno SP, Lorena CD. Reconstruyendo el significado de calidad de vida de los cuidadores en el cuidado: una metasíntesis. *Av Enferm.* 2015 [citado 2021 Nov 05]; 33(1):55-66. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000100007
81. Pender NJ. *Health promotion in nursing practice* (3ª ed.). Stanford, CT: Appleton & Lange; 1996 [citado 2021 Nov 05] Disponible en: <http://vlib.kmu.ac.ir/kmu/handle/kmu/95641>

82. Easom L, Wang K, Alston G. Increasing self-efficacy and knowledge in carer training: Hispanic versus Caucasian. *Nurs Open*. 2020 [citado 2021 Nov 08] 7(1):180–185. Doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.376>
83. Tan, C. E., Hi, M. Y., Azmi, N. S., Ishak, N. K., Mohd Farid, F. A., & Abdul Aziz, A. F. Caregiving Self-efficacy and Knowledge Regarding Patient Positioning Among Malaysian Caregivers of Stroke Patients. *Cureus*, 2020 [citado 2021 Nov 08] 12(3), e7390. <https://doi.org/10.7759/cureus.7390>.
- 84 Jamie J, Ashley N, et col. Enhanced coping and self-efficacy in caregivers of stem cell transplant recipients: Identifying mechanisms of a multimodal psychosocial intervention. *ACS Journals*. Volume126, Issue24. December 15, 2020 [citado 2021 Nov 08] Pages 5337-5346. <https://doi.org/10.1002/cncr.33191>
85. Semiha K, Neriman Z. The relation between self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease and caregiver burden. *Scandinavian Journal of caring sciences*. Volume 34, Issue3, September 2020 [citado 2021 Nov 08] Pages 754-761 Disponible en:<https://doi.org/10.1111/scs.12780> . <https://doi.org/10.1111/scs.12780>
- 86 Lavin J, Lavin C, Bai X, Mastropaolo S, Feldman D. Determining the Effect of Group Flower Arranging Sessions on Caregiver Self-Efficacy and Stress Levels in an In-Patient Hospice. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. January 2020 [citado 2021 Nov 08] doi:10.1177/0030222819900441
87. Montalvan N., Segovia D., Vargas T. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador informal de pacientes con hemiplejia post - ACV en un instituto especializado. Repositorio en Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2020 [citado 2021 Nov 08] Disponible en <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7791>
88. Benitez-Lezcano J. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes adultos mayores con accidente cerebrovascular. *Rev UN Med* 2020 [citado 2021 Nov 08] 9(1):6.1-6.16. DOI 10.5281/zenodo.4110700
- 89 Esparza E, Valdez B, Ferreira M. Repercusiones del cuidado informal en la vida laboral y personal de las mujeres cuidadoras. *Azarbe*. 2017 [citado 2021 Nov 08] (6):47-56. Disponible en <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/273401>

- 90 Ruiz IJ, Nicolás MM. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enferm Global*. 2018 [citado 2021 Nov 08] 17(1):420-447. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/292331>
- 91 Ramos M, Fernández AP, Furtado K, Ramos E, Silva S, Pontes F. The teacher job satisfaction: an analysis from the social cognitive model of job satisfaction and collective efficacy from teachers. *Est Psicol*. 2016 [citado 2021 Nov 08] 21(2):179-191. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/DtJxxGYW6LJCKBFyC6QRZFs/abstract/?lang=en>
- 92 Hernández L., Mora R. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal de personas con secuela de accidente cerebro vascular, en una clínica de Chiclayo 2015. Repositorio Universidad Señor de Sipán. 2016 [citado 2021 Nov 08] Disponible en <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4244>
- 93 Montero X, Jurado S, Venegas JM. Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*. México 2015 [citado 2021 Nov 10] 12(1):67-86. DOI: 10.5209/revPSIC.2015.v12.n1.48905
94. Breinbauer H, Vásquez H, Mayans S, Guerra C, Milán T. Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chile*. 2009 [citado 2021 Nov 10] 137:657-65. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000800020&script=sci_arttext&tlng=p
- 95 MINSAL. Departamento de estadísticas e información en salud. Santiago, Chile: DEIS; 2019 [citado 2021 Nov 10] Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>
96. Regueiro AA, Pérez-Vásquez A, Gómara S, Ferreriro M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007 [citado 2021 Nov 10] 39:185-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656707708740>
97. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980 [citado 2021 Nov 10] 125

- 20:649-55. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/20/6/649/629680>
- 98 Clavijo M, Yévenes F, Gallardo I, Contreras AM, Santos C. Escala de autoeficacia general: reevaluación de su evidencia de confiabilidad y validez en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 [citado 2021 Nov 02]; 148(10): 1452-460. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001452&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001452>.
- 99 Lönnfjord V, Hagquist C. The psychometric properties of the Swedish version of the general self-efficacy scale: A Rasch analysis based on adolescent data. Curr Psychol 2017 [citado 2021 Nov 02] 37 (4): 703-15. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-016-9551-y>
- 100 Sánchez-Huamash C, Cárcamo-Cavagnaro C. Videos para mejorar las habilidades prácticas y conocimientos de cuidadores de pacientes con accidente cerebrovascular. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021 [citado 2021 Nov 02] 38(1):41-48. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342021000100041&script=sci_arttext
- 101 Linares LP, Lemus NM, Linares LB, González Corrales SC, Soto EM. Comportamiento de la sobrecarga en cuidadores informales primarios de adultos mayores con accidente cerebrovascular. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 2021 jul 13]; 23(6):84-898. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600884&lng=es
- 102 Flores I, Montalvo A, Herrera A. Calidad de vida de cuidadores de adultos con accidente cerebrovascular. Rev Enfermería [Internet]. 2010 [citado 2021 ago 09]; 52-60. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21449/22420>
- 103 Del Ángel-García JE, León R, Méndez G, Peñarrieta I, Flores-Barrios F. Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. MedUNAB. 2020 [citado

- 2021 Nov 02]; 23(2):233-241. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/719/71965089014/71965089014.pdf>
- 104 Fuhrmann AC, Becker C, Oliveira N, Oliveira D, Peixoto F, Girardi L. Construcción y validación de manual educativo para familiares cuidadores de personas mayores tras accidente cerebro vascular. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [citado 2021 jul 13]; 30:e20190208. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/KgmBk95F7Lwtkn4yKF4QQQf/?lang=pt&format=pdf>
- 105 Fonseca I. Cambios percibidos en los roles de cuidadoras familiares de hombres sobrevivientes de accidente cerebrovascular. Rev Chil Ter Ocup. 2019 [citado 2021 Nov 02] 19(2):110-111. Disponible en:
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180488>
- 106 Herrera IL. Roles ocupacionales en los cuidadores de personas con accidente cerebrovascular del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima-2018 (tesis de licenciatura). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020 [citado 2021 Nov 02] Disponible en:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11623>
- 107 Rosa-Cervantes E, Valenzuela S, Jiménez M. Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: revisión integrativa desde la filosofía de Watson. Cuidados Humanizados. 2020 [citado 2021 Nov 02] 9(2):149-159. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062020000200149&script=sci_arttext
- 108 Pinto N. Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven con enfermedad crónica. Investig Enferm Imagen Desarro. 2007 [citado 2021 Nov 02] 9(1):19-35. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/1452/145212858003.pdf>
- 109 Cevallos J, Vega JO. Programa educativo para la familia de pacientes con evento cerebrovascular en el área de Medicina Interna del Hospital Rodríguez Zambrano. Rev Cognosis. 2021 [citado 2021 Nov 02] 6(1):157-166 Disponible en:
<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/3346>

- 110 Romero-Guevara SL, Correa BL, Camargo-Figuera FA. Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Univ Salud [Internet]. 2017 [citado 2021 jul 13]; 19(1):85-93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072017000100085&lng=en
- 111 Altamirano N. Sobrecarga en el cuidador familiar del adulto mayor con secuelas de accidente cerebro vascular. Chiclayo. 2019 (tesis de licenciatura). Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020 [citado 2021 Nov 02]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/2526>
- 112 Yelincic A, Cárcamo RA. Cuidadores principales informales no remunerados: ¿quiénes cuidan a niños, adultos y adultos mayores en situación de discapacidad? Rehabilitación. 2021 [citado 2021 Nov 02] 55(3):190-198. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712021000323>
- 113 Moreno ME, Nader A, López C. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. Av Enferm. 2004 [citado 2021 Nov 02] 22(1):27-38. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37935>
- 114 Moreno M. Diseño de un programa de intervención para disminuir la sobrecarga, el estrés y la ansiedad en cuidadores informales de pacientes agudos hemipléjicos que hayan sufrido accidente cerebrovascular (tesis de licenciatura). Elche, España: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017 [citado 2021 Nov 02]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/handle/11000/4206>
- 115 Cruz K, Rojas L. Calidad de vida en cuidadores de pacientes con accidentes cerebrovasculares del hospital de Villavicencio (tesis de licenciatura). Psicología, Villavicencio: Universidad Cooperativa de Colombia; 2018 [citado 2021 Nov 02] Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/5439>
- 116 Bernal OL. Caracterización del trabajo no remunerado del cuidador informal del paciente crónico en un hospital de alta complejidad de Bogotá Colombia

- (tesis de magíster). Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2021 [citado 2021 Nov 02]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/53851>
- 117 Mora-Castañeda B, Fernández-Liria A, Pedroso-Chaparro M, Márquez-González M. Carga, depresión y familismo en cuidadores informales colombianos de pacientes con esquizofrenia y pacientes con demencia. *Psicol Conduct.* 2020 [citado 2021 Nov 02] 28(3):517-531. Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/12/08.Mora_28-3.pdf
- 118 Flores J, Ibáñez J, Jiménez D. Redes Sociales de Apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 2003 [citado 2021 Nov 02] 6(2):36-49. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol6num2/David.html>
- 119 MINSAL. Guía clínica accidente cerebro vascular isquémico, en personas de 15 años y más. Santiago, Chile: MINSAL; 2013 [citado 2021 Nov 08] Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>
- 120 Villar R, Pancorbo PL, Jiménez MC, Cruz A, García RP. Qué hace el cuidador familiar en el hospital: cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos* [Internet]. 2012 [citado 2021 ago 10]; 23(1): 7-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100002&lng=es
- 121 Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, Martz C, Eisenbrandt L, Brunny N, Cook C. Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home. *Gerontol.* 2017 [citado 2021 ago 10]; 57(5):880-889. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/57/5/880/2422093?login=true>
- 122 Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. *Ann Ib Postgrad Med.* 2000 [citado 2021 ago 10]; 108(7):119-23. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/68b221142a0b55022cfc76d71440e24a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41277>

- 123 Deví J, Naqui M, Jofre, Fetscher A. Relación entre el burnout y la calidad de vida del cuidador de personas con demencia. Gerokomos [Internet]. 2016 [acceso 09 ago 2021]; 27(1):19-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000100005&lng=es
- 124 Rimoldi MF, González F, Magdalena MP, Miranda AL, Viale M. Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular. Rev Neuropsi Lat. 2015 [citado 2021 ago 10]; 7(1):12-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4395/439542532002.pdf>
- 125 Blanco V, Vázquez F, Guisande M, Sánchez M, Otero P. Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia generalizada en cuidadores no profesionales. Rev Iberoam Diagn Ev. 2019 [citado 2021 ago 10]; 3(52). Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459661296010>
- 126 Contador I, Fernández-Calvo B, Palenzuela DL, Miguéis S, Ramos F. Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: a perspective of optimism based on generalized expectancies of control. Aging Ment Health. 2012 [citado 2021 ago 10]; 16(6):675-682. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2012.684666>
- 127 Semiatin AM, O'Connor MK. The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiver in Alzheimer's disease caregivers. Aging Ment Health. 2012 [citado 2021 ago 10]; 16(6):683-688. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2011.651437>
- 128 Sánchez V, Abuín V, Rodríguez I. Sobrecarga del cuidador con relación al estado cognitivo y la dependencia en las actividades de la vida diaria de pacientes con accidente cerebrovascular: un estudio transversal en la República Dominicana. Rev Cient Soc Esp Enferm [Internet]. 2021 [citado 2021 jul 13]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2013524621000143>
- 129 Rojas M. Nivel de autoeficacia de los empleados de la Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala (tesis de licenciatura). Guatemala de la Asunción: Universidad Rafael Landívar; 2014 [citado 2021 ago 10]; Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/43/Rojas-Manuel.pdf>

- 130 Ruth PS, Domínguez B, Peláez V, Rincón S, Orea A. Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2016 [citado 2021 sep 03]; 9(3):152-158. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2016000300004&lng=es
- 131 Yildiz E, Karakaş S, Güngörmüş Z, Cengiz M. Levels of care burden and self-efficacy for informal caregiver of patients with cancer. Holistic Nurs Practice. 2017 [citado 2021 ago 10]; 31(1):7-15. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/hnp/2017/00000031/00000001/art00003>
- 132 Crespo M, Fernández-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. An Psicol. 2015 [citado 2021 ago 10]; 3(1):19-27. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.31.1.158241>
- 133 Albarracín AP, Cerquera AM, Pabón DK. Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. Rev Psicol Univ Antioq. 2016 [citado 2021 ago 10]; 8(2):87-99. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059407>
- 134 Rodríguez, AP, Ara C, Pabón D. "Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga." Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía). [Internet]. 2016 [citado 2021 ago 10]; 8(2) 87-99. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059407>
- 135 Tan GTH, Yuan Q, Devi F, Wang P, Ng LL, Goveas R, et al. Factors associated with caregiving self-efficacy among primary informal caregivers of persons with dementia in Singapore. BMC Geriatr. 2021 [citado 2021 ago 10]; 21(13):105-36. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01951-8>
- 136 Ledesma R, Macbeth G, Cortada N. Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico ViSta. Rev Latinoam Psicol. 2008 [citado 2021 ago 10]; 40(3):425-439. Disponible en: 131

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342008000300003&script=sci_abstract&tlng=en

- 137 Unver V. Care burden and self-efficacy levels of family caregivers of elderly people in Turkey. *Holist Nurs Pract*. 2016 [citado 2021 ago 10]; 30(3):166-173. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/hnp/2016/00000030/00000003/art00006>
- 138 Jofré V, Sanhueza A. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc Enferm*. 2010 [citado 2021 ago 10]; 16(3):111-120. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300012&script=sci_arttext&tlng=es.10.4067/S0717-95532010000300012
- 139 The Ministry of Turkish Education. Nursing: Deontology & Responsibilities of Nursing. www.megep.mev.gov.tr. Accessed September 19, 2021 [citado 2021 ago 10]; Disponible en: www.megep.mev.gov.tr.
- 140 Fee E, Garofalon ME. Florence Nihtingale and Crimean War. *Am J Public Health*. 2010 [citado 2021 ago 10]; 100(9):1591. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2009.188607>
- 141 Martínez LD, Robles MT, Ramos B. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2008 [citado 2021 ago 10]; 20:23-29. Disponible en: <http://www.repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/956>
- 142 Espinoza MK, Jofre AV. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Cienc Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2021 sep 09]; 18(2):23-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es
- 143 Cid P, Zenteno A. Autoeficacia del cuidador familiar relacionada con sus características biopsicosociales y con los indicadores de morbilidad de la persona en estado crítico por descompensación de su patología crónica. (tesis de doctorado). Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2015 [citado 2021 ago 10]; Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/1895>

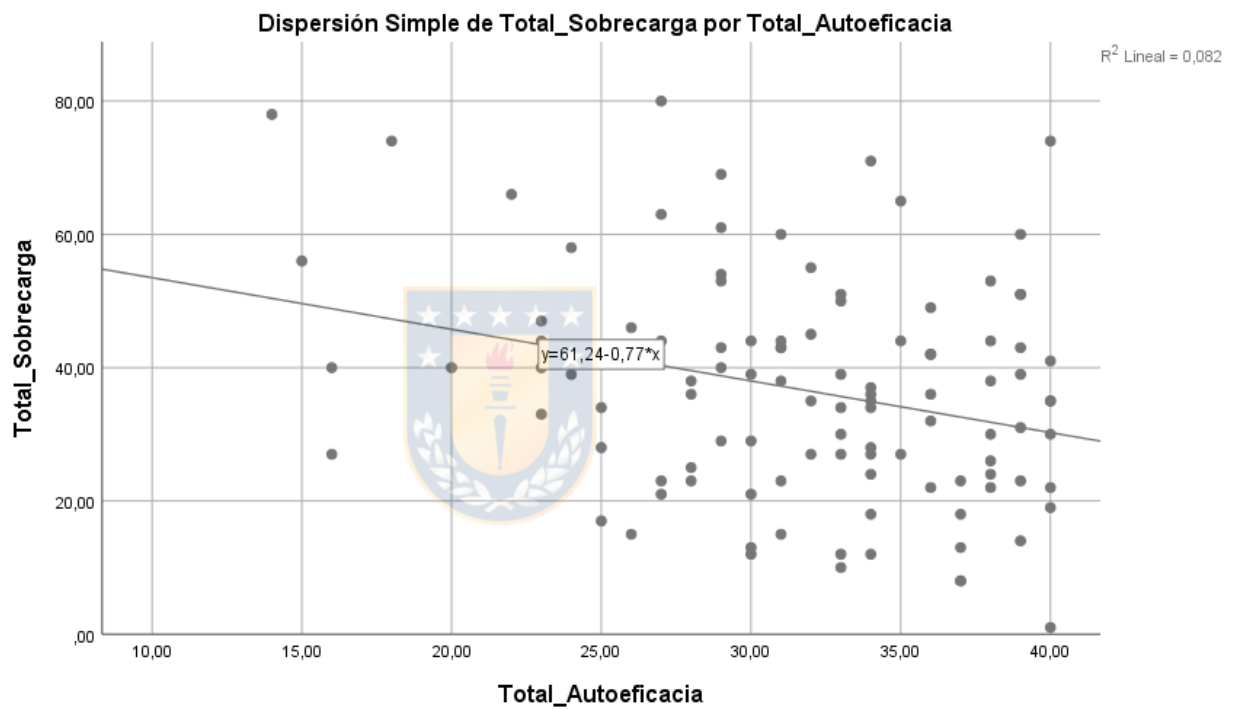
- 144 Pablo R. Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. Rev Clín Med Fam. 2016 [citado 2021 ago 10];; 9(3):152-158. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2016000300004
- 145 Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc Enferm. 2012 [citado 2021 ago 10]; 18(1):29-41. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532012000100004&script=sci_arttext
- 146 Bello LM, Leon GA, Covena MI. Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. Rev Univ Soc [Internet]. 2019 [citado 2021 ago 10]; 11(5):385-395. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000500385





1.1 TABLA DE FIGURAS

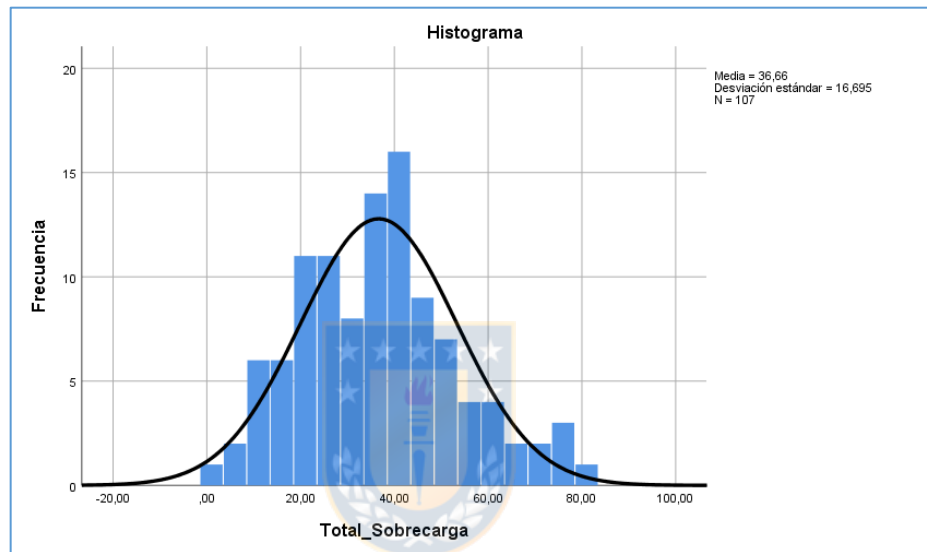
Figura 1. Dispersión simple de sobrecarga por autoeficacia.



Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021

Se puede observar la dispersión entre las variables sobrecarga y autoeficacia percibida de los cuidadores informales de este estudio.

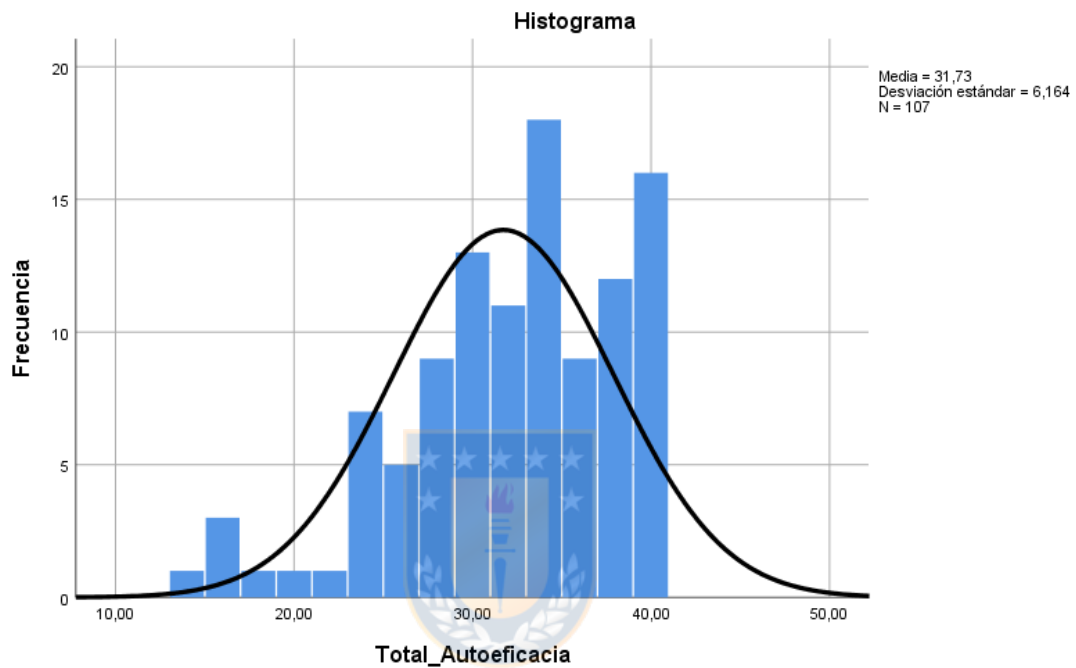
Figura 2. Histograma de Nivel de Sobrecarga de Cuidadores informales



Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021

Se observa que la variable de sobrecarga de los cuidadores informales se comporta asimétricamente, con datos a valores mínimos de la escala.

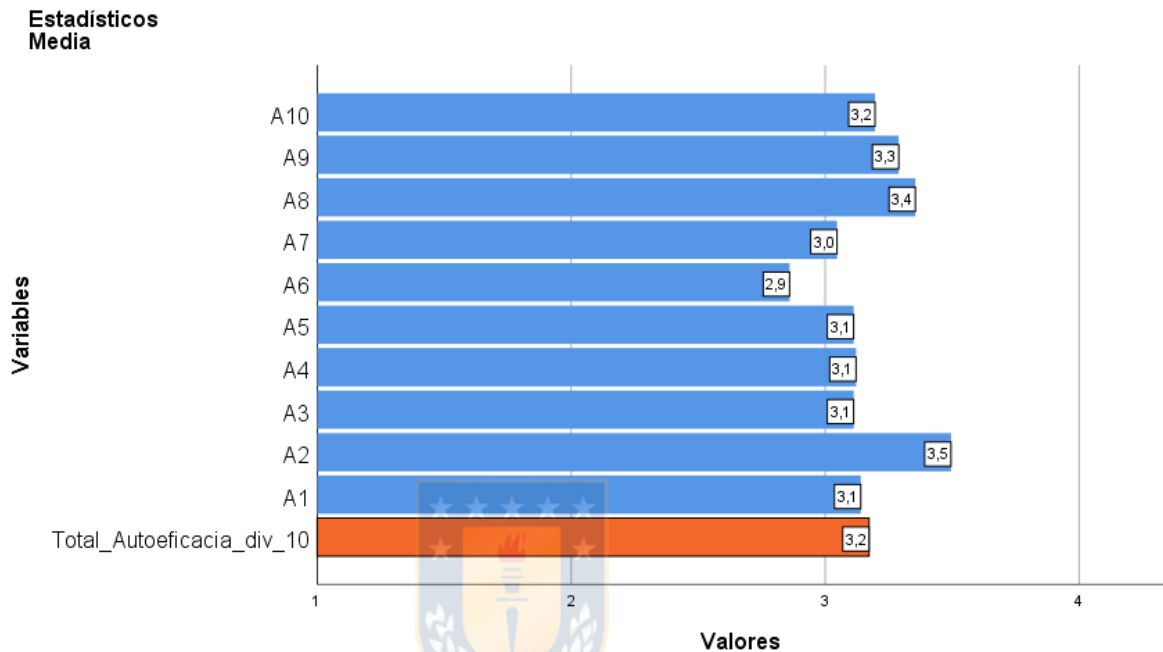
Figura 3. Histograma de Nivel de Autoeficacia de Cuidadores informales



Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021

Se observa que la variable de Autoeficacia percibida de los cuidadores informales se comporta asimétricamente, con tendencia de los datos hacia valores altos de la escala.

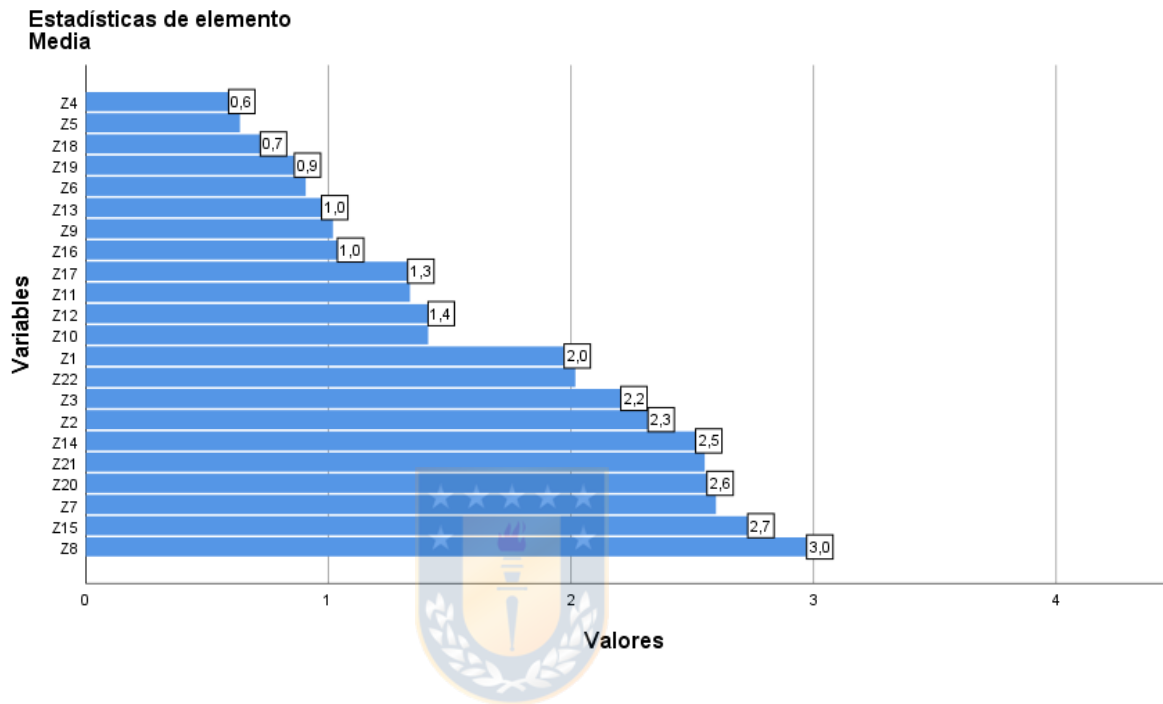
Figura Error! Main Document Only.. Resultados por ítem de la Escala de Nivel de Autoeficacia de cuidadores informales



Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021

Se observa que en el ítem dos de la escala hay mayor puntaje, indicando moderado nivel de autoeficacia. Por el contrario, el ítem seis presentó menor puntaje lo que indica menor autoeficacia percibida en esta pregunta.

Figura 5. Resultados por ítem de la Escala de sobrecarga de cuidadores informales



Fuente: Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ACV, Stevens Elsa, 2021

Se observa que el ítem 8 obtuvo mayor puntaje, indicando mayor nivel de sobrecarga en este reactivo, por el contrario, el ítem cuatro obtiene el menor puntaje lo que indica que los cuidadores presentan menores niveles de sobrecarga.

A. AUTORIZACION DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN

Carta Modelo: "Compromiso Jefatura correspondiente"

Fecha 14/1/2020

De: Jefe Centro de Responsabilidad

A: Comité Etico Científico

Yo, **María Angélica Vejar Mercado**, Jefe del Centro de Responsabilidad de **Neurología** del Hospital Clínico Herminda Martin, confirmo que he sido informado respecto a los objetivos del estudio titulado **AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y SU RELACIÓN CON LA SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**, presentado por la investigadora **Elsa Stevens Moreira** a realizarse en nuestro servicio.

Además reconozco que: 1) El Hospital de Chillán al ser un centro clínico busca fomentar la investigación científica lo cual ha sido declarado en sus planes estratégicos. 2) El Hospital de Chillan, tiene establecido claramente los procesos de evaluación ético-científicos de todas las investigaciones presentadas a través de su Comité. 3) La firma del presente documento establece también mi compromiso, y el del personal a mi cargo, de dar todas las facilidades al alcance para que la investigación propuesta pueda desarrollarse de la mejor forma.

Por ello, estoy de acuerdo o no estoy de acuerdo
que los investigadores presenten la documentación para evaluación de su Comité.

(Si no está de acuerdo deberá incluir detalles de su decisión).


Dra. **María Angélica Vejar Mercado**
Jefe de Centro de Responsabilidad

B. CARTA DE COMPROMISO DEL INVESTIGADOR



COMITE ETICO CIENTIFICO
HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN

Anexo 6

CARTA COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

YO ELSA ESTER STEVENS MOREIRA

Investigador del proyecto de investigación Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidador/a informales de pacientes con accidentes cerebrovasculares

Mediante la suscripción del presente documento me comprometo a:

1. Declarar mis potenciales conflictos de interés ante el Comité respectivo.
2. Reportar al Comité cualquier desviación o cambios en el protocolo.
3. Hacer informes de seguimiento y reportarlos al Comité.
4. Hacer un informe final al término del estudio y reportarlo al Comité.
5. Comunicar al Comité el término del estudio y el programa de acción en relación con los sujetos participantes.
6. Garantizar que el procedimiento del consentimiento informado se lleve a cabo de tal forma que promueva la autonomía del sujeto participante en la investigación, asegurándose que este logró entender la investigación, sus riesgos y probables beneficios.
7. Resguardar la confidencialidad de la información de los usuarios investigados, tanto de su identidad como antecedentes personales y médicos.
8. Usar la información obtenida sólo para generar conclusiones de carácter científico, y en ningún caso para otros fines. Los datos serán utilizados sólo para esta investigación y en el eventual caso que se presenten o publiquen, se respetará el derecho de visar su uso a los sujetos investigados, si se revelare el nombre de estos.
9. Esperar la autorización antes de iniciar la investigación.
10. Garantizar que los datos entregados sean íntegros y confiables, cumpliendo con el protocolo autorizado.
11. A respetar todo lo anterior, exponiéndose a sanciones académicas, administrativas, civiles y penales, en caso de omitirlo deliberada o involuntariamente, en correspondencia con el tenor de los hechos.

FIRMA

CHILLAN, 30 de mayo,2020

<http://hospitaldechillan.cl/web/comite-etico-cientifico/>
Teléfono: 427431 (oficina), 42-2587431

C. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE

SOBRECARGA DEL CUIDADOR

(N) Sensación subjetiva de cansancio físico, mental y emocional percibido por el cuidador informal de pacientes con dependencia en alguna actividad de la vida diaria.

(O) variable cuantitativa continua, evaluada a través de la Escala de Zarit, instrumento que contempla un rango entre 0 a 88 puntos. Relación: a mayor puntaje, mayor nivel de sobrecarga.

- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| -0: nunca | -menor 46: sin sobrecarga |
| -1: rara vez | -46-56: sobrecarga leve |
| -2: algunas veces | -mayor 56: sobrecarga intensa |
| -3: bastante a menudo | |
| -4: casi siempre | |



VARIABLE INDEPENDIENTE

NIVEL DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA

(N) evaluación que efectúa el cuidador/a informal sobre sus capacidades o competencias para realizar las demandas de cuidado del paciente, y alcanzar el rendimiento deseado.

(O) se medirá a través de la Escala de Autoeficacia General versión en español de Bähler, Schwarzer y Jerusalem (1993) se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento. A mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida

- Incorrecto (1 punto)
- apenas cierto (2 puntos)
- más bien cierto (3 puntos)
- cierto (4 puntos).

CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR/A INFORMAL Y DEL PACIENTE

1. SEXO

(N) es la condición anatómica y fisiológica que diferencia a hombres y mujeres

(O) se operacionaliza a través de 2 opciones

1. Hombre
2. Mujer

2. EDAD

(N) número de años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de aplicación del instrumento de Recolección de datos que tiene el cuidador/a y paciente

(O) años de vida al momento de la entrevista del cuidador/a y paciente. Se tratará como variable cuantitativa continua.

3. SITUACIÓN DE PAREJA

(N) es la condición formal o informal en que el cuidador/a mantiene una relación afectiva y de apoyo, estable con otra persona.

(O) variable se medirá a través de 2 categorías:

1. Con pareja: incluye a todas las personas casadas, o que conviven en forma permanente
2. Sin pareja: incluye a las personas en situación de viudez, separadas o solteras, que no viven acompañadas por una pareja estable y que sólo mantienen contacto ocasional.

4. GRADO DE PARENTEZCO

(N) es la relación de consanguinidad o civil entre dos personas

(O) variable se medirá a través de 6 categorías:

- 1. Cónyuge o pareja
- 2. Padre
- 3. Madre
- 4. Hijo/a
- 5. Hermano/a
- 6. Otro

5. ESCOLARIDAD

(N) años de instrucción académica cursados y aprobados en algún sistema educacional formal

(O) variable se medirá por el número exacto de años cursados

6. RELIGIÓN

(N) conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias que se profesa y que reconoce la relación con la divinidad.

(O) variable se medirá en relación a profesar o no las creencias:

- 1. Con religión
- 2. Sin religión

7. N° DE PERSONAS CON QUIEN VIVE

(N) número de personas con quienes puede o no tener vínculo consanguíneo, comparten tiempo, alimentos, y otros gastos, y que viven en el mismo domicilio.

(O) variable se medirá a través de 4 categorías:

- 1. menos de 3 personas (incluye al cuidador/a)
- 2. entre 4-6 personas (incluye al cuidador/a)
- 3. entre 7-10 personas (incluye al cuidador/a)
- 4. más de 10 personas (incluye al cuidador/a)

8. TRABAJO REMUNERADO

(N) es la actividad laboral por el cual el cuidador/a recibe algún tipo de remuneración

(O) variable se medirá a través de 2 categorías:

- 1. trabajo remunerado
- 2. trabajo No remunerado



9. PRESENCIA DE ENFERMEDADES

(N) consiste en el padecimiento de alguna enfermedad crónica no transmisibles o de tipo psicológico por parte del cuidador/a informal, confirmado por diagnóstico médico previo a la aplicación del instrumento.

(O) variable se medirá a través de las siguientes categorías:

- 1. Diabetes Mellitus
- 2. Hipertensión arterial
- 3. Dislipidemia
- 4. Depresión
- 5. Ansiedad
- 6. Trastornos del sueño
- 7. Otro

10. PERCEPCIÓN DE SUFICIENCIA ECONÓMICA

(N) percepción real o subjetiva de que los ingresos económicos del cuidador/a informal cubran las necesidades básicas de la vida diaria.

(O) variable se medirá a través de:

- 1. Suficiente, cubre todas las necesidades de la vida diaria
- 2. Insuficiente, para cubrir las necesidades de la vida diaria

11. REDES DE APOYO

(N) N° de Personas o grupo extrafamiliar que proporcionan ayuda al cuidador/a informal

(O) esta variable se medirá en las siguientes categorías:

- menos de 3 personas
- entre 3-5 personas
- más de 5 personas
- sin ayuda de personas

12. PERCEPCIÓN DE HORAS DE CUIDADO

(N) horas en las que el cuidador/a informal permanece junto a la persona que cuida en fase aguda durante el día.

(O) se medirá de acuerdo a las horas exactas en las que esté presente junto a la persona que cuida



D. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS BIOSOCIODEMOGRAFICOS AL CUIDADOR INFORMAL

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS AL CUIDADOR/AES INFORMAL

DESCRIPCIÓN:

Lea atentamente y conteste el siguiente cuestionario.

1. Antecedentes Personales:

¿Usted es? *Indique con una X	Hombre__ Mujer__
¿Qué Edad tiene actualmente? *Escriba su respuesta	__ años
¿Cuál es su actual Situación de pareja? *Indique con una X	Con pareja__ Sin pareja__
¿cuál es su parentesco con la persona que está cuidando? *Indique con una X	-Cónyuge o pareja__ -Padre__ -Madre__ -Hijo/a__ -Hermano/a__ -Otro__
¿Cuál fue el último año de estudio aprobado por usted? *Escriba su respuesta	_____
¿Usted actualmente profesa alguna Religión? *Indique con una X	-Con religión__ -Sin religión__

2. Otros antecedentes

¿Cuántas personas viven actualmente con usted? *Escriba su respuesta	_____
¿Usted desarrolla actualmente alguna actividad remunerada? *Indique con una X	Si__ No__
¿Posee usted alguna de las siguientes enfermedades? *Indique con una X aquellas que usted padezca	1. Diabetes Mellitus__ 2. Hipertensión arterial__ 3. Dislipidemia__ 4. Depresión__ 5. Ansiedad__ 6. Trastornos del sueño__ 7. Otro__
¿Usted cómo considera el ingreso económico con el que cuenta para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria? *Indique con una X su respuesta	Suficiente__ Insuficiente__

<p>¿Cuenta con apoyo de personas familiares o no familiares para alguna ayuda que usted requiera? *Indique con una X su respuesta</p>	<p>Sin ayuda de personas ___ menos de 3 personas ___ entre 3-5 personas ___ más de 5 personas ___</p>
<p>¿Cuántas horas permanece junto a su familiar hospitalizado? *Escriba su respuesta</p>	<p>_____ horas</p>
<p>¿Tiene usted alguna experiencia de Cuidado? O ¿ha cuidado a algún familiar/persona con cierto grado de deterioro psicomotor o discapacidad?</p>	<p>Si ___ No ___</p>

¡Muchas gracias por responder!



E. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Descripción

La siguiente Escala de Autoeficacia General está conformada por 10 preguntas en la que Usted deberá responder de acuerdo a lo que percibe de su capacidad en el momento en el que se encuentra.

Las posibles respuestas son:

- Incorrecto (1) -apenas cierto (2) -más bien cierto (3) -cierto (4).

Preguntas	1	2	3	4
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer				
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				

¡Muchas gracias por responder!

F. ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones

En la siguiente Escala se indican distintas preguntas, las cuales reflejan algunos estados de sentimientos que en ocasiones las personas que cuidan de otros pueden sentir.

Usted debe leer cada pregunta e indicar con qué frecuencia presenta tales sentimientos. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o errónea, sino que indicará su experiencia.

Las posibles respuestas son:

- Nunca (0) -Rara vez (1) -Algunas veces (2) -Bastante a menudo (3) -Casi siempre (4)

Categorías de Interpretación

-menor 46: sin sobrecarga

-46-56: sobrecarga leve

-mayor 56: sobrecarga intensa

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿se avergüenza por la conducta de su familia?					
5. ¿se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otro miembro de su familia?					
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
11. ¿piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
12. ¿piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?					

14. ¿piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿piensa que no es capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

¡Muchas gracias por responder!



G. CONSENTIMIENTO INFORMADO A CUIDADORES INFORMALES



Folio N° _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO A CUIDADORES INFORMALES

Estimado/a,

Ud. ha sido invitado/a en participar del estudio titulado:

Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con accidentes cerebrovasculares

Tal investigación es llevada a cabo por la Enfermera **Elsa Stevens Moreira**, quien actualmente se encuentra desarrollando sus estudios de Magister en Enfermería, en la prestigiosa Universidad de Concepción.

Para esta investigación se aplicarán los siguientes instrumentos con un tiempo estimado de aplicación de 30-45 minutos:

Cuestionario de Recolección de datos sociodemográficos del Cuidador/a informal

Escala de Autoeficacia General
Escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit
Test de MOCA

La investigación a la cual usted es invitado/a tiene por objetivo determinar la relación entre el nivel de Autoeficacia percibida con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes secueledos de ictus en fase aguda y sus características biosociodemográficas, en el servicio de Neurología del Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.

La modalidad de este estudio consiste en que usted deberá leer atentamente 1 cuestionario, 2 escalas y 1 test, contestando con veracidad de acuerdo a lo que se le pregunta.

Es importante que sepa que los riesgos de participar de este estudio, son mínimos, tales como: preocupación y posible labilidad emocional; si esto ocurriere recibirá atención oportuna y gratuita por profesional de psicología y enfermería. Así también existen beneficios como la evaluación atingente y gratuita por profesional capacitado respecto al nivel de autoeficacia percibida y su sobrecarga como cuidador, también la prevención de futuras enfermedades que pueden surgir a raíz de sus experiencias de cuidados y que están vinculadas con un nivel bajo de autoeficacia.

Los datos obtenidos serán confidenciales y su uso sólo será para esta investigación, estando protegidos por la Ley N° 19.628 de protección de la vida privada o de datos de carácter personal, y



no se usarán para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Por otra parte, su participación es completamente voluntaria y, además tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implique daños, perjuicios o pérdidas de beneficios para usted. También tiene derecho a recibir una copia de este documento, así como el derecho a conocer y visar lo que se publique.

El comité científico que autoriza realizar la siguiente investigación corresponde a Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería (teléfono 41-2207065) y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, así también el Comité Ético-científico del Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, presidido por el Dr. Carlos Escudero Orozco (teléfono 42-2528138)

Si desea realizar alguna consulta sobre el estudio puede contactarse directamente al siguiente mail elsastevens@unach.cl o elsa.stevensm@gmail.com.

Para finalizar, es importante aclarar que la investigadora responsable mantendrá bajo su respaldo el o los documentos que sean completados por los participantes, comprometiéndose a mantenerlos en un lugar seguro y protegido evitando el posible mal uso de estos documentos por terceras personas. El tiempo total por el que la investigadora mantendrá los documentos será por un periodo de cinco años finalizado el proceso investigativo, posterior a esto, serán destruidos.

Si está de acuerdo en participar de esta investigación le solicito manifestarlo con su firma.

Muchas Gracias

.....
Firma
Investigadora Elsa Stevens M.

H. CONSENTIMIENTO INFORMADO A CUIDADOR INFORMAL-PRUEBA PILOTO



FOLIO N° _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO A CUIDADORES INFORMALES (Prueba Piloto - Hospital Clínico Herminda Martín)

Estimado/a,

Ud. ha sido invitado/a a participar del estudio titulado:

“Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con accidentes cerebrovasculares.”

Tal investigación es llevada a cabo por la Enfermera Elsa Stevens Moreira, quien actualmente se encuentra desarrollando sus estudios de Magíster en Enfermería, en la prestigiosa Universidad de Concepción.

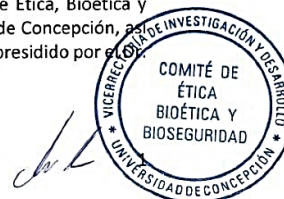
La modalidad de este estudio consiste en que Ud. deberá leer atentamente 1 cuestionario, 2 escalas, y 1 Test, contestando con veracidad de acuerdo a lo que se le pregunta. Los instrumentos son los siguientes:

1. Cuestionario de Recolección de datos sociodemográficos del Cuidador/a es informal
2. Cuestionario de recolección de datos personales de usuario con ictus en fase aguda
3. Escala de Autoeficacia General
4. Escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit
5. Test de MOCA

El instrumento al cual usted es invitado/a tiene como propósito **identificar la comprensión de las escalas, cuestionarios y test**. Por otra parte, la investigación en sí, tiene por objetivo determinar la relación entre el nivel de Autoeficacia percibida con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes secuestrados de ictus en fase aguda, en el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.

Los datos obtenidos serán confidenciales, estando protegidos por la Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada y no se usarán para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Por otra parte, su participación es completamente voluntaria y además tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implique daños, perjuicios o pérdidas de beneficios para usted. También tiene derecho a recibir una copia de este documento.

El comité científico que autoriza realizar la siguiente investigación corresponde a Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería (teléfono 41 – 2207065) y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, así como también el Comité Ético-Científico del Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, presidido por el Dr. Carlos Escudero Orozco (teléfono 42-2528138).





Si desea realizar alguna consulta sobre el estudio puede contactarse directamente al siguiente mail elsastevens@udec.cl o elsa.stevensm@gmail.com.

Para finalizar, es importante aclarar que la Investigadora Responsable mantendrá bajo su respaldo el o los documentos que sean completados por los participantes, comprometiéndose a mantenerlos en un lugar seguro y protegido evitando el posible mal uso de estos documentos por terceras personas. El tiempo total por el que la Investigadora Responsable mantendrá los documentos será por un periodo de cinco años finalizado el proceso investigativo, posterior a esto, serán destruidos.

Si está de acuerdo en participar de esta investigación le solicito manifestarlo con su firma.

Muchas Gracias

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo,, con fecha, declaro haber leído con exactitud el documento de Consentimiento Informado, dando mi autorización para someterme a la investigación mencionada, teniendo plena libertad de retirarme del estudio en cualquier momento, sin implicancias de daños, perjuicios o pérdida de beneficios.

.....
Firma Participante

Yo, **Elsa Stevens Moreira**, con fecha Investigadora Responsable del proyecto titulado "Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con accidentes cerebrovasculares", declaro obtener de forma voluntaria y apropiada el Consentimiento Informado del participante.

.....
Firma Investigadora Responsable

.....
Firma Director Hospital Clínico Herminda Martín
o su delegado/ Ministro de Fe



I. AUTORIZACION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN



msi

ORD N° 30

ANT: Solicitud de Investigación N° 18/20

MAT: Respuesta del CEC.

CHILLAN, 07 de julio 2020

A: ELSA STEVENS M.
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

Me permito comunicar a usted, que luego del proceso de evaluación del proyecto 18/20 por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, integrado por el Dr. Carlos Escudero, Abg. Claudia Cabrera Mg. Marcela Espinoza; Dr. Patricio Oliva; Dra. Ninette Poseck; Dr. Nain Hormazábal; Q.F. Jesica Fernández, Mg Jacqueline Brevis y Sr. René Riveros; teniendo en cuenta los siguientes documentos:

1. Carta de presentación de proyecto dirigida al Director del Hospital.
2. Carta compromiso de la jefatura correspondiente.
3. Protocolo de solicitud de investigación científica **versión 2°**
4. Consentimiento informado para "cuidadores informales"; "pacientes con ictus hospitalizados"; **versión 2°**
5. Currículo actualizado de cada uno de los investigadores e investigador principal
6. Carta compromiso del investigador.
7. Respuesta a las observaciones entregadas por el CEC
8. Y documentos anexos de respaldo solicitados por el CEC (encuestas, carta Gantt, cuestionario resuelto de las "preguntas al investigador")

Luego de la lectura y análisis de los mencionados documentos y la consideración de los criterios relevantes del protocolo presentado, que incluyen: validez científica; relación riesgo-beneficio favorable para el sujeto de estudio; detallado proceso de protección de la confidencialidad; detallado proceso de toma del consentimiento; viabilidad de la investigación en el centro propuesto; investigador idóneo para llevar a cabo el proyecto; utilidad social y novedad científica, el CEC del Hospital Clínico Herminda Martín resuelve:



La aprobación del estudio: **"Autoeficacia percibida y su relación con la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con ictus"**, identificado con el N° 18/20.

1. La aprobación del estudio por un periodo de 1 año.

Junto con ello, el investigador está comprometido a:

- a) Presentar esta carta de aprobación del CEC a la Dirección del establecimiento de la red asistencial que decida afiliarse para su respectiva aprobación y puesta en marcha de su estudio.
- b) Con respecto al Consentimiento Informado este debe contar con el timbre en la secretaria del CEC.
- c) Dar cumplimiento fiel a la carta de compromiso firmada.
- d) Enviar los informes de avance y finalización según formatos disponibles por el CEC. Los informes de avances serán cada **06 meses**. El envío de esta documentación será obligatoria, su omisión puede ser causante de cese del estudio. Además se explicita que el CEC únicamente podrá responder por aquellas investigaciones que cumplan con la entrega de los informes de seguimiento y finalización.
- e) Comunicar al CEC todo aspecto relacionado con el estudio: modificaciones, enmiendas, eventos adversos, desviaciones del protocolo, suspensión del estudio, cierre del sitio, término del estudio, etc.
- f) Estar disponible para la realización de una supervisión del proyecto, en caso requerido por el CEC.
- g) Comunicar los resultados de la investigación (tesis, publicaciones, presentación a congresos, etc.). Los mismos deberán enviarse formalmente al Comité en un plazo no mayor a 2 meses de finalizado su estudio.

Sin otro particular y deseando los mejores resultados en su trabajo, le saluda atentamente



DR. CARLOS ESCUDERO OROZCO
PRESIDENTE CEC
HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN

Distribución: DHCHM, SDM, CEC (02)

J. DIAGRAMA DEL PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDAD	jun-19	ago-19	sept-19	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20	feb-20	mar-20	abr-20	may-20	jun-20	jul-20	ago-20	sept-20	oct-20	nov-20	dic-20	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21	jun-Dic 21	
Revisión literatur permanente, perfeccionamiento del proyecto de investigación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X													
Defensa Proyecto de Tesis	x																								
Revisión de Proyecto por CEC Facultad de Enfermería		x	x	X	X																				
Revisión de Proyecto por CEC UDEC						X	X																		
Solicitar autorización a jefe CR neurología						X	X																		
Solicitar autorización a Comité ético									x		x														

