

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS

**HABILIDAD DEL FAMILIAR EN EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ASOCIACIÓN ADULTO MAYOR
“DIVINA PASTORA”, FILA ALTA – JAÉN**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Yudelly Torrejón Rodríguez

Asesora:

Elena Vega Torres

Jaén-Cajamarca- Perú

2013

COPYRIGHT 2013 by
YUDELLY TORREJÓN RODRÍGUEZ
Todos los Derechos Reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD
LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS

**HABILIDAD DEL FAMILIAR EN EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ASOCIACIÓN ADULTO MAYOR
“DIVINA PASTORA”, FILA ALTA – JAÉN**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:
Yudelly Torrejón Rodríguez

Comité Científico:

Dra. Marina Estrada Pérez
Presidente del Comité

Dra. Albila Domingez Palacios
Primier Miembro Titular

M.Cs. Insolina Díaz Rivadeneira
Segundo Miembro Titular

Dra. Elena Veja Torres
Asesora

M.C. Amelia Valderrama Soriano
Accesitaria

JAÉN-CAJAMARCA- PERÚ

2013

iii

El presente informe de tesis constituirá parte de la colección de la biblioteca de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca. La firma abajo, autoriza el uso de esta tesis para cualquier lector que lo solicite. De igual manera, la posible publicación por parte de la Escuela de Postgrado.

Yudelly Torrejón Rodríguez

A:

Dios, la Virgen María por su gran bendición y misericordia, a mis familiares queridos por el apoyo incondicional, que me permitió lograr esta meta profesional.

AGRADECIMIENTO

A:

La directora de la Asociación Adulto Mayor “Divina pastora” – Fila Alta – Jaén, por las facilidades brindadas para la ejecución del presente trabajo de investigación.

Los familiares cuidadores de los adultos mayores integrantes de la Asociación adulto mayor “Divina Pastora”, por su participación activa y voluntaria. Mi eterna gratitud a ellas y ellos, por ser autores principales de este trabajo de investigación.

Los profesionales en Psicología y Sociología, por su colaboración en la mejora de los instrumentos utilizados.

Los docentes de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca - Sede Jaén, por haber compartido conmigo sus conocimientos, permitiendo que logre mi crecimiento personal y profesional.

La asesora de tesis por su apoyo incondicional, dedicación a lo largo de todo el proceso del trabajo de investigación y por motivarme constantemente para su culminación.

“En realidad, sólo existe el acto de amar, que es una actividad productiva. Implica cuidar, conocer, responder, afirmar, gozar de una persona, de lo que se hace, de una idea, entre otras cosas. Significa dar vida y aumentar su vitalidad. Es un proceso que se desarrolla e intensifica a sí mismo.”

-Erich Fromm

HABILIDAD DEL FAMILIAR EN EL CUIDADO AL ADULTO
MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ASOCIACIÓN
ADULTO MAYOR “DIVINA PASTORA”, FILA ALTA - JAÉN

CONTENIDO

Ítem	Página
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	xi
LISTA DE ABREVIACIONES.....	xii
PREFACIO.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Antecedentes de la investigación.....	7
1.2. Bases Teóricas.....	15
1.2.1. Cuidado.....	15
1.2.2. Familiar Cuidador.....	18
1.2.3. Habilidad de cuidado del familiar cuidador.....	22
1.2.3.1. Conocimiento.....	23
1.2.3.2. Valor.....	24
1.2.3.3. Paciencia.....	24
1.2.4. Adulto mayor.....	25
1.2.5. Hipertensión arterial.....	25
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
2.1. Hipótesis.....	31
2.2. Objetivos de la investigación.....	31
2.2.1. Objetivo General.....	31
2.2.2. Objetivos Específicos.....	31

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	32
3.1. Contexto del Estudio.....	33
3.2. Metodología Específica	33
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	38
4.1. Caracterización a los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial	39
4.2. Componentes de la habilidad de cuidado: Conocimiento, valor y paciencia	53
4.3. Habilidad de cuidado del familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial.....	67
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	71
5.1. Conclusiones.....	72
5.2. Recomendaciones.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS	

LISTA DE ILUSTRACIONES

TABLAS	Páginas
1. Características demográficas del familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial	39
2. Características del familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial.....	43
3. Características del cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial	46
4. Características de soporte social – familiar y personal del cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial	48
5. Habilidad de cuidado según el nivel de conocimiento, valor y paciencia del familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial.....	67

GRÁFICOS

1. Ítems del componente conocimiento de los familiares en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial.....	53
2. Ítems del componente valor de los familiares en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial.....	58
3. Ítems del componente paciencia de los familiares en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial.....	63

LISTA DE ABREVIACIONES

ATDOM: Atención domiciliaria.

CAI: Siglas en inglés que significan “Inventario de habilidades de cuidado”.

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.

EPG: Escuela de Post Grado.

ESSALUD: Establecimiento de la Seguridad Social de Salud.

PADOMI: Programa de atención domiciliaria.

UNC – SJ: Universidad Nacional de Cajamarca – Sede Jaén.

RESUMEN

1 **E**l presente estudio titulado: HABILIDAD DEL FAMILIAR EN EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ASOCIACIÓN “DIVINA PASTORA”, FILA ALTA – JAÉN, tiene como objetivo analizar la habilidad de cuidado, de los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial. Estudio de tipo descriptivo, de diseño transversal. Se aplicó los instrumentos Cuestionario para caracterizar cuidadores y el Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI), propuesto por Ngozi Nkongho, para obtener información sobre el nivel de habilidad de cuidado en 31 familiares cuidadores. Para el análisis se utilizó medidas estadísticas descriptivas, en base a análisis de indicadores, frecuencias y porcentajes. Los resultados permiten concluir que el conocimiento, el valor y la paciencia son habilidades de cuidado significativas en los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial y señalan de manera general que la habilidad de cuidado es de nivel medio en un 51,6%, por lo que es necesario fortalecer a un nivel óptimo la habilidad de cuidar, mediante la importante participación de enfermería en el cuidado familiar al adulto mayor hipertenso de la Asociación “Divina Pastora” Fila Alta-Jaén.

Palabras Claves: Habilidad de Cuidado, Familiar Cuidador, Adulto Mayor Hipertenso.

ABSTRACT

The present study entitled: FAMILY'S ABILITY TO CARE FOR OLDER WITH BLOOD HYPERTENSION. ASSOCIATION "DIVINA PASTORA", FILA ALTA - JAEN, has as objective to analyze the ability of care, of the family caregivers of older adults with high blood pressure. Descriptive study of cross-sectional study design. The instrument was administered questionnaire to characterize caregivers and the instrument Inventory caring abilities, proposed by Ngozi Nkongho, for information on the skill level of care, to 31 family caregivers. For the analysis used measures descriptive statistics, based on analysis of indicators of frequencies and percentages. The results allow the conclusion that the knowledge, courage and patience are significant care skills in family caregivers of older adults, indicate in a general way that the skill of care is medium level in 51,6% therefore, it is necessary strengthen to an optimal level is ability to care, through the important participation of nursing in the family care to the elderly hypertensive older adult Association "Divina Pastora" Fila Alta - Jaen.

Key Words: The Ability To Care, Family Caregiver, Elderly Hypertensive.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad.¹ Como consecuencia de los cambios socioeconómicos, demográficos acaecidos en los últimos decenios, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad que conducen a un envejecimiento general de la población en el mundo.² Uno de cada diez habitantes del planeta supera ahora los 60 años y se espera que en el año 2,050 uno de cada cinco supere esta edad.³

Por otro lado, el patrón epidemiológico actual de América Latina y demás países del mundo, presenta como primera causa de morbimortalidad, a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que prevalecen especialmente en poblaciones vulnerables⁴. Como la hipertensión arterial, enfermedad crónica, que afecta

principalmente a personas en edad avanzada, es un principal factor de riesgo cardiovascular en estos pacientes y uno de los problemas médico-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea. El control de esta enfermedad, es la manera más significativa de disminuir la morbilidad por complicaciones cardiovasculares como: cardiopatía coronaria e insuficiencia cardiaca congestiva; enfermedad cerebrovascular y renal.⁵

A nivel nacional, la enfermedad de hipertensión arterial se ha incrementado en un 5%, afectando aproximadamente un 17% de la población del Perú.⁶

Estos datos confirman que la hipertensión arterial está avanzando en forma significativa en la población adulto mayor, disminuyendo la calidad de vida y la supervivencia, siendo un reto importante para la salud pública. Esta enfermedad está orientada al cuidado en el hogar, de ahí que amerita de un cuidador familiar que tenga

tiempo disponible para el acompañamiento permanente.

La situación a nivel local no es nada diferente, toda vez que los datos estadísticos revelan que un 37% de la población con 60 a más años presenta hipertensión arterial.⁷ La mayoría de adultos mayores viven en condiciones de pobreza, abandono, inequidad y escasas oportunidades para lograr un envejecimiento saludable. Situación aún más adversa con la presencia de enfermedad crónica, como es la hipertensión arterial, que en la actualidad se ha incrementado significativamente dentro de la población adulto mayor.

En Fila Alta, los cuidadores familiares no se sienten preparados para brindar un cuidado apropiado a su familiar adulto mayor en situación de enfermedad hipertensiva, por la escasa habilidad en el cuidado, que desencadena en ellos sentimientos de impotencia ante la responsabilidad.

Las personas que tienen un familiar en situación de enfermedad crónica, asumen la responsabilidad de desempeñarse como cuidadores aun sin estar preparados para ello. Lo que ocasiona que comprometan su salud y bienestar, se generen conflictos en el ámbito familiar y amical, se limite el optimismo y el soporte social se torne deficiente a causa del cuidado. Por tanto, la enfermedad crónica no sólo afecta a quien lo padece, sino también a sus familiares cercanos.⁸

En esta situación es vital, el apoyo a los cuidadores mediante la red familiar y social. Siendo necesario para ello, identificar estrategias para el cuidado enfocado desde el tiempo que se emplea, los problemas o dificultades que se presentan, así como las habilidades de cuidado a desarrollar para continuar y /o establecer una convivencia familiar favorable.^{9, 10} Por lo tanto, es significativo que el profesional de salud brinde asesoría tanto a la familia como al paciente.

Se considera novedoso estudiar el nivel de habilidad de cuidado como aspecto que interviene en el bienestar general de aquellos que se ven involucrados en la atención de personas adultas mayores con hipertensión arterial y, como un factor protector de su calidad de vida. Por ello el cuidador familiar necesita desarrollar habilidades para brindar un cuidado apropiado.

Frente a esta situación, se decidió plantear la siguiente interrogante ¿Cuáles son las habilidades de cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial del familiar cuidador, en la Asociación Adulto mayor “Divina Pastora” Fila Alta – Jaén, ¿2011?

En la presente investigación se estableció como objetivo general analizar la habilidad de cuidado de los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial de la Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” Fila Alta – Jaén. Como objetivos específicos se planteó: a) Caracterizar a los familiares

cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial; b) Identificar el nivel de conocimiento de los familiares cuidadores, acerca del cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial; c) Identificar el nivel de valor de los cuidadores familiares, en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial; d) Identificar el nivel de paciencia que tienen los familiares cuidadores, en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial.

Esta investigación se justificó por cuanto el patrón epidemiológico que caracteriza a nuestro país presenta un incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y el gasto total por enfermedad crónica supera en exceso los presupuestos nacionales para este fin.

Sin embargo, el verdadero impacto de la cronicidad se refleja en aquellas personas que sin contar con los elementos para asumir el cuidado se ven obligadas a hacerlo. Además, la ausencia de registros

unificados y de documentos que evidencien la magnitud de la problemática del cuidado de la salud de cuidadores y pacientes, dificulta buscar soluciones con bases más reales y efectivas.

La investigación buscó respuestas en un ámbito aún no explorado de manera suficiente, constituye un llamado a reconocer las tareas de la familia frente al cuidado de la vida humana y los resultados, representan un aporte a la línea de investigación de la salud del adulto mayor.

Otro aspecto importante, es el conocimiento adquirido que permitirá potencializar las competencias del personal de enfermería en este ámbito.

El trabajo de investigación está constituido en cinco partes. La introducción, recoge el problema y los objetivos. El primer capítulo; el marco teórico que contiene los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. En el segundo capítulo; se indica la hipótesis y

los objetivos de la investigación. El tercer capítulo; el marco metodológico, describe el contexto del estudio y la metodológica específica. El cuarto capítulo; aborda los resultados y discusión. Finalmente, en el quinto capítulo; se presenta las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I

MARCO TEÓRICO

cuidado, de tratamiento paliativo y control. Además, la autora señala considerar de manera integral el cuidado de la salud de personas que viven en situación de enfermedad crónica.

En Colombia, Moreno ME, Náder A, López de MC.,¹² realizaron el estudio acerca de la Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud, señalaron que los cuidadores en su mayoría reconocen un compromiso leve de su estado de salud física y emocional. Identificaron “estresores del cuidado” generados por las condiciones de salud del paciente, la modificación del trabajo y del rol habitual y la falta de actividades recreativas. Además, mencionan que existe la necesidad de establecer programas de prevención de enfermedades dirigido a los cuidadores, el cuál debería iniciarse simultáneamente con la rehabilitación o tratamiento del paciente, para evitar

1. Antecedentes de la investigación

Sánchez B.,¹¹ en la investigación sobre el Cuidado de la salud de personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América latina, concluye que la enfermedad crónica hace referencia a un trastorno orgánico y funcional que modifica el estilo de vida, es permanente, multicausal y requiere largos periodos de

sentimientos de sobrecarga y alteración de la salud que pueda sobrevenir más adelante.

En el estudio descriptivo de corte transversal sobre Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica, realizado por Sánchez B.,¹³ en Bogotá, Colombia, determinó que se debe comprender la habilidad de cuidador(a) como una forma de vivir y no como una tarea colateral que altera la vida y la destruye. Lo considera como una manera diferente de vivir, modificando las funciones a las que el cuidador está acostumbrado, tomando decisiones, asumiendo responsabilidades, realizando tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada. Además, establece que la habilidad del cuidador es definitiva para el sentimiento de bienestar de la persona cuidada y de sí mismo.

Barrera L, Pinto N, Sánchez B.,⁸ en el trabajo de investigación sobre Evaluación

de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos, en Colombia, utilizaron un abordaje cuantitativo, de tipo cuasiexperimental, con grupos de estudio y control además de medición de la habilidad de cuidado antes y después de la intervención, concluyen que un programa dirigido a fortalecer la habilidad de cuidado en los familiares cuidadores de personas con enfermedad crónica, genera un avance significativo y más efectivo que las intervenciones tradicionales para el desarrollo de habilidades de cuidado.

En Colombia, Pinto N.,¹⁰ estudió acerca del Cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica, concluye que la vida de los cuidadores cambia y es necesario hacer reorientaciones que permitan al cuidador llevar una vida que le garantice ser y hacer lo que le gusta y cuanto quiere ser. Manifiesta que es fundamental involucrar a la familia en el proceso de cuidado al paciente, en el aprendizaje en relación con la cronicidad,

con la utilización de redes de apoyo, espacios de comunicación y diálogo.

Venegas B.,¹⁴ investigó la Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada; en el programa de discapacidad del municipio de Chía, Colombia, realizó la investigación con un abordaje de tipo cuantitativo y de diseño descriptivo correlacional, concluye que el nivel óptimo de conocimiento, valor y paciencia presente en el cuidador familiar de una persona en situación crónica discapacitante, contribuye al crecimiento y valoración de la persona cuidada. Determina que el cuidador familiar requiere de mayor apoyo en la tarea de cuidado de su familiar, en la mejora de su condición de salud y en el estímulo a proveerse autocuidado. Además, señala la necesidad de crear espacios que favorezcan la salud tanto física como mental del cuidador familiar e indica que la presencia de redes de apoyo ayuda significativamente en las tareas del cuidador principal de personas con situación de enfermedad crónica.

En la investigación Espiritualidad y cuidado, realizada por Antolinez B.,¹⁵ en Colombia, establece que el ser humano, es un ser integral con sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual en un contexto cultural y con actitud humana, finiquita que el bienestar espiritual, es mantener la coherencia entre el pensar, el sentir, el hablar y el actuar diario e implica encontrarle sentido al cuidado, sustentado en el amor del quehacer cotidiano, puesto en la presencia de Dios, pidiéndole que nos apoye a reconocernos como seres en proceso de crecimiento y cambio permanente, con capacidad de cuidar con amor, educar con amor, prevenir con amor, perfectibles no perfectos para ver al otro también en ese proceso. Con necesidad de ser comprendidos y por ende con capacidad de comprender.

En el estudio realizado por Díaz J.,¹⁶ sobre Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados

al Hospital “San Rafael de Girardot”, en Colombia, de tipo descriptivo transversal con abordaje cuantitativo, concluye que la enfermedad crónica genera cambios en la dinámica familiar e impacta a cada uno de sus miembros en forma diferente. Las mujeres de edad intermedia (36 a 59 años), son las que cumplen en su mayoría la función de cuidadoras exclusivas y que la habilidad de cuidado por parte del cuidador principal no cuenta con nivel óptimo. Considera como condiciones para cuidar, el saber ejercer cuidado instrumental, manejar la enfermedad y su tratamiento, enfrentando con paciencia y valor la situación de la persona enferma que se encuentra bajo su cuidado.

Rojas MV.,¹⁷ investigó sobre la Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive en situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot, en Colombia, investigación realizada con un abordaje descriptivo de tipo cuantitativo, establece

que cuidar a una persona que vive en situación de enfermedad crónica requiere del desarrollo de habilidades para el cuidado, a través del fortalecimiento de los componentes conocimiento, valor y paciencia. Señala que la red de apoyo familiar debe ser trabajada y ser consciente de la ayuda que el cuidador necesita para lograr un verdadero esparcimiento, poseer espacios de reflexión y asumir su propio autocuidado y que es necesario el desarrollo de estrategias que ayuden al manejo de situaciones estresantes tanto a nivel individual como familiar.

En la ciudad de Cartagena Colombia, Montalvo AA.,¹⁸ investigó a los Cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, concluye en la necesidad de fortalecer en los cuidadores familiares la habilidad de cuidado, en sus tres dimensiones (conocimiento, valor y paciencia), mediante la organización de grupos. Además, señala que en la mayoría de familias la mujer entre 36 a 59 años, es la que asume principalmente la

responsabilidad del cuidado, aún sin contar con la formación necesaria para desempeñarse como cuidadora, lo que le genera sentimientos de angustia y ansiedad.

En el estudio realizado por Rodríguez Y, Oliva J, Gil A, et al.,⁵ acerca de La intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos, en Cuba, concluyen que los diagnósticos más comunes en pacientes geriátricos son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, osteoartritis y diabetes mellitus. Además, que las intervenciones educativas incrementan los conocimientos en los adultos mayores y sus familiares en relación al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.

Espín AM.,¹⁹ en la investigación de tipo descriptivo, transversal, titulada Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia, en la Habana, Cuba, establece que en el perfil del cuidador familiar, predomina el sexo femenino, ser hija del

enfermo, de estado civil casada, sin vínculo laboral y que son razones afectivas las que impulsan a ofrecer los cuidados a pesar de no contar con una preparación previa en este rol y de presentar afectaciones múltiples relacionadas con la salud física y mental, así como en el orden social y económico, haciéndose inminente la búsqueda de alternativas de apoyo a estos cuidadores que no cuentan con un mínimo nivel de información acerca de la demencia y de los problemas que presenta el adulto mayor al que ofrecen sus cuidados, a pesar de tener un nivel de instrucción superior en la mayoría de los casos.

En España, Delicado MV, García M, López B.,²⁰ en la investigación titulada Cuidados del cuidador, indica que la tarea del cuidado de un familiar no tiene por qué ser responsabilidad de una sola persona y pedir ayuda no es un signo de debilidad. Manifiestan que es importante pensar en estar bien para brindar una atención eficiente a la persona que tenemos a nuestro cargo. La ayuda no es sólo un apoyo en lo

referente al trabajo físico, sino una vía de escape de tensiones además compartir la responsabilidad brinda la posibilidad de compartir miedos y soluciones.

Pérez A.,²¹ investigó sobre el Cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental, atendidos por el programa Atención Domiciliaria (ATDOM), del Centro de Salud de Alamedilla – Salamanca, España, concluye que la calidad de vida global es percibida como positiva por la mayoría de los cuidadores, siendo el apoyo social y la satisfacción general los dominios de mayor fortaleza. Los de sobrecarga y ausencia de tiempo libre los de mayor deterioro, que ocasionan desgaste emocional, perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito familiar y personal de la vida de los cuidadores.

En el trabajo de análisis y propuestas de intervención psicosocial acerca de La sobrecarga de las cuidadoras de las personas dependientes, realizado por

Carretero S, Garcés J, Ródenas F, et al.,²² en la comunidad Valenciana, en España, concluyen que el cuidador cumple un rol importante en la vida del familiar con dependencia física, ya que asume la responsabilidad de asistir a su familiar en las actividades básicas cotidianas, por lo cual se ve afectado diferentes aspectos de su vida, como son la parte social, familiar, personal y en la mayoría de los casos económica y laboral. El grado de dependencia del paciente determina la atención que requiere y por ello el tiempo de cuidado.

Puig M.,²³ investigó sobre Cuidados y calidad de vida en Villafranca del Penedés – Barcelona, a los mayores de 75 y más años, atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares, en el año 2009. Realizó estudio de casos. Concluye que percibir un buen estado de salud, tener tiempo libre y buenas relaciones familiares, son factores relacionados con la percepción de una buena calidad de vida en los cuidadores

familiares. Identifica a la angustia y depresión como principales problemas psicológicos que padecen los cuidadores familiares. También establece que informar mejor a los cuidadores acerca del cuidado que van a brindar ayuda a disminuir la angustia y contar con recursos para el cuidado favorece la adecuada dinámica familiar.

En el estudio sobre La situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención del Callao-Perú, realizado por Ruiz L, Campos M, Peña N.,²⁴ establecen que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo sociofamiliar, siendo necesario establecer estrategias de intervención, como programas de seguridad social, que contribuya al mejoramiento de la atención integral de salud del adulto mayor y al predominio de la independencia funcional para la realización de actividades básicas. Indican que las enfermedades prevalentes

en el adulto mayor, son las enfermedades crónicas, con mayor presencia reportaron a la hipertensión arterial, la artrosis, diabetes y enfermedad cardiovascular.

Rosas I, Serrano L, Falla L, et al.,²⁵ en el trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo de corte transversal, titulado "Nivel de habilidad de cuidado del cuidador familiar, en usuarios del programa de atención domiciliaria del Hospital II Chocope – Establecimiento del Seguro Social de Salud (ESSALUD)" – Perú, concluyen que la habilidad del cuidador familiar, en forma general, en usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) es de nivel medio. Exponen que nivel de habilidad de cuidado en el elemento conocimiento se ubica en un nivel de medio a bajo, el elemento valor y paciencia en un nivel medio. Asumen que se debe reforzar la habilidad de cuidado de estos cuidadores a través de un mayor acompañamiento profesional e información oportuna que involucre a toda la familia.

En los estudios citados sobre cuidadores familiares y su habilidad en el cuidado, la mayoría de los autores coinciden en señalar que, en las familias, la mujer es la que desempeña el rol de cuidadora principal del familiar adulto mayor en situación de enfermedad crónica, pero cuenta con bajo nivel de habilidad de cuidado, por no poseer la preparación y orientación adecuada. Señalan además a la falta de tiempo como el fundamental motivo del déficit de autocuidado en los cuidadores familiares.

2. Bases Teóricas

2.1. Cuidado

El cuidado se conceptualiza, como afecto, como interacción personal e intervención terapéutica y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados

se pueden resumir en: Crecimiento del sujeto del cuidado, del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado.²⁶

El cuidado es ayudar a alguien a alcanzar el crecimiento personal.²⁷ ayuda al otro al quehacer, a realizarse, a afrontar dificultades y crisis propias de la vida.²⁶ Se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona. Promueve la autorrealización del que da el cuidado, en lo llamado “certidumbre o convicción básica”. El que brinda el cuidado determina la dirección del crecimiento de quien es cuidado, porque para cuidar se deben conocer los poderes y limitaciones, las necesidades y lo conducente al crecimiento del otro.²⁷

El cuidado es una forma de interrelación o conexión, de manera que alguien se interesa por alguien. El cuidado ofrecido es la expresión de nuestra humanidad, de nuestros valores, principios profesionales y personales.²⁸ Es la forma humana de ser, que consiste en atributos como: compasión, competencias, confianza, conciencia y compromiso. Es

una virtud, una actitud, una conducta, una destreza y un proceso.²⁶

El brindar cuidado según Mayeroff, representa animarlos y asistirlos para que puedan ser cuidados por otra persona aparte de nosotros mismos. Es importante considerar el principio de autonomía y los valores e ideales fundamentados en la experiencia del cuidado. Propone que el cuidar podría ayudarnos a comprender mejor e integrar más efectivamente nuestras vidas.²⁷

El cuidado puede tener la connotación de fin o de medio, como fin, denota adaptación del individuo y/o grupos hacia el medio social al que pertenecen, para seguir respondiendo a las múltiples exigencias de su entorno. Como medio, se constituye en un proceso dinámico en el que interactúan diversos elementos para mantenerse en estabilidad dentro del continua vida – muerte. Cuidar es una forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer.²⁶

El cuidado es considerado “como una actividad principalmente femenina”, generalmente no remunerada, sin reconocimiento, ni valoración social. Comprende tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial, que implica un vínculo afectivo, emotivo y sentimental. Supone un vínculo entre el que brinda el cuidado y el que lo recibe. Está basado en lo relacional y no es solamente una obligación jurídica establecida por la ley. Involucra emociones que se expresan en las relaciones familiares, al mismo tiempo, que contribuye a construir las y mantenerlas.¹⁰

Incluye la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, facilita la expresión de sentimientos, muestra la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia, especialmente, ante la nueva experiencia que deben afrontar. Exige conocimientos y actitudes especiales, cuyo fin es la protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana.²⁸

Watson MJ.,²⁹ en su teoría del cuidado humanizado, sostiene que el cuidado humano involucra valores, voluntad, un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Además, señala que el cuidado se debe producir como relación terapéutica básica entre los seres humanos.

Explica que el cuidado es transpersonal, es decir; una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

El cuidado es intersubjetivo, porque responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.

En principio el cuidador debe amar y cuidar sus propios comportamientos y debe tratarse a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros actuando con la misma delicadeza y dignidad. El dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia en el momento de cuidado. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.

También, considera que en el cuidado se establece una relación de confianza, se promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y

comunicación eficaz. La coherencia conlleva a ser real, honesto, genuino y auténtico, además de la promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.²⁹

2.2. Familiar cuidador

Se denomina familiar cuidador, a la persona adulta que posee un vínculo de parentesco familiar o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado del ser querido, que vive en situación de enfermedad crónica. Participa en la toma de decisiones, supervisa y colabora en la realización de las actividades de la vida diaria, para compensar la disfunción existente o apoyar a la persona con enfermedad crónica.¹⁶

Ser familiar cuidador significa estar disponible para los momentos de verdad en su labor, es saber escuchar y tener el valor, el conocimiento y la paciencia para cuidar. Para ello, requiere de una capacitación

mínima, debe ser capaz de reconocer al ser cuidado en todos los aspectos de la vida y aceptar ser cuidador.²⁸

El cuidado que brinda el familiar cuidador, puede ser visto de cinco formas diferentes: como característica humana, es decir, algo que simplemente se presenta por virtud de la propia naturaleza; como una obligación o mandato moral, que generalmente recae en las mujeres de la familia; como una interacción afectiva, es decir, un crecimiento que surge como una expresión de cariño, apego, simpatía, ternura o devoción entre las personas; como una intervención interpersonal, que privilegia lo propio, lo íntimo y subjetivo de cada participante en la relación; y como un proceso terapéutico, o sea de naturaleza curativa, beneficiosa para la persona que es cuidada.¹³

La experiencia de cuidado varía con el género; la mujer, por su naturaleza, comprende y entiende el cuidado como una situación del diario vivir. Ella cuida de sus hijos, de sus padres y de quienes la rodean.

Tiende a ser detallista y observadora y de manera casi instintiva busca en la mayor parte de los casos, preservar la vida. La mujer entiende con familiaridad, aspectos de las situaciones de enfermedad, de los problemas diarios y de la conservación del entorno.³⁰

El varón, por el contrario, busca ser planificador, organizado y responsable, es más práctico y en ese sentido, participa y colabora en el cuidado. Las mujeres, en la mayoría de las familias, son cuidadoras principales y conforman la parte más importante de las redes de apoyo y soporte social de quienes están enfermos o incapacitados, desarrollando su potencial de cuidado de múltiples formas.³⁰

Por otro lado, la calidad de vida de todos los cuidadores se ve comprometida. El cuidador es sometido a dejar su trabajo porque el cuidado de su ser querido se lo exige. Al parecer son las mujeres más que los varones, las más propensas a sufrir esta situación. Afrontan inmensas dificultades

de soledad, incertidumbre y temor, por tener que tomar decisiones sin comprender las implicaciones de éstas y por no percibir el apoyo suficiente por parte de las instituciones o profesionales de salud.¹⁰

En la experiencia positiva del cuidador es fundamental, el reconocimiento de cambios en el estatus de salud y en el comportamiento del receptor de cuidado, la habilidad para anticiparse a las necesidades de dicho receptor, el reconocimiento de las necesidades de cuidado de la persona con enfermedad, la capacidad de obtener y supervisar los servicios necesarios para éste, la habilidad para solucionar problemas de cuidado y la confianza en la realización de las tareas necesarias.¹⁰

En la relación del cuidado al paciente que vive una enfermedad crónica suelen surgir un gran número de situaciones difíciles con su cuidador y la familia. A continuación, se mencionan las más frecuentes:

La familia ha de asumir el trabajo y función que hasta ahora desempeñaba el enfermo en la familia. Generalmente las funciones que más se suelen sustituir son las de productividad o las del hogar.

Aislamiento Social: Las familias que tienen un familiar en situación de enfermedad crónica cuenta con menos tiempo para las relaciones sociales, igualmente los amigos no saben con exactitud cómo actuar, ya que las relaciones pueden resultar incómodas, por lo que disminuyen los contactos precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional.¹⁰

Desatención a las propias necesidades por parte del cuidador, aumenta el cansancio y convierte la situación en más difícil y estresante. Cuando más recuerde el cuidador sus propias necesidades de descanso, alimentación, recreación, relajación, más capacidad tendrá para ayudar al paciente. Utilizar horas de descanso, pedir ayuda o colaboración a otros miembros de la familia suele resultar

muy beneficioso para el desempeño del cuidador.

La relación que se establece entre el cuidador principal y el paciente suele ser de dependencia y en algunos casos se suele excluir a los demás miembros de la familia. En el desempeño del rol del familiar cuidador, es importante el compromiso de otros miembros de la familia, así como de los profesionales de salud involucrados, para orientar el cuidado, facilitar la comodidad, promover el espacio para cuidar, para la recreación y el autocuidado.¹⁰

En esta experiencia, es preciso anotar que ser cuidador permite crecer en el campo espiritual y emocional, permite entender muchos aspectos de la vida con mayor facilidad, comprender el valor de la familia, de la solidaridad, como la más fuerte de todas las virtudes para el cuidado. La comunicación es fundamental; escuchar y ponerse en el lugar del otro permite comprender y aceptar.¹⁵

Es esencial dar al cuidador las herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento, de manera tal, que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador - persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales e informales, manejando sentimientos de inadecuación o culpa, planeando su propio futuro y el de su grupo familiar.²⁸

2.3. Habilidad de cuidado del familiar cuidador

La habilidad de cuidado del familiar cuidador, es el potencial de cuidado o conjunto de destrezas, capacidades de las que dispone una persona adulta que asume el rol de cuidador principal de su familiar que padece enfermedad crónica, brinda apoyo tanto físico como emocional, de manera permanente y comprometida. Una

persona con habilidad de cuidadora experimenta una sensación de pertenencia, de vínculo, es estable y resistente al estrés.^{14,16}

El cuidador hábil, tiene la posibilidad de mantener un vínculo significativo, de hacer actividades de una forma estética o armónica, de tomar decisiones pertinentes para determinar el curso de la acción que debe realizar y poder conducir de manera honrosa su actividad. Es capaz de comprender que él y la persona a su cargo, son en todo momento seres humanos activos, trascendentes y totales, que pertenecen a un contexto con el cual interactúan, que tienen una historia individual, una historia compartida y que tienen capacidad de desarrollarse en la habilidad de cuidar.^{13, 28}

La habilidad de cuidar se refleja mediante una actitud de compromiso, presencia auténtica, asumiendo la responsabilidad, creciendo mutuamente y viviendo una motivación hacia el cuidado.^{13, 28}

Parte de cuatro supuestos que fundamentan el inventario de habilidad de cuidado (CAI):

1. El cuidado es multidimensional con componentes cognitivos y actitudinales.
2. Todos los individuos tienen el potencial de ser cuidadores.
3. El cuidado se puede aprender.
4. El cuidado es cuantificable.¹⁴

Ngozi Nkongho establece que la habilidad de cuidado comprende la dimensión cognoscitiva y actitudinal, que son identificadas y medidas según los componentes de conocimiento, valor y paciencia, considerándolos prioritarios.¹⁴

2.3.1. Conocimiento

El conocimiento es conocer, entender o comprender a la persona que se cuida, en sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar, e incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones. Comprender, es tener la capacidad para identificar, interpretar, asimilar y sobrellevar de forma coherente desde la

situación por la que atraviesan la persona receptora de cuidados y el cuidador hasta los comportamientos, pensamientos y sentimientos que surgen en el proceso del cuidado. Con la comprensión se llega a la tolerancia o paciencia frente a una determinada situación.¹⁷

Además, el conocimiento implica conocer nuestras creencias y valores, porque estas apoyarán las determinaciones que tomemos durante el proceso de cuidado para lograr un verdadero cuidado recíproco y trascendental, cuyo resultado final será el crecimiento mutuo.¹⁷

Valor

El valor (Coraje, valentía), es la capacidad para asumir un reto ante lo desconocido, ante una situación de posible larga duración, con incertidumbre en el proceso y en los resultados. Por lo que se considera una cualidad positiva de la persona. Está presente en el cuidado cuando la dirección del crecimiento y su resultado se desconocen. El valor para cuidar se

obtiene de experiencias del pasado, es la sensibilidad para estar abierto a las necesidades del presente. Se contempla en cada una de las experiencias vividas con el cuidador, en el simple hecho de tomar la determinación de cuidar o de asumir esta obligación.¹⁷

2.3.3. Paciencia

Paciencia, se contempla como tolerancia, consentimiento, capacidad para soportar algo sin alterarse. Es decir, mantener la calma ante la adversidad y los momentos de necesidad, es sobrellevar dificultades y realizar cosas con minuciosidad y tranquilidad.³⁰

La paciencia es dar tiempo y espacio, para la autoexpresión y exploración de sentimientos y pensamientos. Incluye el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de otros. Involucra una directa relación con el otro, respetarlo como ser único, con sus propias actuaciones,

pensamientos y sentimientos, siempre con tolerancia y espera en el tiempo.^{17, 30}

2.4. Adulto Mayor

Según el criterio convencional y epidemiológico, se considera adulto mayor a la persona de 65 años a más.³¹ Desde el punto de vista funcional se clasifica a las personas adultas mayores en los siguientes grupos:

Adulto Mayor Autovalente: Aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es decir, aquellas actividades esenciales para el autocuidado, como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse y controlar esfínteres y así mismo realizar actividades instrumentales de la vida diaria como cocinar, limpiar, comprar, usar el teléfono, planchar, manejar la medicación, el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad.

Adulto Mayor frágil: Persona adulto mayor con disminución del estado de reserva fisiológica y aumento de la susceptibilidad a la discapacidad.

Adulto Mayor dependiente o postrado: Es la persona adulto mayor que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física – funcional, que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.^{1, 31, 32}

2.5. Hipertensión Arterial

Enfermedad crónica de curso insidioso y silente, que se manifiesta sintomáticamente en forma tardía por lo que se denomina “asesino silencioso”, al no causar síntomas hasta que lesiona algún órgano vital. Es causa importante de complicaciones clínicas severas, que afecta las esferas psíquica, física, social y económica de quien la padece.

Hipertensión arterial, designa a toda cifra que sea igual, o supere los valores

tensionales de 140/90 mmHg para valor sistodiastólico respectivamente. La presión arterial por encima de lo normal, aumenta el riesgo de trastornos como ictus, insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, lesiones del riñón, entre otros.^{5, 33}

Presenta diversas causas y se debe a varios mecanismos, dentro de los cuales se menciona a las grandes arterias que pueden perder su flexibilidad normal y se vuelven rígidas, de modo que no pueden expandirse cuándo el corazón bombea sangre a través de ellas, forzando a la sangre proveniente de cada latido a pasar por un espacio menor al normal, ocasionando el aumento de la presión. Es lo que sucede en el adulto mayor, cuyas paredes arteriales se han vuelto gruesas y rígidas debido a la arteriosclerosis.³³

También aumenta la presión arterial de forma similar, en la vasoconstricción y en el incremento de aporte de líquidos al sistema circulatorio. Situación que se produce cuándo los riñones funcionan mal

y no son capaces de eliminar suficiente sal y agua. El resultado es el aumento del volumen de sangre y por consiguiente la elevación de la presión arterial.

La reacción frente a una amenaza provoca en el organismo incremento temporal de la presión arterial, dada por la acción del sistema nervioso simpático, que aumenta la frecuencia y fuerza de los latidos cardiacos, produce contracción de la mayoría de las arteriolas, disminuye la eliminación de sal y agua por el riñón. En consecuencia, aumenta el volumen de sangre y así la presión arterial. Igualmente, la liberación de las hormonas: adrenalina (epinefrina) y noradrenalina (norepinefrina) incrementan la presión arterial. La primera aumenta la fuerza de contracción cardiaca y produce estrechamiento de los vasos sanguíneos y la segunda, estimula el corazón y los vasos sanguíneos.

Por otro lado, los riñones controlan la presión arterial de varios modos. Si se eleva, aumenta la eliminación de sal y agua,

lo que hace descender el volumen de sangre y normaliza la presión arterial. A la inversa, si disminuye, los riñones reducen la eliminación de sal y agua; ocasionando que el volumen sanguíneo aumente y la presión arterial retorne a sus valores normales.³²

Sin embargo, los riñones también pueden incrementar la presión arterial secretando la enzima renina, que estimula la secreción de la hormona angiotensina, vasoconstrictor, que retiene sal y agua, aumenta el volumen vascular, provocando aumento de la presión arterial. También muchas otras anomalías renales provocan hipertensión arterial. Por ejemplo, el estrechamiento de la arteria que alimenta a uno de los riñones (estenosis de la arteria renal), así mismo, inflamaciones renales de varios tipos y la lesión de uno o ambos riñones causan efectos similares.³³

Los factores de riesgo para hipertensión arterial, son principalmente: la obesidad o sobrepeso, hábito de vida sedentario (físicamente inactivo), estrés que

tiende a provocar el incremento temporal de la presión arterial, el consumo excesivo de alcohol o sal, antecedentes familiares de hipertensión arterial, edad avanzada (adulto mayor, por debilidad y pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos), consumo de tabaco, alimentación con elevada cantidad en grasas saturadas, padecimiento de enfermedades como diabetes.^{32, 33}

El origen de la elevación de la presión arterial más de lo normal, en la gran mayoría de casos es desconocido, por lo que se denomina hipertensión esencial o primaria y puede presentar más de una causa. Cuando la causa es conocida, la afección se denomina hipertensión secundaria, siendo originada principalmente por enfermedades renales, trastornos hormonales, el uso de ciertos fármacos como anticonceptivos, tumoración de las glándulas suprarrenales (feocromocitoma), entre otros.³²

El diagnóstico de presión alta, se realiza por repetidas mediciones de la presión arterial en un individuo en reposo. Es una enfermedad que no tiene cura definitiva, sin embargo, con tratamiento adecuado es posible controlarla, manteniendo su valor lo más cercano posible al rango de normalidad. El tratamiento de la hipertensión arterial tiene como objetivo evitar el daño de los llamados “órgano blanco” (corazón, riñones, cerebro, ojos) y consta de dos pilares fundamentales:

- Tratamiento no farmacológico: Consiste en la modificación del estilo de vida, cumpliendo lo siguiente: Limitar la ingesta de alcohol; disminución de peso, en caso de sobrepeso u obesidad; realizar actividad física (30 a 45’/ día); reducir al máximo la ingesta de sodio; mantener ingesta adecuada de potasio; mantener ingesta adecuada o equilibrada de calcio y magnesio diariamente; dejar de fumar o limitar el consumo de tabaco; reducir la ingesta de grasas saturadas y

colesterol en la dieta, necesario para la mantener la salud cardiovascular.

- Tratamiento farmacológico: La decisión de iniciar el tratamiento farmacológico requiere de la consideración de varios factores, como: el nivel de elevación de la presión arterial, presencia de daño en órgano blanco, presencia de enfermedad cardiovascular, presencia de factores de riesgo como tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus e historia familiar de enfermedad cardiovascular.

Las principales clases de drogas usadas, son: los diuréticos, betabloqueadores, calcioantagonistas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II, entre otros.³³

Capítulo II

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La Hipótesis planteada responde al problema que originó la presente investigación.

HIPÓTESIS

El conocimiento, el valor y la paciencia son habilidades de cuidado significativas, en los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial, de la Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora”, Fila Alta – Jaén.

Los objetivos de la investigación:

OBJETIVO GENERAL

Analizar la habilidad de cuidado de los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial, de la Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora”, Fila Alta – Jaén.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial, de la Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora”, Fila Alta – Jaén.

2. Identificar el nivel de conocimiento de los familiares cuidadores, acerca del cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial.

3. Identificar el nivel de valor de los familiares cuidadores, en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial.

4. Identificar el nivel de paciencia que tienen los familiares cuidadores, en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial.

Capítulo III

MARCO METODOLÓGICO

autoridades a las personas adultas mayores de este sector de Jaén. Actualmente está conformada por 150 adultos mayores inscritos, de los cuales asisten en forma permanente un aproximado de 80. Lo dirige el grupo de religiosas que pertenecen a la congregación “Divina Pastora”; quienes se encargan de reunir, visitar, orientar y atender a los adultos mayores que asisten a la asociación.

Esta Asociación promueve acciones de salud mediante sesiones educativas, campañas de salud gratuitas con la colaboración de profesionales de la salud. No cuenta con presupuesto fijo, pero obtienen fondos económicos del aporte de empresarios, autoridades locales y de las actividades que realizan.

3.1. Contexto del estudio

La Asociación “Divina Pastora” ubicado en el distrito de Jaén, sector Fila Alta, en la III etapa, inicia su funcionamiento desde el año 2007, con un aproximado de 120 adultos mayores. Esta asociación se crea ante la precaria situación y escasa atención que brindan las

3.2. Metodología específica

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptiva, de diseño transversal, que permitió analizar la habilidad de cuidado de los familiares

cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial, en los componentes de: Conocimiento, valor y paciencia. El estudio se llevó a cabo durante los años 2010-2011.

La investigación está contenida en el paradigma positivista, dado que la objetividad está garantizada por la observación controlada que da origen a los datos, cuya formalización es a través de los instrumentos: Cuestionario para caracterizar cuidadores y el Inventario de habilidad de cuidado (CAI). La codificación numérica expresa un valor posible de ser traducido a un lenguaje lógico y organizado según las leyes del raciocinio lógico-deductivo.

La población estuvo conformada por 59 adultos mayores con hipertensión arterial inscritos en la Asociación “Divina

Pastora” del sector Fila Alta - Jaén, durante el año 2010. La muestra lo constituyeron 31 familiares cuidadores y fue determinada mediante muestreo no probabilístico, utilizando los siguientes criterios de inclusión:

- Familiar cuidador del adulto mayor inscrito en la Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora”.
- Familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial.
- Familiar cuidador con expresión elocuente.
- Familiar cuidador que voluntariamente decidió participar en la investigación.

En un primer momento, se estableció contacto con la directora de la Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” del Sector Fila Alta, con la finalidad de informar el objetivo de la investigación y solicitar el permiso pertinente. En un segundo momento, se reunió a los adultos mayores de la asociación para identificar a las personas con hipertensión arterial. En un tercer momento, se visitó a los familiares

cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial, con el propósito de explicar el motivo del presente estudio, solicitar su participación voluntaria, reiterando la confidencialidad y el anonimato para luego proceder a la aplicación de los instrumentos.

Previamente, se realizó la validez del contenido y el análisis de confiabilidad del instrumento. Para la validación de los descriptores en los instrumentos utilizados, se sometió a juicio de expertos, contando con la participación de tres profesionales de la salud (dos Licenciadas en psicología y un Licenciado en sociología) con experiencia en el tema. (Anexos C, D)

También se realizó Prueba Piloto a 15 cuidadores familiares con características similares a la muestra; lo que permitió hacer reajustes necesarios antes de la aplicación de los instrumentos.

Para la Confiabilidad del instrumento, se utilizó el coeficiente de alfa de Cronbach, resultando confiable con un valor de 0.873, aceptable para la aplicación del estudio (Anexo E).

Antes de ser aplicados los instrumentos se procedió a la firma del consentimiento informado por parte del familiar cuidador, que aceptó participar en el estudio. El tiempo promedio utilizado para la aplicación de los instrumentos fue de 30 minutos y se efectuó durante los meses de agosto - setiembre del año 2011.

La recolección de los datos se realizó en el respectivo domicilio de cada uno de los cuidadores del adulto mayor hipertenso, facilitándonos de esta manera la comunicación directa con el familiar cuidador. Se utilizó los dos instrumentos diseñados por Ngozi Nkongho, que han sido validados y adaptados en sus descriptores para una mejor comprensión:

1. El cuestionario contiene 18 preguntas para caracterizar a los familiares cuidadores.
2. El instrumento “Inventario de Habilidad de Cuidado” (CAI) que incluye 37 ítems, distribuidos en componentes: conocimiento con 14 ítems, valor 13 ítems y paciencia 10 ítems, dirigidos a obtener información sobre el nivel de habilidad de cuidado.

El análisis de la habilidad de cuidado, se realizó en los tres niveles de: conocimiento, valor y paciencia de los familiares cuidadores, basándose en el supuesto que todos los cuidadores trabajan bajo un ambiente similar (Condiciones estándar).

Posteriormente, se analizó los indicadores estadísticos. Primero se evaluó el test para determinar los puntajes en los rubros de: Conocimiento, Valor y Paciencia, realizado en base a los ítems del test. Luego según estos puntajes se

determinaron el puntaje promedio y la desviación estándar de cada rubro indicado. Se utilizó medidas estadísticas descriptivas, en base a distribución de frecuencias y propiedades de la Distribución Normal Estándar, que de acuerdo a los ítems evaluados de los componentes conocimiento, valor y paciencia, se estableció el nivel alto, medio y bajo de acuerdo al siguiente puntaje: menor a 46 corresponde a un nivel bajo, entre 46 y 56 nivel medio y mayor a 56 nivel alto. (Anexo F)

Los datos fueron procesados y analizados electrónicamente con el paquete estadístico SPSS, Versión 17. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes, luego se procedió a la elaboración de tablas y gráficos estadísticos para el análisis e interpretación de los mismos y posteriormente se elaboraron las conclusiones.

4.1. Caracterización de los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial.

Tabla 1. Características demográficas del familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” Fila Alta – Jaén, 2011.

Capítulo IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	N°	%
	31	100
Edad		
18-35	14	45,2
36-59	13	41,9
>= 60	4	12,9
Sexo		
Masculino	8	25,8
Femenino	23	74,2
Estado civil		
Soltero	7	22,6
Casado(a)	11	35,5
Conviviente	11	35,5
Viudo(a)	2	6,4
Grado de Instrucción		
Primaria incompleta	5	16,2
Primaria completa	2	6,5
Secundaria incompleta	5	16,1
Secundaria completa	9	29,0
Superior técnica	9	29,0
Superior universitario	1	3,2
Ocupación		
Agricultor	3	9,7
Ama de casa	12	38,7
Trabajo eventual	5	16,1
Pequeño comerciante	6	19,4
Empleado	5	16,1

Fuente: Cuestionario para caracterizar al familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta- Jaén, 2011

En cuanto a las características demográficas de los familiares cuidadores del adulto mayor hipertenso, en la tabla 1, se muestra que de un total de 31

participantes, aproximadamente el 87,1% pertenecen al grupo etéreo joven y adulto entre los 18 a 59 años de edad.

Por el contrario Díaz J.,¹⁶ en el estudio sobre Habilidades de cuidado de los

cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital “San Rafael de Girardot” y las autoras Barrera L, Pinto N, Sánchez B.,²⁸ que investigaron sobre Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: comparación de géneros, establecen que la edad de los cuidadores se concentra entre los 36 a 59 años, lo que se contrapone a los resultados obtenidos en el estudio, donde la mayoría de los cuidadores principales del adulto mayor hipertenso están entre los 18 a 59 años de edad, reflejando que son los familiares jóvenes y adultos los responsables del cuidado, lo cual estaría ayudando a sobrellevar las tareas en el proceso de cuidar, el rápido aprendizaje y el fortalecimiento de lazos afectivos entre los cuidadores jóvenes y el adulto mayor.

El 74,2% de las personas entrevistadas son de sexo femenino, demostrando que principalmente las mujeres asumen la responsabilidad del cuidado. Lo cual se respalda con los

diferentes estudios acerca de la habilidad de cuidado, donde se indica que en la mayoría de familias, la responsabilidad del cuidado lo asume la mujer, aún sin contar con la formación necesaria para desempeñarse como cuidadoras.^{10, 13, 16, 30}

Históricamente se puede atribuir a la forma de crianza de la mujer, a quien se le ha asignado el papel de cuidadora, alegando en ella condiciones inherentes a su naturaleza, que la “preparan” para cuidar y ser abnegada. A pesar de ello, es preciso recalcar que existe un número importante de varones inmersos en el proceso del cuidado de su familiar lo que puede ser ocasionado por la incorporación de la mujer a la vida social o a las labores fuera del hogar.^{10, 13, 16, 17, 20}

El 35,5% de los participantes en el estudio tienen estado civil casado y conviviente en porcentajes similares. Coincidiendo con los resultados de Espín A.,¹⁹ quien menciona en su investigación Caracterización psicosocial de cuidadores

informales de adultos mayores con demencia, que el estado civil casado es el preponderante, además agrega que esta condición multiplica las responsabilidades familiares y puede llevar a una mayor carga, por la diversidad de roles y responsabilidades del que cuida.

Situación no concordante con los resultados en el estudio de Montalvo AA.,¹⁸ sobre Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, quien señala que el estado civil predominante es el de soltero y que la no presencia de una pareja estable para el cuidador, puede implicar el carecimiento de una red familiar adecuada que soporte sus necesidades a la hora de requerir descanso y suplir propias necesidades físicas, sociales, psicológicas y emocionales. También, puede significar un compromiso mayor para ejercer el cuidado por la exclusividad sentimental y de relación con la persona cuidada.

El 29% de los familiares cuidadores tienen nivel educativo de secundaria

completa y superior técnico en porcentaje similar, permitiendo un mayor aprendizaje del cuidado que requiere el familiar adulto mayor. Situación que se contrapone a los resultados en el estudio de Díaz J.,¹⁶ acerca de Las habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital “San Rafael de Girardot” quien encontró un bajo nivel educativo, agregando que ello repercute en el ejercicio del cuidado especialmente en lo que respecta al desarrollo cognitivo.

Las cuidadoras participantes del estudio en un 38,7%, se desempeñan exclusivamente en labores dentro del hogar (amas de casa), situación que les facilita compartir más tiempo, establecer una relación más estrecha o afectiva con el adulto mayor. Hecho que encuentra correspondencia con los datos encontrados en los diferentes estudios donde se indica que una gran mayoría de cuidadores asisten a sus familiares en el hogar, por su

condición de desempeño de peñars e como amas de casa. ¹⁰		Parentesco del familiar cuidador		hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” Fila Alta – Jaén, 2011.
	Esposo (a)	2	6,5	
	Hija (o)	20	64,5	
	Nieta (o)	4	12,9	
	Otros	5	16,1	
		Experiencia del cuidador		
	7 – 18 meses	3	9,7	
	19 – 36 meses	4	12,9	
	> 36 meses	24	77,4	
		Horas al día dedicadas al cuidado		
	1 - 2 horas	4	12,9	
	3 a 4 horas	9	29,0	
	5 a 6 horas	5	16,1	
	Más de 6 horas	13	41,9	

,13,16,19

Pastora” Fila Alta – Jaén, 2011.

Además Montalvo AA.,¹⁸ señala en su investigación sobre Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado que la situación de no tener trabajo remunerado fuera del hogar, los hace responsables directos de brindar apoyo físico y emocional, aún a costa de su propio desarrollo como persona, estableciendo que la condición de “cuidador familiar”, es un tipo de “estatus social”, con obligaciones propias, expectativas conductuales, actitudinales y recompensas anticipadas específicas.

Tabla 2. Características del familiar cuidador del adulto mayor con

Fuente: Cuestionario para caracterizar al familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión Arterial. Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” Fila Alta- Jaén, 2011

En la tabla 2, los resultados indican que las hijas en un 64,5% son las que asumen la responsabilidad de participar en el cuidado al adulto mayor hipertenso. La literatura, ratifica estos resultados al señalar que es frecuente encontrar a la hija o el cónyuge como los cuidadores principales del familiar con enfermedad crónica.^{11,16,17,19}

Asimismo, Barrera L, Pinto N, Sánchez B.,^{28, 30} en su investigación titulada Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa cuidando a los cuidadores y Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: comparación de géneros; han encontrado que en la mayoría de las familias un miembro siempre asume la mayor responsabilidad del cuidado y por lo general es la esposa, hija, nuera o hermana. Lo cual también respalda los resultados obtenidos en el estudio. Por lo expuesto, se puede deducir que los familiares de vínculos directos, primordialmente las mujeres asumen la responsabilidad del cuidado.

En relación al tiempo de experiencia como cuidadores, el 77,4% tienen elevada experiencia en el cuidado de su familiar, con más de 36 meses. Los resultados son relativamente coincidentes con el estudio de Barrera L, Pinto N y Sánchez B.,²⁸ titulado Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa cuidando a los

cuidadores, quienes señalan que la mayoría de cuidadores cuentan con amplia experiencia en el cuidado (más de 37 meses), lo cual no es sorprendente por tratarse de una enfermedad crónica, que se caracteriza por ser duradera en el tiempo y tendiente a empeorar. Las autoras antes mencionadas establecen que el cuidador principal responde espontáneamente o por necesidad sin que haya llegado a un acuerdo explícito en la familia. Señalan que cuando se asume el cuidado se piensa que va a ser una situación temporal, aunque frecuentemente acaba siendo una situación que dura varios años.²⁸ Como se aprecia en el presente estudio.

El tiempo que dedican los participantes al cuidado del adulto mayor, es de 6 horas a más en un 41,9%. Los resultados concuerdan con las conclusiones de Díaz J.,¹⁶ en su estudio sobre Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital “San Rafael de Girardot”, quien ostenta que los cuidadores sienten que cuidan todo el tiempo, lo cual expresa que la demanda de cuidado en horas al día, no sólo depende

de la percepción del cuidador y de su compromiso con el cuidado, sino también del tipo de enfermedad que altera en forma importante el modo de vivir del cuidador y del receptor de cuidados según las necesidades reales del cuidado.

Además, Pinto N, Barrera L y Sánchez B.,²⁸ en su trabajo de investigación acerca de Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa Cuidando a los cuidadores, afirman que los cuidadores representan el principal sistema de apoyo en la asistencia de personas con problemas de salud. Añaden que los familiares cuidadores contemplan los procesos del cuidado doméstico con enfoque principal a la satisfacción de necesidades básicas, manejo de síntomas determinados por la alteración de la salud, que por lo general es crónica.

Tabla 3. Características del cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” Fila Alta – Jaén, 2011.

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO	N°	%
	31	100
Razón del cuidado		
Familiaridad	20	64,5
Cariño	11	35,5
Aprendizajes durante el cuidado		
Administrar medicamentos	3	9,7
Comprensión	3	9,7
Paciencia	3	9,7
Responsabilidad	4	12,9

Valorar a las personas	10
Recomendaciones para el cuidado	
Conocer la enfermedad	14
Control de la presión	9
Indicaciones médicas	8

Fuente: Cuestionario para caracterizar al familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” Fila Alta - Jaén, 2011.

El trabajo de investigación en la tabla 3 muestra los siguientes resultados, en relación a la razón del cuidado, las ganancias o aprendizajes obtenidos durante el mismo y las recomendaciones de los familiares cuidadores.

Son muchas las razones por las que se brinda cuidado a un familiar, pero en esta situación la razón es fundamentalmente por lazos de familiaridad con la persona que se cuida en un 64,5% de los casos. Lo que concuerda con la literatura,^{19, 25, 28} que sostiene que son los lazos directos de familiaridad, el principal motivador del

Resultado también respaldado por Vega O.,³⁴ quien en su estudio titulado Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos,

sostiene que la mayoría de los cuidadores tienen una relación de consanguinidad de primera línea siendo estos hijos (as) en el 64,2% de los casos. Señalando que la experiencia de cuidado varía en función del parentesco y la relación entre la persona cuidada.

En lo referente al aprendizaje en el cuidado al familiar adulto mayor hipertenso, el 35,5% de los cuidadores consideran principalmente a la paciencia. Respecto a ello Puerto N.,³⁵ investigó El cuidado de los cuidadores, menciona que ser cuidador conlleva en numerosas ocasiones a aprendizajes vitales importantes para quienes desempeñan dicho rol. Es decir, se aprende a valorar las cosas realmente importantes en la vida. Añade que el haber cuidado con anterioridad, saber por propia experiencia lo que eso significa, los hace más cercanos y tolerantes a quienes tienen que desempeñar ese papel.

El 45,2% de familiares cuidadores exhortan que se debe conocer sobre la enfermedad para brindar cuidado al adulto mayor hipertenso. Resultado que se relaciona con lo expuesto por Díaz J.,¹⁶ al encontrar en su investigación sobre Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital “San Rafael de Girardot”, que los cuidadores familiares consideran que los aprendizajes se deben orientar hacia el conocimiento de la enfermedad, para el desarrollo de actividades instrumentales como el acompañar al familiar a consulta médica y la administración de medicamentos.

Tabla 4. Características de soporte social – familiar y personal del cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” Fila Alta – Jaén, 2011.

CARACTERÍSTICAS DE SOPORTE SOCIAL – FAMILIAR Y PERSONAL	Nº	%
Relación del familiar cuidador con el adulto mayor	31	100

Conflictiva	1	3,2	Al respecto Watson MJ., ²⁹ considera que en el cuidado se establece una relación
Distante y fría	3	9,7	
Afectiva	23	74,2	
Amistosa	4	12,9	
Apoyo al cuidador			
Hermanos(as)	14	45,2	de confianza, se promueve y acepta la
Madre / padre	1	3,2	
Esposo (a)	7	22,6	expresión de sentimientos positivos y
Hija(o)	3	9,7	
Ninguna ayuda	6	19,4	negativos. Implica coherencia, empatía,
Autocuidado			
A veces ejercen el autocuidado	9	29,0	afecto no posesivo y comunicación eficaz.
Siempre ejercen el autocuidado	22	71,0	

Fuente: Cuestionario para caracterizar al familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta- Jaén, 2011

En la tabla 4, los resultados obtenidos en cuanto a las características de soporte social – familiar y autocuidado, muestran que, del total de participantes, el 74,2% de los familiares cuidadores establecen una relación afectiva con el adulto mayor. Al respecto Sánchez B.,¹³ en su estudio sobre Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica, establece que el cuidado que brinda el cuidador familiar principal, puede ser visto como una interacción afectiva, es decir, un crecimiento que surge como una expresión de cariño, apego, simpatía, ternura o devoción entre las personas.

Referente a la ayuda que reciben los cuidadores participantes del estudio el 45,2% son sus hermanos. El apoyo es importante porque condiciona el debilitar o fortalecer la habilidad de cuidado de los familiares cuidadores. Varios estudios señalan al soporte social como un aspecto relevante en el afrontamiento de ésta y otras crisis en el curso de la vida.^{13, 16, 23} Lo que se complementa con el estudio sobre Cuidado del cuidador de Delicado MV, García M, López B.,²⁰ quienes explican que la tarea del cuidado de un familiar no tiene por qué ser asumido por una sola persona y que compartir la responsabilidad otorga la posibilidad de compartir miedos, soluciones y de poder darse tiempo para uno mismo. Señalan además que la forma en que los

cuidadores afrontan las demandas de cuidado depende de lo estresante de la situación, de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidados y de la percepción de apoyo de fuentes cercanas a él.

Resultado que también respalda Vega O.,³⁴ en el trabajo de investigación sobre Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos, en el cuál concluye que el apoyo brindado para adaptarse a una enfermedad crónica puede provenir bien de un entorno natural (familiares y amigos), o bien de profesionales de la salud. Al cuidador, las personas disponibles para ayudarlo y la percepción de esa disponibilidad son fundamentales en el rol asumido.

El 71,0% de los participantes consideran que ejercen siempre el autocuidado, gracias a la red de apoyo familiar con la que cuentan. Lo que se contrapone a los resultados del estudio de Díaz J.,¹⁶ al encontrar en su estudio sobre

Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital San Rafael de Girardot, que el 72,73% de los cuidadores ejercen a veces el autocuidado, debido a que desarrollan sus actividades de cuidado sin ayuda de otro familiar. Por su parte Mayeroff M.,²⁷ señala que brindar cuidado representa animar y asistir a la persona que se cuida, para que también pueda ser cuidada por otra persona aparte de nosotros mismos. Propone que el cuidar podría ayudarnos a comprender mejor e integrar más efectivamente nuestras vidas.

Asimismo, Watson MJ.,²⁹ en su teoría del cuidado humanizado establece que en principio el cuidador debe amar y cuidar sus propios comportamientos y debe tratarse a sí mismo con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros. Añade que el cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.

Sin embargo, Pinto N., Barrera L., Sánchez B.,²⁸ en su estudio titulado Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa cuidando a los cuidadores, mencionan que en la mayoría de familias, es frecuente que un único miembro asuma la mayor responsabilidad del cuidado y por lo tanto, asume todas las implicancias que esto conlleva. Al considerar Sánchez B.,¹³ en su investigación Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica, establece que el cuidar a una persona adulto mayor implica para el cuidador, afectar su calidad de vida y es un impacto importante sobre su salud y bienestar.

Con respecto a ello, Pinto N.,^{9, 10} en la investigación sobre La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: Los cuidadores adultos y el cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica; menciona que el cuidar a otro, permite afrontar diferentes situaciones, algunas de ellas difíciles haciendo que la propia vida cambie, afectando la parte social y recreación,

según el nivel de dependencia de la persona cuidada. Añade que la desatención a las propias necesidades es frecuente por parte del cuidador, lo que aumenta el cansancio y convierte la situación en más difícil y estresante. Explica que cuanto más recuerde el cuidador sus propias necesidades de descanso, alimentación, recreación y relajación, más capacidad tendrán para ayudar al familiar en situación de enfermedad crónica.

Por su parte, Montalvo AA.,¹⁸ asume en su estudio titulado Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena, que se debe tener en cuenta las redes sociales de apoyo, porque desempeñan un papel fundamental, como amortiguador de efectos de situaciones estresantes y brindan seguridad en momentos de angustia de los cuidadores familiares. Destacando que la red de apoyo familiar e institucional es importante porque permite ayudar al cuidador a satisfacer sus necesidades de

descanso, sueño, actividades recreativas y autocuidado.

El cuidado al adulto mayor representa cada vez más una labor habitual dentro del círculo familiar, por el aumento de enfermedades crónicas que afectan con mayor frecuencia a este grupo etáreo, haciendo que precisen de cuidados dentro del hogar.

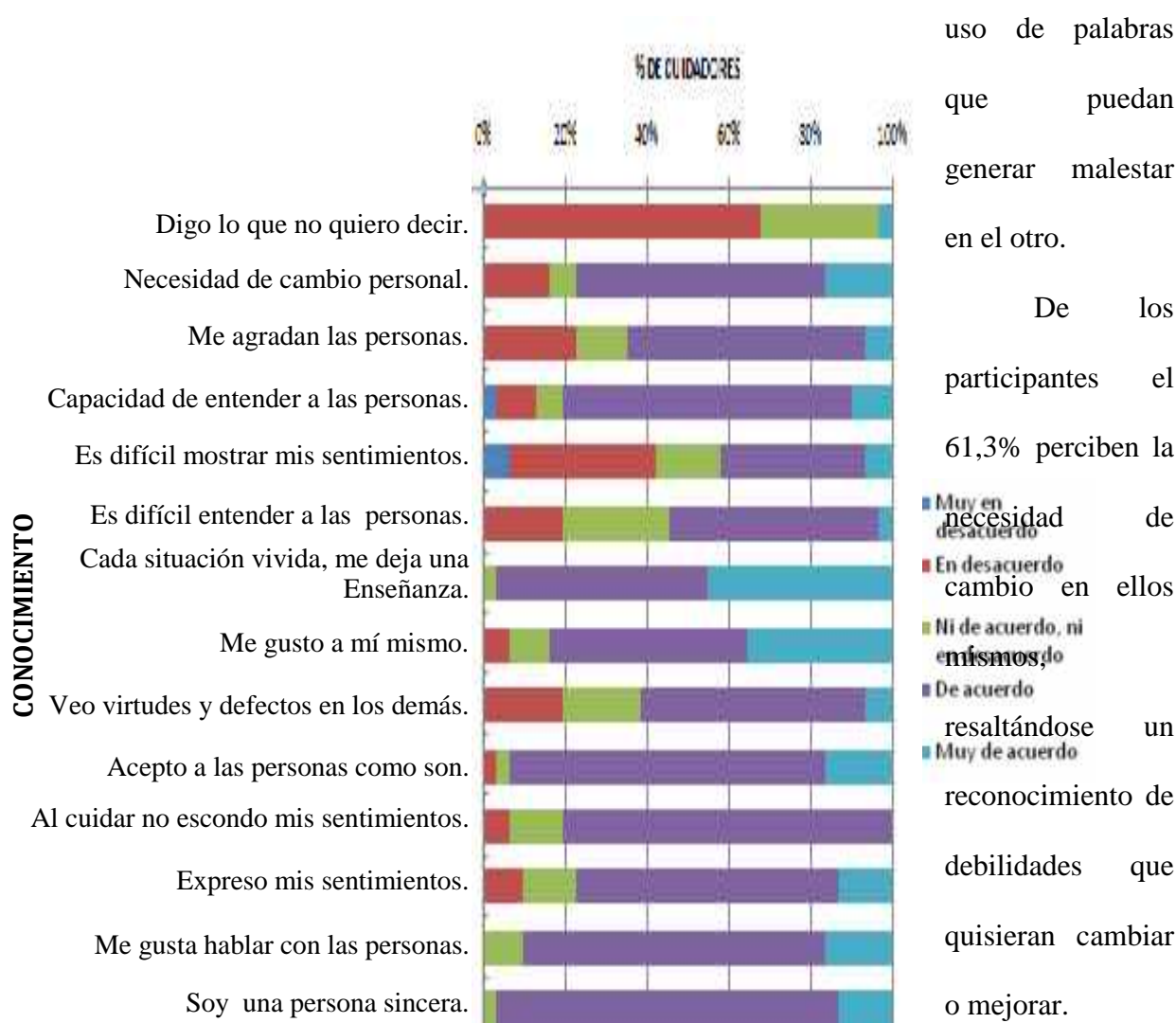
El familiar encargado de cuidar, dedica su tiempo, afrontando dificultades propias del cuidado, adquiriendo experiencia en el proceso de cuidar, obteniendo aprendizajes de forma empírica, doméstica, sin la suficiente orientación profesional. Ante la enfermedad, que origina cambios en la perspectiva de vida, alteración en la percepción del tiempo y la consideración de lo que es prioritario, importante o no, varía totalmente.

La presencia de un enfermo crónico en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles y tareas entre sus

diversos miembros para tratar de cubrir o compensar sus funciones. Sobresaliendo la importancia de la red de apoyo familiar para la práctica de autocuidado del cuidador principal.

4.2. Componentes de la habilidad de cuidado: Conocimiento, valor y paciencia.

Gráfico 1. Ítems del componente conocimiento de los familiares en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta - Jaén, 2011.



Fuente: Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI) para familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta- Jaén, 2011
El 58,1% están de acuerdo con el

En el gráfico 1, los ítems que miden el componente conocimiento describen el

siguiente comportamiento, el 67,7% de los participantes están en desacuerdo, con el enunciado usualmente digo lo que no quiero decir; lo cual expresa el conocimiento de uno mismo, en la forma de actuar y la preocupación por evitar el

uso de palabras que puedan generar malestar en el otro.

De los participantes el 61,3% perciben la necesidad de cambio en ellos mismos, resaltándose un reconocimiento de debilidades que quisieran cambiar o mejorar.

ítem tengo la capacidad de que me agraden las personas, así yo no les agrade a ellas, lo que denota respeto

hacia la otra persona en sus preferencias y opiniones.

De los cuidadores familiares el 71% manifiestan estar de acuerdo con el ítem tengo la capacidad de entender fácilmente a las personas, lo que muestra disposición para comprender a la otra persona en las diversas situaciones que atraviesa y el reconocimiento de propias destrezas.

El 35,5% manifiesta no tener dificultad para mostrar sus sentimientos al tratar a las personas. Porcentaje que nos indica el autoconocimiento de la propia forma de ser, en cuanto a la manera de relacionarse con los demás.

De los participantes el 51,6% establecen estar de acuerdo con el ítem encuentro difícil entender cómo se sienten las personas si no he tenido experiencias similares, lo que nos indica que la capacidad para entender a otra persona depende en forma significativa

de las experiencias propias. Demostrando así que la vivencia de situaciones similares facilita el comprender al otro.

Los familiares cuidadores en un 51,6% consideran estar de acuerdo con adquirir una enseñanza con cada situación vivida, revelando la capacidad de aprendizaje durante una experiencia acontecida.

El 48,4% señala estar de acuerdo con el ítem de verdad me gusto a mí mismo, indicando capacidad de aceptación de uno mismo en este porcentaje de cuidadores familiares.

De los participantes el 54,8% manifiestan estar de acuerdo con distinguir virtudes y defectos en otras personas, lo que muestra la habilidad para reconocer limitaciones y fortalezas en la otra persona.

Los familiares cuidadores, en un

77,4% manifiestan estar de acuerdo con aceptar a las personas tal como son, revelando la gran habilidad de aceptación de la otra persona con virtudes, defectos y necesidades; además de la capacidad de respeto hacia el otro.

El 80,6% de familiares cuidadores mencionan estar de acuerdo con no esconder sus sentimientos cuando ejercen el cuidado de la otra persona, expresando el potencial de confianza, sinceridad y conocimiento de si mismo y del otro.

De los participantes el 64,5% está de acuerdo con poder expresar sus sentimientos de una forma cálida y cuidadosa, exteriorizando el reconocimiento de acciones que refuerzan el bienestar de la persona cuidada ante una situación determinada y la capacidad de cuidado de una forma agradable.

El 74,2% de los participantes expresan estar de acuerdo con ítem me gusta hablar con las personas, lo que

evidencia la disposición de conocer al otro.

De los familiares cuidadores el 83,9%, manifiestan estar de acuerdo con autoperibirse como una persona sincera en sus relaciones con los demás, lo que muestra la capacidad de reconocimiento de su forma de ser.

Por tanto, en forma general los resultados denotan que el nivel de conocimiento en los cuidadores familiares participantes se ubica en un nivel alto.

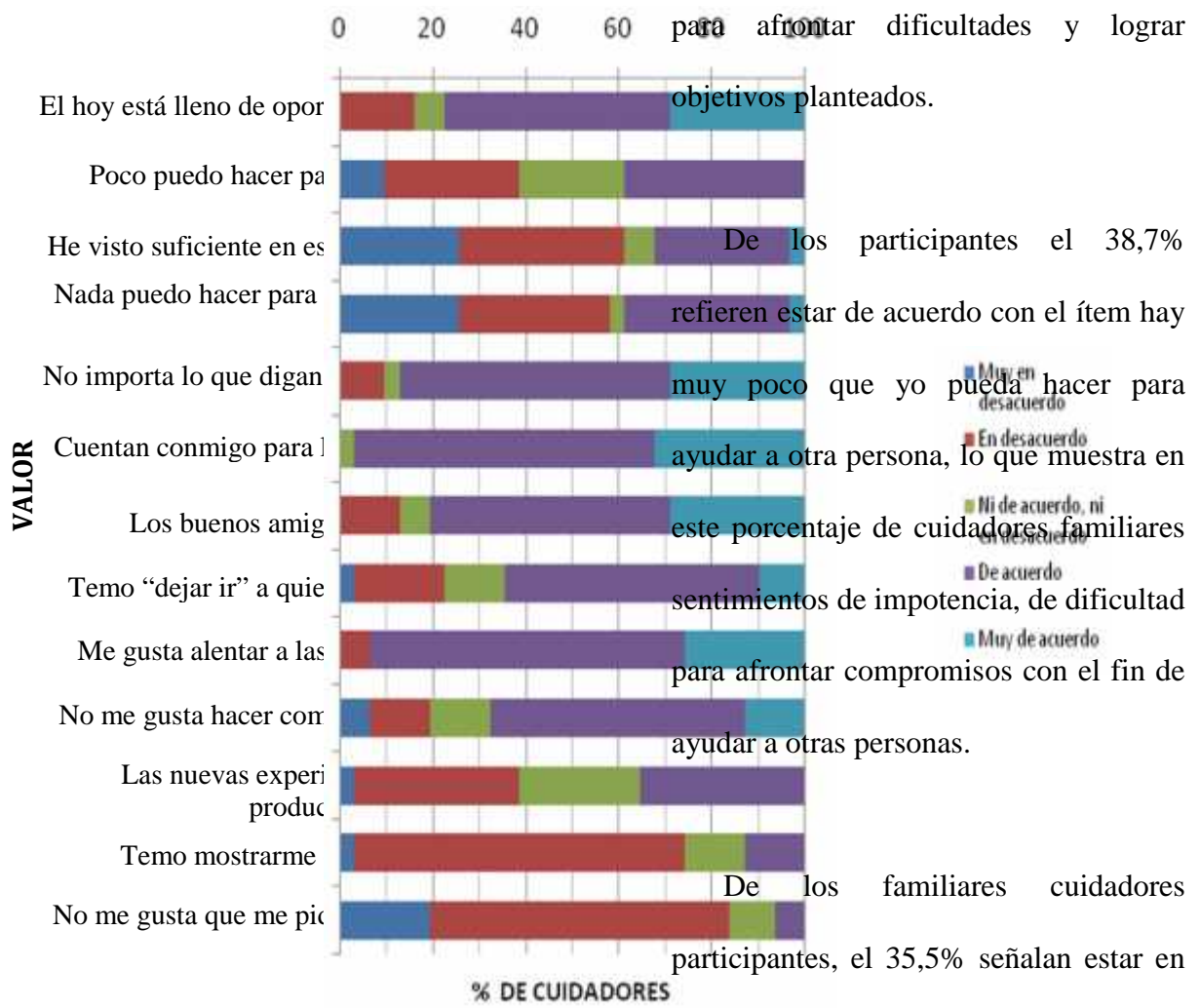
Referente al comportamiento de los ítems del componente conocimiento, el estudio de Díaz J.,¹⁶ sobre Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital San Rafael de Girardot, revela que un 54,54% de los participantes usualmente dicen a otros lo que no quieren decir, situación totalmente contraria a la del

presente estudio, donde el 67,7% de los familiares cuidadores señalan desacuerdo en este ítem.

Además, indica con similares resultados a los obtenidos en el estudio que un 70,46% manifiestan que ven la necesidad de cambio en sí mismos; un 52,27% de los participantes están de acuerdo con el ítem tengo la capacidad de que me agraden las personas así yo no les agrade a ellas, en un 54,55% consideran que tienen la capacidad de entender con facilidad a las personas. En un 61,63% de los participantes señalan que les es difícil entender cómo se sienten las personas cuando no experimentan situaciones similares. El 48,30% consideran que cada situación vivida les otorga una enseñanza; el 73,86% manifiesta estar a gusto consigo mismo; el 57,95% señala que puede identificar fortalezas y debilidades en las personas; el 51,14% aceptan a las personas tal como son; el 67,05% manifiesta que cuando cuidan a alguien

no tienen que esconder sus sentimientos; un 72,73% refiere que puede expresar sus sentimientos a las personas de una forma cálida y cuidadosa durante la relación de cuidado; el 70,45% manifiesta el gusto por hablar con las personas; el 96,56% se autopercibe como una persona sincera en sus relaciones con los demás.

Gráfico 2. Ítems del componente valor de los familiares en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta - Jaén, 2011.



Fuente: Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI) para familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta- Jaén, 2011

En el gráfico 2, los ítems que evalúan el nivel de valor describen el siguiente comportamiento:

El 48,4% de los familiares cuidadores expresan estar de acuerdo con considerar que el hoy está lleno de oportunidades, mostrando capacidad

para afrontar dificultades y lograr objetivos planteados. De los participantes el 38,7% refieren estar de acuerdo con el ítem hay muy poco que yo pueda hacer para ayudar a otra persona, lo que muestra en este porcentaje de cuidadores familiares sentimientos de impotencia, de dificultad para afrontar compromisos con el fin de ayudar a otras personas. De los familiares cuidadores participantes, el 35,5% señalan estar en desacuerdo con el ítem he visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver, indicando disposición para seguir afrontando retos del diario vivir.

El 35,5% de los participantes está de acuerdo con el ítem considero que no hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor, lo que nos da a conocer sentimientos de resignación ante hechos ocurridos, sin mayor capacidad para buscar mejores oportunidades.

De los participantes el 58,1%, refieren estar de acuerdo con el ítem no importa lo que digan mientras sienta que hago lo correcto, observándose un nivel de compromiso por realizar acciones que consideren correctas.

De los familiares cuidadores el 64,5% consideran estar de acuerdo con el ítem la gente puede contar conmigo para hacer lo que dije que haría, mostrando gran capacidad de cumplimiento de un compromiso pactado. El 51,6%, está de acuerdo con considerar que los buenos amigos cuidan a los otros, exhibiéndose la importancia de ayudar a otros.

Los participantes en un 54,8% consideran estar de acuerdo con sentir miedo de dejar solos a las personas que cuidan, lo que nos indica la preocupación que sienten los cuidadores por cumplir en forma adecuada su labor de cuidado.

El 67,7% refiere estar de acuerdo con el gusto por alentar a otras personas, lo que permite determinar que los familiares cuidadores tienen la disposición de ayudar y de dar valor para que otras personas sean capaces de afrontar sus problemas o dificultades.

Los cuidadores familiares en un 54,8% están de acuerdo con considerar que no les gusta establecer compromisos más allá del presente, lo que nos muestra temor por el incumplimiento de un compromiso a futuro.

El 35,5% de los familiares cuidadores manifiestan estar de acuerdo con sentir miedo ante las nuevas experiencias. Opinión que induce a determinar limitada capacidad para afrontar retos nuevos.

De los familiares cuidadores participantes el 71% refieren estar en desacuerdo con el ítem tengo miedo de

mostrarme tal como soy, observándose aceptación y valentía para mostrar sus fortalezas y debilidades ante los demás, lo que les permite establecer una relación sincera y de confianza con la persona receptora de cuidados.

El 64,5% de los familiares cuidadores refieren estar en desacuerdo con el ítem no me gusta que me pidan ayuda, apreciándose la capacidad para ayudar y asumir riesgos en beneficio de otros.

Todo ello, expresa que en los familiares cuidadores el valor se ubica en un nivel medio.

Con respecto al resultado de los ítems de este componente, el estudio de Díaz J.,¹⁶ sobre Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital San Rafael de Girardot, muestra que el 59,09% considera que el hoy está lleno de

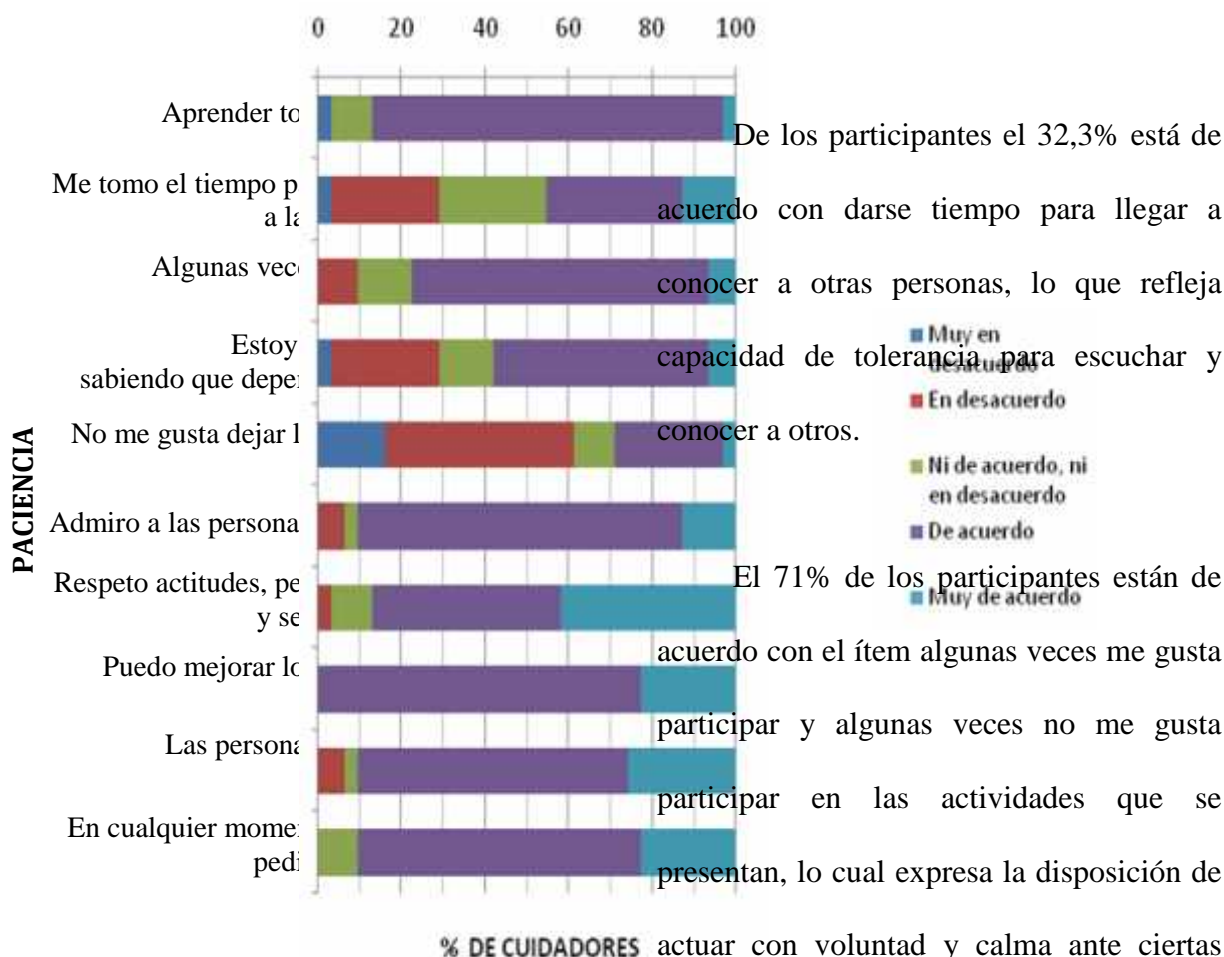
oportunidades; el 68,18% de los cuidadores manifiestan que muy poco pueden hacer para ayudar a otra persona, porcentaje que es superior a lo encontrado en el estudio con 38,7% de cuidadores que están de acuerdo con este ítem.

En tanto un 48,3% de cuidadores manifiestan estar de acuerdo con el ítem he visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver; el 43,5% consideran que no hay nada que puedan hacer para mejorar la vida; mientras el 61,91% de los cuidadores no le importa lo que digan otras personas, mientras ellos crean que están haciendo lo correcto durante el cuidado; el 73,86% están de acuerdo en que las demás personas pueden contar con ellos para lo que han dicho que harían; el 56,82% manifiesta que los buenos amigos son aquellos que están pendientes uno del otro; el 84,09% de los cuidadores considera que no le gusta dejar ir a aquellos a quienes cuidan por temor a lo que pueda sucederles.

Un 76,86% de cuidadores está de acuerdo con gustarle alentar a las personas; al 56,82% no le gusta hacer compromisos más allá del presente; el 56,82% considera que las nuevas experiencias son usualmente atemorizantes, resultado que supera a lo encontrado en un 35,5% de cuidadores participantes que están de acuerdo con este ítem; el 63,40% manifiestan que se muestran tal como son. Resultados que se asemejan con los del estudio realizado.

Mientras que el 50% de cuidadores no le gusta que le pidan ayuda, lo cual se contrapone al resultado obtenido en el estudio, donde los familiares cuidadores manifiestan en un 64.5% desacuerdo con este ítem.

Gráfico N° 3. Ítems del componente paciencia de los familiares en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta - Jaén, 2011.



Fuente: Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI) para familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta- Jaén, 2011

En el gráfico 3, los ítems que evalúan el nivel de paciencia describen el siguiente comportamiento:

El 83,9% de familiares cuidadores refieren estar de acuerdo con el ítem considero que aprender toma tiempo, mostrando la capacidad de tomar las cosas con calma.

De los participantes el 32,3% está de acuerdo con darse tiempo para llegar a conocer a otras personas, lo que refleja capacidad de tolerancia para escuchar y conocer a otros.

El 71% de los participantes están de acuerdo con el ítem algunas veces me gusta participar y algunas veces no me gusta participar en las actividades que se presentan, lo cual expresa la disposición de actuar con voluntad y calma ante ciertas actividades que surgen.

De los familiares cuidadores el 51,6% están de acuerdo con sentirse intranquilos, sabiendo que otra persona depende de ellos, observándose deficiente capacidad de tolerancia y dificultad para sobrellevar una responsabilidad surgida.

El 45,2% de los participantes consideran estar en desacuerdo con el ítem no me gusta dejar de hacer lo que estoy haciendo, para ayudar a otra persona, exponiendo la voluntad de ayudar al otro aún en momentos de ocupación.

Los familiares cuidadores en un 77,4% manifiestan están de acuerdo con admirar a las personas que son calmadas y pacientes, reflejando que pueden tomar a estas personas como un ejemplo para ellos.

El 45,2% de los cuidadores familiares creen en la importancia de respetar las actitudes, pensamientos y sentimientos de los demás, lo que muestra en ellos capacidad de respeto hacia la otra persona en sus pensamientos, sentimientos y acciones.

De los participantes el 77,4% refieren estar de acuerdo con poder mejorar lo que no les gusta, demostrando capacidad para resolver problemas con tolerancia en el

tiempo buscando mejorar la situación por la que atraviesa.

Los cuidadores familiares participantes en un 64,5% señalan estar de acuerdo con considerar que las personas necesitan de un lugar privado para pensar y sentir, lo cual muestra el respeto a la otra persona en cuanto a su espacio y privacidad.

El 67,7% están de acuerdo con brindar ayuda a las personas en cualquier momento, reflejando comprensión por la situación que vive la otra persona, la voluntad por ayudar y la tolerancia ante un suceso inesperado.

En lo referente a ello, el autor Díaz J.,¹⁶ en su investigación sobre Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital San Rafael de Girardot, encuentra como resultado de los ítems pertenecientes al componente paciencia que el 64,77% de los cuidadores

consideran que aprender toma tiempo; un 35,86% consideran que se toma el tiempo para llegar a conocer a otras personas; el 71,59% de cuidadores algunas veces les gusta estar incluidos y ser tenidos en cuenta en los diferentes aspectos de la relación del cuidado; en tanto el 65,05% se siente intranquilo sabiendo que su familiar depende de ellos; un 55,68% no le gusta desviarse de sus actividades para ayudar a otros; el 82,95% está de acuerdo en sentir admiración por las personas que son calmadas y pacientes.

Mientras que el 95,45% considera que es importante respetar las actitudes, pensamientos y sentimientos de los demás, porcentaje superior a lo descrito en el estudio (45,2%); un 68% considera que puede mejorar lo que no le gusta; el 89,77% considera estar de acuerdo con el ítem las personas necesitan un lugar privado para pensar y sentir y un 69,32% considera que en cualquier momento pueden pedirles ayuda. Resultados que concuerdan con el trabajo de investigación.

Es relevante comprender que los familiares son los principales agentes del cuidado al enfermo en el hogar, siendo preciso brindarles la importancia del caso, así como las herramientas necesarias y la asistencia que requieren de tal forma que les permita desempeñarse en forma más apropiada en su labor de cuidado del ser querido. Sabiendo que las enfermedades crónicas son en su gran mayoría manejadas dentro del hogar.

El reconocimiento de la labor que realizan los familiares cuidadores promueve la satisfacción, fortaleza y estabilidad psicológica, lo que les brinda seguridad y control. Las redes informales de apoyo, que incluyen a los familiares y amistades, constituyen uno de los principales recursos en los cuidadores y por su parte los servicios profesionales de ayuda han demostrado gran efectividad.

4.3. Habilidad de cuidado del familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial.

Tabla 5. Habilidad de cuidado según el nivel de conocimiento, valor y paciencia del familiar cuidador del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” Fila Alta – Jaén, 2011.

CATEGORÍA	BAJO (%)	MEDIO (%)	ALTO (%)
Conocimiento (C)	--	12,9	87,1
Valor (V)	9,7	74,2	16,1
Paciencia (P)	16,1	67,7	16,1
HABILIDAD TOTAL (C, V, P)	9,7	51,6	38,7

Fuente: Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI) para familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora” Fila Alta- Jaén, 2011

El estudio muestra en la tabla 5, la distribución de la habilidad de cuidado en sus componentes de conocimiento, valor y paciencia.

En el componente conocimiento, los resultados indican que el 87,1% tienen un nivel de conocimiento alto, componente que establece conocer al otro e implica conocerse también uno mismo. Este resultado puede ser atribuido a la crianza

con el cuidar/ cuidado al otro, al tiempo considerable de experiencia que poseen los cuidadores en su labor de cuidado al adulto mayor hipertenso, a la edad predominante del cuidador (18 - 59 años), que es adecuada para captar, conocer, descubrir y entender a la persona que se cuida.

También se atribuye al nivel educativo de los participantes del estudio.

Como lo señala Pinto N, Barrera L, Sánchez B.,^{28,30} en la investigación sobre El cuidado a partir del programa cuidando a los cuidadores y Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: comparación de géneros; al establecer de manera reiterada que para los receptores del cuidado la presencia, la actitud y los conocimientos de los cuidadores son definitivos como parte de su entorno y bienestar.

En el componente valor, los resultados del estudio nos indican que el 74,2% de familiares cuidadores tienen un nivel medio de valor (coraje, valentía).

Resultado que indica reforzar esta habilidad que puede ser minimizada por las diversas labores que desempeña el cuidador en el hogar, lo cual puede afectar al desarrollo de la fuerza para afrontar el cuidado y probablemente ocasione con frecuencia sentimientos de impotencia.

Como lo anuncia Mayeroff M.,²⁷ el cuidado es ayudar a alguien a alcanzar el crecimiento personal, se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona, promueve la autorrealización del que da el cuidado, el que brinda el cuidado determina la dirección del crecimiento de quien es cuidado, porque para cuidar se deben conocer los poderes y limitaciones, las necesidades y lo conducente al crecimiento del otro.

Por su parte Montalvo AA.,¹⁸ cita a Barrera L., quien señala que el valor espiritual es definitivo en el mantenimiento y soporte de situaciones difíciles, es el que proporciona resistencia, orienta y da sentido a la vida. Es a partir de él que se

logra la fortaleza para afrontar lo que ofrece el futuro y tomar la actividad de cuidar como una actitud de vida. Siendo necesario identificar en el cuidador sus necesidades respecto al desarrollo de la habilidad de valor para el cuidado.

Asimismo, en el siguiente componente los resultados señalan que los familiares cuidadores en un 67,7% tienen un nivel medio de paciencia. Lo que puede ser atribuido a la edad predominante del cuidador, entre 18 a 35 años, en la que se encuentra influenciado por las características propias de su desarrollo, que implica satisfacción de sus propias necesidades físicas, psicológicas y sociales.

Montalvo AA.,¹⁸ añade que la paciencia como disposición emocional, social y cultural para asumir el rol de cuidador permite responder a las demandas en las que se encuentran sometidos los cuidadores en la relación cuidador – sujeto de cuidado y requiere por parte del cuidador mirarse dentro de él para fortalecerse con los recursos que encuentra

en su interior. Manifiesta que partir de ello, se puede establecer la labor de cuidado como una forma de vida que se lleva a cabo con el “gusto” de poder ayudar al otro y no sólo como una obligación dentro del grupo familiar.

Además, la autora menciona que es posible que se encuentren múltiples motivos para ser paciente en el cuidado, como: el afecto hacia la persona cuidada, los lazos de consanguinidad que los une, el manejo de las situaciones estresantes, el bienestar espiritual, entre otros aspectos; que son relevantes para la creación de estrategias que permitan fortalecer este componente.

Con respecto a los componentes de Conocimiento, Valor y Paciencia, Watson MJ.,²⁹ en su teoría, sostiene que el cuidado humano involucra valores, voluntad, un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Además, señala que el cuidado se debe

producir como relación terapéutica básica entre los seres humanos.

En lo referente a la habilidad total de los familiares cuidadores del adulto mayor hipertenso, el 51,6% se ubica en el nivel medio. Resultado que concuerda con la mayoría de estudios realizados sobre habilidad de cuidado de los cuidadores familiares, donde el nivel de habilidad total en los familiares cuidadores es de nivel medio.^{9, 10, 11, 13, 14, 17, 30}

También Díaz J.,¹⁶ señala en su investigación sobre Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital San Rafael de Girardot, que la habilidad general en los cuidadores familiares, es de nivel medio en un 37,5 % de los participantes. Por su lado Rosas I, Serrano L, Falla L, et al.,²⁵ en el estudio Nivel de habilidad de cuidado del cuidador familiar, en usuarios del programa de atención domiciliaria del Hospital II Chocope - ESSALUD; concluyen que el nivel de habilidad total de los cuidadores

familiares es de nivel medio en el 86.6% de los participantes.

Lo que consecuentemente, refleja la necesidad de intervención profesional dentro de la familia, de tal manera que se ayude a fortalecer la habilidad de cuidado. Tal como lo plantea Pinto N, Barrera L y Sánchez B.,²⁸ en su investigación sobre El cuidado a partir del programa Cuidando a los cuidadores; donde concluyen que es esencial dar al cuidador herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de manera tal, que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador - persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales e informales, manejando sentimientos de inadecuación o culpa, y planeando su propio futuro y el de su grupo familiar.

Capítulo V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En relación a los resultados del trabajo de investigación, se puede concluir lo siguiente:

1. El estudio ha comprobado que la hipótesis planteada demuestra que el conocimiento, el valor y la paciencia son habilidades de cuidado significativas en los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial de la Asociación Adulto Mayor “Divina Pastora”- Fila Alta, Jaén.
2. Los familiares cuidadores en su mayoría son de sexo femenino (hijas), con más de 36 meses de experiencia en el cuidado, pertenecen al grupo etéreo joven y adulto, estado civil casado – conviviente, tienen secundaria completa, ocupación ama de casa.
3. Los componentes de cuidado de los familiares cuidadores en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial en el conocimiento se ubican en un nivel

CONCLUSIONES

alto, el valor y la paciencia en un nivel medio.

4. La habilidad de cuidado total es de nivel medio en los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial de la asociación adulto mayor “Divina Pastora” del Sector Fila Alta.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos orientan a las siguientes recomendaciones:

1. A la asociación “Divina Pastora” e instituciones comprometidas con la atención al adulto mayor se recomienda capacitar permanentemente al familiar cuidador, para optimizar la habilidad de cuidado en los componentes: Conocimiento, valor y paciencia, que

permita generar satisfacción en el proceso de cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial.

2. A la asociación “Divina Pastora”, se le recomienda hacer partícipe a los familiares cuidadores en actividades tanto educativas como recreativas, de tal manera que se fortalezca la salud física y mental del mismo.

3. Difundir la presente investigación en las instituciones de salud, asociaciones e instituciones educativas para implementar programas orientados a mejorar la habilidad del cuidado (Conocimiento, valor y paciencia) en los familiares cuidadores, por ser los responsables directos del cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial.

4. Continuar con investigaciones sobre habilidad de las personas encargadas del cuidado directo al adulto mayor con enfermedad crónica, de tal manera que se disponga de mayor información y

sirva de base para promover acciones que generen un mejor cuidado dentro del hogar.

Disponible en:
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/es/

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leitón Z, Ordóñez Y. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Manual de información. Perú: MIMDES; 2003.
2. Martín M. Investigación en Cuidados. El Protocolo del Anciano frágil, como instrumento sociosanitario eficaz en el hospital. Madrid, España; 2008. [Acceso 10 Febrero 2 010]. Disponible en:
http://eprints.ucm.es/8776/1/proyecto_ucm_mart%c3%adn_acero_teresa.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil sociodemográfico de la tercera edad. Lima: INEI; 2007. [Acceso 18 Febrero 2 010]. Disponible en:
<http://www1inei.gob.pe>.
4. Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS; 2008. [Acceso 24 Marzo 2 010]

5. Rodríguez Y, Oliva J, Gil A, et al. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. Camagüey, Cuba; 2008. [Acceso 28 Setiembre 2010]. Disponible en:
<http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n4/t0409408.gif>
6. Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Lima, INEN; 2013. [Acceso 14 Marzo 2013]. Disponible en:
<http://elcomercio.pe/peru/1336071/noticia-cinco-millones-peruanos-padecen-hipertension>
7. Dirección de Salud – Jaén. DISA; 2013. [Acceso 14 Marzo 2 013]. Disponible en:
<http://www.disajaen.gob.pe/>
8. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. Bogotá,

- Colombia; 2006. [Acceso 24 Setiembre 2010]. Disponible en:
http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S012400642006000200002&script=sci_arttext&tlng=en
9. Pinto N. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: Los cuidadores de adultos. Colombia; 2004. Avances en enfermería 2004; (22) 1:53-59. [Acceso 22 Marzo 2010]. Disponible en:
<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos>
 10. Pinto N. El cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica. Arte y Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado. Editorial Guadalupe. Bogotá, Colombia; 2006 p 247 -251.
 11. Sánchez B. El cuidado de la salud de personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América latina. Actualizaciones en enfermería; 2004. [Acceso 02 Abril 2010]. Disponible en:
<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos>
 12. Moreno M, Nader A, López de MC. “Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud”. Colombia; 2005. Avances en enfermería 2005; (22): 27-38. [Acceso 02 Abril 2010]. Disponible en:
<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos>
 13. Sánchez B. Habilidad de Cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. Arte y Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado. Editorial Guadalupe. Bogotá, Colombia; 2006 p 373 -385.
 14. Venegas B. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Revista Aquichan. Chía, Colombia; 2006. [Acceso 05 Octubre 2010]. Disponible en:
<http://palabraclave.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/66/1>
 15. Antolinez BR. Espiritualidad y Cuidado. Arte y Ciencia del Cuidado.

- Grupo de Cuidado: Editorial Guadalupe. Bogotá, Colombia; 2006 p. 49 -50.
16. Díaz J. Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al hospital San Rafael de Girardot. *Avances en enfermería* 2007; XXV (1):69 – 82. Colombia; 2007. [Acceso 28 Octubre 2010]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_6.pdf
17. Rojas MV. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive en situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Avances de enfermería* 2007; XXV(1):33- 45. Colombia; 2007. [Acceso 05 Febrero 2011]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_3.pdf
18. Montalvo AA. Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. *Avances de enfermería* 2007; XXV(2):90- 100. Cartagena, Colombia; 2007. [Acceso 05 Febrero 2011]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2_9.pdf
19. Espín A. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Habana, Cuba; 2008. [Acceso 22 Octubre 2011]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000300008&script=sci_arttext&tlng=pt) &script=sci_arttext&tlng=pt amespin@infomed.sld.cu
20. Delicado MV, García M, López B. Cuidados del cuidador. *Revista Salud Discapnet*. España; 2009. [Acceso 22 Octubre 2011]. Disponible en: http://salud.discapnet.es/castellano/salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/paginas/como_cuidarme_yo.aspx

21. Pérez A. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental (Tesis doctoral). Salamanca: Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina; 2006. [Acceso 02 Abril 2010]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-cuidador-01>
22. Carretero S, Garcés J, et al. La sobrecarga de las cuidadoras de las personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial. Políticas de bienestar social. Valenciana; 2006. [Acceso 22 Agosto 2010]. Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/tesis_ub
23. Puig M. Estudio de Caso de Cuidados y calidad de vida en Vila Franca de Penedés, Barcelona: A los mayores de 75 y más años, atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares (Tesis doctoral), Barcelona: Universidad de Barcelona; 2009. [Acceso 05 Noviembre 2011]. Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/tesis_ub/available/tdx-0511109-105935/mpll_tesis.pdf
24. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Callao; 2006. [Acceso 12 Noviembre 2010]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=36311614005>
25. Rosas I, Serrano L, Falla L, Rojas A, Rosas R, Trujillo L. Nivel de habilidad de cuidado del cuidador familiar, en usuarios del programa de atención domiciliaria del Hospital II Chocope – ESSALUD. Libro de resúmenes: V Jornada de Internacional de Investigación en Ciencias de enfermería: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú; 2010.
26. Moreno M, Muñoz S, Alvis T. Experiencia de recibir un cuidado de

- enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. Libro: Arte y Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado. Editorial Guadalupe. Bogotá, Colombia; 2006 p 207 – 215.
27. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. Ciencia y Sociedad. Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana; 2008. [Acceso 22 Octubre 2011]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/870/87011272002.pdf>
28. Pinto N, Barrera L, Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa Cuidando a los cuidadores®. Colombia; 2005. [Acceso 20 Setiembre 2011] Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2_9.pdf.
29. Teoría de Jean Watson: Teoría del Cuidado Humanizado. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/Inriveraa/docs/cuidado%20humanizado%20de%20enfermeria%20visibilizando%20la%20teoria%20y%20la%20investigacion%20en%20la%20practica.pdf>
30. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: comparación de géneros. Colombia; 2006. [Acceso 20 Setiembre 2011]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-Habilidad1.htm>.
31. Kosier B, Erb G, Berman A, Snyder Sh. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. 7° ed. Vol. 1. Mc. Graw – Hill. Interamericana de España S.A.V. Madrid – España; 2005 p 446 – 447.
32. Manual Merck: De información Médica General. Merck Sharp & Dohme. Editorial Océano. Barcelona, España; 2002 p 114 – 120.
33. Manual de Primeros auxilios. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 6° ed. Lima; 2006 p 41 – 43.

34. Vega O. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichán* v.11 n.3 Bogotá set./dez. 2011. Cucutá- Colombia; 2011. [Acceso 22 Octubre 2011]. Disponible en: http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972011000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
35. Puerto N. Cuidado de los cuidadores. Bogotá; 2009. [Acceso 22 Noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2009/12/articulocuidadores.shtml>

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POST GRADO

ESTUDIO SOBRE HABILIDAD DEL FAMILIAR EN EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ASOCIACIÓN ADULTO MAYOR “DIVINA PASTORA”, FILA ALTA – JAÉN

GUÍA DE ENTREVISTA PARA CARACTERIZAR FAMILIARES CUIDADORES

Instrucciones:

Este estudio pretende conocer la habilidad del familiar en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial, por tal razón se espera que conteste con sinceridad. La información que usted brinde será confidencial y anónima.

Marque su respuesta con una X en la alternativa que corresponda.

I. ASPECTOS GENERALES:

1) Sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()

2) ¿Cuál es su edad?

1. < 18() 2. 18-35() 3. 36 – 59 () 4. > 60 ()

3) Estado civil:

1. Soltero(a) 4. Divorciado (a)
2. Casado(a) 5. Viudo (a)
3. Conviviente

4) Grado de instrucción:

1. Ninguno 5. Secundaria Completa
2. Primaria incompleta. 6. Superior Técnico
3. Primaria Completa. 7. Superior Universitario
4. Secundaria incompleta.

II. FAMILIAR CUIDADOR:

5. Tiempo de cuidado en meses:

1. 0 – 6 m. 2. 7 – 18m. 3. 19 – 36m. 4. >37m.

6. Parentesco con la persona que cuida:

- | | |
|----------------|------------------------------|
| 1. Esposo(a) | 4. Nieta (o) |
| 2. Conviviente | 5. Hermana (o) |
| 3. Hija(o) | 6. Otros (especifica): _____ |

7. ¿Cuál es el trabajo que Ud. desempeña en la actualidad?

.....

8. ¿Cuántas horas al día cuida a su familiar? (Tiempo dedicado al cuidado)

- | | |
|----------------|--------------------|
| 1. 1 a 2 horas | 3. 5 a 6 horas |
| 2. 3 a 4 horas | 4. Más de 6 horas. |

9. ¿Recibe ayuda de familiares para cuidar a su familiar? (Soy cuidador único)

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. No () | 2. Si () |
| ¿Quién lo ayuda?: | |
| 1. Hermanos | 3. Esposa (o) |
| 2. Madre/Padre | 4. Hija(o) |

10. ¿Por qué razón está Ud. cuidando a su familiar?

- | | |
|------------------|------------------------------|
| 1. Familiaridad. | 4. Lo necesita |
| 2. Cariño | 5. Otro (Especifique): _____ |
| 3. Solidaridad | |

11. ¿Cómo calificaría Ud. su relación con su familiar antes de que precisara de sus cuidados?

- | | |
|--|-----|
| a) Problemática, con conflictos. | () |
| b) Bastante distante y fría. | () |
| c) Normal, conforme al vínculo familiar que los une. | () |
| d) De gran intimidad y afecto. | () |
| e) De otra manera. ¿Cuál?: _____ | |

12. ¿Desde que cuida Ud. a su familiar, su relación con él, ha mejorado, ha empeorado o sigue más o menos igual?

- | | | | |
|-----------------|-----|----------------|-----|
| 1. Ha empeorado | () | 3. Menos igual | () |
| 2. Sigue igual | () | 4. Ha mejorado | () |

13. ¿Se cuida usted a sí mismo?

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| 1. Nada | () |
| 2. A veces, menos de lo que debiera | () |
| 3. Siempre, me cuido lo suficiente. | () |

14. ¿Qué ganancia o aprendizaje ha tenido usted, al cuidar a su familiar?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Administrar medicamentos | 6. Valorar a las personas |
| 2. Comprensión | 7. Otros (Especifique) : _____ |
| 3. Paciencia | |
| 4. Priorizar necesidades | |
| 5. Responsabilidad | |

15. ¿Qué recomendaciones daría usted, para cuidar a una persona enferma?

1. Cariño.
2. Comprensión.
3. Cuidado.
4. Dedicación.
5. Higiene.
6. Estar pendiente de sus necesidades.
7. Paciencia.
8. Seguir las indicaciones del médico.
9. Otros (Especifique): _____

16. ¿Qué deben saber los que cuidan?

1. Control de la presión.
2. Conocer sobre la enfermedad.
3. Las indicaciones médicas.
4. Otros: _____

ANEXO B

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POST GRADO

INVENTARIO DE HABILIDAD DE CUIDADO (CAI)

INSTRUCCIONES

Lea cada una de las siguientes afirmaciones. Marque la opción que refleje mejor sus pensamientos en la escala del 1 al 5, ubicada al lado de cada afirmación. Señale con un aspa (X), el número correspondiente a su opinión. Por favor responda todas las preguntas.

Cada número refleja lo siguiente:

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| 1 | → | Muy en desacuerdo. |
| 2 | → | En desacuerdo. |
| 3 | → | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. |
| 4 | → | De acuerdo. |
| 5 | → | Muy de acuerdo. |

Nº	AFIRMACIONES	CALIFICACIÓN				
		1	2	3	4	5
1.P	Creo que aprender toma tiempo.	1	2	3	4	5
2.V	El hoy está lleno de oportunidades.	1	2	3	4	5
3.C	Usualmente digo a otros lo que no quiero decir.	1	2	3	4	5
4.V	Hay muy poco que yo pueda hacer para ayudar a otra persona.	1	2	3	4	5
5.C	Veo la necesidad de cambio en mí mismo.	1	2	3	4	5
6.C	Tengo la capacidad de que me agraden las personas, así yo no les agrade a ellas.	1	2	3	4	5
7.C	Tengo la capacidad de entender fácilmente a las personas.	1	2	3	4	5
8.V	He visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver.	1	2	3	4	5
9.P	Me tomo el tiempo para llegar a conocer a otras personas.	1	2	3	4	5
10.P	Algunas veces me gusta participar y algunas veces no me gusta participar en las actividades que se presentan.	1	2	3	4	5
11.V	No hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor.	1	2	3	4	5
12.P	Me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí.	1	2	3	4	5
13.P	No me gusta dejar de hacer lo que estoy haciendo, para ayudar a otra persona.	1	2	3	4	5
14.C	Al tratar a las personas, es muy difícil mostrar mis sentimientos.	1	2	3	4	5
15.V	No importa lo que digan, mientras sienta que hago lo correcto.	1	2	3	4	5
16.C	Encuentro difícil entender cómo se sienten las personas si no he tenido experiencias similares.	1	2	3	4	5
17.P	Admiro a las personas que son calmadas y pacientes.	1	2	3	4	5
18.P	Creo que es importante respetar las actitudes, pensamientos y sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
19.V	La gente puede contar conmigo para hacer lo que dije que haría.	1	2	3	4	5
20.P	Creo que puedo mejorar lo que no me gusta.	1	2	3	4	5
21.V	Los buenos amigos cuidan a los otros.	1	2	3	4	5
22.C	Cada situación vivida, me deja una enseñanza.	1	2	3	4	5
23.V	Tengo miedo “dejar ir” a aquellos a quienes cuido, por temor a lo que pueda sucederles.	1	2	3	4	5
24.V	Me gusta alentar a las personas.	1	2	3	4	5
25.V	No me gusta hacer compromisos más allá del presente.	1	2	3	4	5

26.C	De verdad me gusto a mí mismo.	1	2	3	4	5
27.C	Veo virtudes y defectos en cada persona.	1	2	3	4	5
28.V	Las nuevas experiencias usualmente me producen miedo.	1	2	3	4	5
29.V	Tengo miedo de mostrarme tal como soy.	1	2	3	4	5
30.C	Acepto a las personas tal como son.	1	2	3	4	5
31.C	Cuándo cuido a alguien no tengo que esconder mis sentimientos.	1	2	3	4	5
32.V	No me gusta que me pidan ayuda.	1	2	3	4	5
33.C	Puedo expresar mis sentimientos de una forma cálida y cuidadosa.	1	2	3	4	5
34.C	Me gusta hablar con las personas.	1	2	3	4	5
35.C	Me veo como una persona sincera en mis relaciones con otros.	1	2	3	4	5
36.P	Las personas necesitan de un lugar privado para pensar y sentir.	1	2	3	4	5
37.P	En cualquier momento, las personas pueden venir a pedirme ayuda.	1	2	3	4	5

C: Conocimiento.

V: Valor.

P: Paciencia.

ANEXO C

VALIDACIÓN DE LA GUÍA DE ENTREVISTA PARA CARACTERIZAR FAMILIARES CUIDADORES

N°	ITEM O PREGUNTA ORIGINAL	ITEM O PREGUNTA MODIFICADA	RAZONES DE CAMBIO
9	<p>Recibe ayuda de familiares para cuidar a su familiar? (soy cuidador único)</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>¿Quién le ayuda?</p>	<p>Recibe ayuda de familiares para cuidar a su familiar? (soy cuidador único)</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>¿Quién lo ayuda?</p> <p>1. Hermanos. 2. Madre/Padre. 3. Esposa (o). 4. Hija(o).</p>	<p>El ítem ¿Quién lo ayuda?, estuvo planteado inicialmente como pregunta abierta y con la prueba piloto se estableció las posibles respuestas.</p>
10	<p>¿Por qué razones está usted cuidando a su familiar?</p>	<p>¿Por qué razones está usted cuidando a su familiar?</p> <p>1. Familiaridad. 2. Cariño. 3. Solidaridad. 4. Lo necesita. 5. Otro(Especifique): _____</p>	<p>El ítem estaba formulado como pregunta abierta y con la prueba piloto se consiguió las respuestas.</p>
14	<p>¿Qué ganancia o aprendizaje ha tenido Ud. al cuidar a su familiar?</p>	<p>¿Qué aprendizaje ha tenido Ud. al cuidar a su familiar?</p> <p>1. Administrar medicamentos. 2. Comprensión. 3. Paciencia. 4. Priorizar necesidades. 5. Responsabilidad. 6. Valorar a las personas. 7. Otros (Especifique)_____</p>	<p>El ítem estaba planteado como pregunta abierta y con la prueba piloto se corrigió a pregunta cerrada.</p>
15	<p>¿Qué recomendaciones daría usted para cuidar a una persona?</p>	<p>¿Qué recomendaciones daría usted para cuidar a una persona?</p> <p>1. Cariño. 2. Comprensión. 3. Cuidado. 4. Dedicación. 5. Higiene.</p>	<p>El ítem estaba formulado como pregunta abierta y con la prueba piloto se corrigió a</p>

		6. Estar pendiente de sus necesidades. 7. Paciencia. 8. Seguir las indicaciones del médico. 9. Otros (Especifique): _____	pregunta cerrada.
16	¿Qué deben saber los que cuidan?	¿Qué deben saber los que cuidan? 1. Control de la presión. 2. Conocer sobre la enfermedad. 3. Las indicaciones médicas. 4. Otros:_____	El ítem estaba planteado como pregunta abierta y con la prueba piloto se corrigió a pregunta cerrada.

ANEXO D

INVENTARIO DE HABILIDAD DE CUIDADO (CAI)

CUESTIONARIO VALIDADO

ÍTEM ORIGINAL	ÍTEM VALIDADO
2C: “El hoy está lleno de oportunidades”.	2V: “El hoy está lleno de oportunidades”.
4V: “Hay muy poco que yo pueda hacer por una persona que se siente impotente”.	4V: “Hay muy poco que yo pueda hacer para ayudar a otra persona.”
5P: “Veo la necesidad de cambio en mí mismo”.	5C: “Veo la necesidad de cambio en mí mismo”.
6C: “Tengo la capacidad de que me gusten las personas así yo no les guste a ellas”.	6C: “Tengo la capacidad de que me agraden las personas así yo no les agrade a ellas”.
7C: “Entiendo a las personas fácilmente”.	7C: “Tengo la capacidad de entender fácilmente a las personas”.
9C: “Me tomo el tiempo para llegar a conocer a otras personas”.	9P: “Me tomo el tiempo para llegar a conocer a otras personas”.
10P: “Algunas veces me gusta estar incluido y algunas no me gusta estar incluido”.	10P: “Algunas veces me gusta participar y algunas veces no me gusta participar en las actividades”.
12V: “Me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí”.	12P: “Me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí”.
13V: “No me gusta desviarme de mis cosas para ayudar a otros”.	13P: “No me gusta dejar de hacer lo que estoy haciendo para ayudar a otra persona”.
14V: “Al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos”.	14C: “Al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos”.
15V: “No importa lo que digan mientras hago lo correcto”.	15V: “No importa lo que digan, mientras sienta que hago lo correcto”.
16V: “Encuentro difícil entender cómo se sienten las personas si no he tenido experiencias similares”.	16C: “Encuentro difícil entender cómo se sienten las personas si no he tenido experiencias similares”.
17P: “Admiro a las personas que son calmadas, compuestas y pacientes”.	17P: “Admiro a las personas que son calmadas y pacientes”.
18P: Creo que es importante respetar las actitudes y sentimientos de otros”.	18P: “Creo que es importante respetar las actitudes, pensamientos y sentimientos de los demás”.

19C: “La gente puede contar conmigo para hacer lo que dije haría”.	19V: “La gente puede contar conmigo para hacer lo que dije haría”.
20P: “Creo que hay espacio para mejorar”.	20P: “Creo que puedo mejorar lo que no me gusta”.
21P: “Los buenos amigos velan por los otros”.	21V: “Los buenos amigos cuidan a los otros”.
22C: “Encuentro significado en cada situación”.	22C: “Cada situación vivida me deja una enseñanza”.
24P: “Me gusta ofrecer aliento a las personas”.	24V: “Me gusta alentar a las personas”.
27P: “Veo fortalezas y debilidades (limitaciones) en cada individuo”.	27C: “Veo virtudes y defectos en cada persona”.
28V: “Las nuevas experiencias son usualmente miedosas para mí”.	28V: “Las nuevas experiencias usualmente me producen miedo”.
29V: “Tengo miedo de abrirme y mostrarme quien soy”.	29V: “Tengo miedo de mostrarme quien soy”.
36C: “Las personas necesitan espacio (lugar, privacidad) para pensar y sentir”.	36P: “Las personas necesitan de un lugar privado para pensar y sentir”.
37P: “Puedo ser abordado por las personas en cualquier momento”.	37P: “En cualquier momento, las personas pueden venir a pedirme ayuda”.

C: Conocimiento.

V: Valor.

P: Paciencia.

ANEXO E

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: INVENTARIO DE HABILIDAD DE CUIDADO (CAI) SEGÚN ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD ALFA-CRONBACH

Alfa de Cronbach
0,873

Fuente: Encuesta piloto.

El análisis de confiabilidad mediante el alfa de Cronbach, nos da como resultado que el instrumento tiene una confiabilidad de 0.873, lo que es aceptable para la aplicación del estudio.

ANEXO F

HABILIDAD DE CUIDADO POR COMPONENTES, SEGÚN INDICADORES ESTADÍSTICOS

INDICADORES ESTADÍSTICOS	CONOCIMIENTO	VALOR	PACIENCIA
N Válidos	31	31	31
Media	51,0323	41,9677	36,6452
Error típ. de la media	,83664	,78217	,59124
Desv. típ.	4,65821	4,35495	3,29189

$P > 0,05$

Para analizar la habilidad de cuidado según indicadores estadísticos:

Primero: El test fue evaluado para determinar los puntajes en los rubros de:

Conocimiento: En base a los ítems que incluye en el test.

Valor: En base también a los ítems que incluye en el test.

Paciencia: En base a los ítems que incluye en el test.

Luego en base a estos puntajes se determinaron el puntaje promedio, la desviación estándar de cada rubro indicado, tal como se muestra en la tabla.

La habilidad de cuidado, se analizó en niveles de conocimiento, valor y paciencia de los cuidadores familiares, basándose en el supuesto que todos los cuidadores trabajan bajo un ambiente similar (condiciones estándar). Por tanto, se utilizó propiedades de la distribución normal estándar y se encontró lo siguiente:

Puntajes en el intervalo: menor que media – desv. Típica, equivale a nivel bajo

Puntajes en el intervalo: media – desv. típica - media + desv. Típica, equivale a nivel medio, y puntajes en el intervalo: mayor que media + desv. Típica, equivale a nivel alto.

ANEXO G

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POST GRADO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por intermedio del presente documento me comprometo a participar en el estudio titulado:
"Habilidad del familiar en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación
Adulto Mayor "Divina Pastora" - Tila Alta- Jaén, 2011". La información que se obtiene del
instrumento sólo será con fines de investigación.

Jaén, 11 de Agosto del 2011


Firma y/o huella digital
DNI 41201819

ANEXO H

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo, Janneth Lorena Guevara Zevallos, Licenciada en Psicología, con C.Ps.P N° 15753, en mi carácter de experto en el área de Psicología, certifico haber recibido y leído el instrumento "Inventario de habilidades de cuidado (CAI)", planteado según el modelo de Ngozi O' Nkongu, para la recolección de datos de la investigación titulada "Habilidad de cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial, en el familiar cuidador, en la asociación adulto mayor "Divina Pastora", Fila Alta – Jaén , 2011", que desarrolla la autora Yudelly Torrejón Rodríguez y según mi juicio profesional considero que el instrumento cumple con el criterio de validez.



Janneth Lorena Guevara Zevallos
C. Ps. P. N° 15753

Janneth Lorena Guevara Zevallos
Licenciada en Psicología
C.Ps.P N° 15753

ANEXO I

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo, Rosa Cecilia Velásquez Guerra, licenciada en Psicología, con C.Ps.P N°14884, en mi carácter de experto en el área de Psicología, certifico haber recibido y leído el instrumento "Inventario de habilidades de cuidado (CAI)" planteado según el modelo de Ngozi O Nkongo; para la recolección de datos de la investigación titulada "Habilidad de cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial, en el familiar cuidador, en la asociación adulto mayor "Divina Pastora", Fila Alta- Jaén, 2011", que desarrolla la autora Yudelly Torrejón Rodríguez y según mi juicio profesional considero que el instrumento cumple con el criterio de validez.



Lic. Rosa C. Velásquez Guerra
PSICÓLOGA
C.P.S.P. N° 14884

Rosa Cecilia Velásquez Guerra
Licenciada en Psicología
C.P.S.P.N° 14884

ANEXO J

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo, Lilandy Marilú Zelada Herrera, licenciada en Sociología, en mi carácter de experta en el área de Sociología, certifico haber recibido y leído el instrumento "Inventario de habilidades de cuidado (CAI)", planteado según el modelo de Nguzi O Nkongo; para la recolección de datos de la investigación titulada "Habilidad de cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial, en el familiar cuidador, en la asociación adulto mayor "Divina Pastora", Fila Alta- Jaén, 2011", que desarrolla la autora Yudelly Torrejón Rodríguez y según mi juicio profesional considero que el instrumento cumple con el criterio de validez.



Lilandy M. Zelada Herrera
Licenciada en Sociología

ANEXO K

Tabla 1: Ítems para medir el nivel de conocimiento de los familiares en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta - Jaén, 2011.

Fuente: Inventario de habilidad de cuidado (CAI) para familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión Arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta- Jaén, 2011.

ÍTEM: CONOCIMIENTO	HABILIDAD DE CUIDADO									
	1		2		3		4		5	
	N°	%	N	%	N°	%	N	%	N°	%
Usualmente digo a otros lo que no quiero decir.			21	67,7	9	29,0			1	3,2
Veo la necesidad de cambio en mí mismo.			5	16,1	2	6,5	19	61,3	5	16,1
Tengo la capacidad de que me agraden las personas, así yo no les agrade a ellas.			7	22,6	4	12,9	18	58,1	2	6,5
Tengo la capacidad de entender fácilmente a las personas.	1	3,2	3	9,7	2	6,5	22	71,0	3	9,7
Al tratar a las personas, es muy difícil mostrar mis sentimientos.	2	6,5	11	35,5	5	16,1	11	35,5	2	6,5
Encuentro difícil entender cómo se sienten las personas si no he tenido experiencias similares.			6	19,4	8	25,8	16	51,6	1	3,2
Cada situación vivida, me deja una enseñanza.					1	3,2	16	51,6	14	45,2
De verdad me gusto a mí mismo.			2	6,5	3	9,7	15	48,4	11	35,5
Veo virtudes y defectos en cada persona.			6	19,4	6	19,4	17	54,8	2	6,5
Acepto a las personas tal como son.			1	3,2	1	3,2	24	77,4	5	16,1
Cuando cuido a alguien no tengo que esconder mis sentimientos.			2	6,5	4	12,9	25	80,6		
Puedo expresar mis sentimientos de una forma cálida y cuidadosa.			3	9,7	4	12,9	20	64,5	4	12,9
Me gusta hablar con las personas.					3	9,7	23	74,2	5	16,1
Me veo como una persona sincera en mis relaciones con otros.					1	3,2	26	83,9	4	12,9

Leyenda:

- 1: Muy en desacuerdo
- 2: En desacuerdo
- 3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 4: De acuerdo
- 5: Muy de acuerdo

Tabla 2: Ítems para medir el nivel de valor de los familiares en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta - Jaén, 2011.

ÍTEM: VALOR	HABILIDAD DE CUIDADO									
	1		2		3		4		5	
	N°	%	N	%	N°	%	N	%	N°	%
El hoy está lleno de oportunidades.			5	16,1	2	6,5	15	48,4	9	29,0
Hay muy poco que yo pueda hacer para ayudar a otras personas.	3	9,7	9	29,0	7	22,6	12	38,7		
He visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver.	8	25,8	11	35,5	2	6,5	9	29,0	1	3,2
No hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor.	8	25,8	10	32,3	1	3,2	11	35,5	1	3,2
No importa lo que digan, mientras sienta que hago lo correcto.			3	9,7	1	3,2	18	58,1	9	29,0
La gente puede contar conmigo para hacer lo que dije que haría.					1	3,2	20	64,5	10	32,3
Los buenos amigos cuidan a los otros.			4	12,9	2	6,5	16	51,6	9	29,0
Tengo miedo "dejar ir" a aquellos a quienes cuido, por temor a lo que pueda sucederles.	1	3,2	6	19,4	4	12,9	17	54,8	3	9,7
Me gusta alentar a las personas.			2	6,5			21	67,7	8	25,8
No me gusta hacer compromisos más allá del presente.	2	6,5	4	12,9	4	12,9	17	54,8	4	12,9
Las nuevas experiencias usualmente me producen miedo.	1	3,2	11	35,5	8	25,8	11	35,5		
Tengo miedo de mostrarme tal como soy.	1	3,2	22	71,0	4	12,9	4	12,9		
No me gusta que me pidan ayuda.	6	19,4	20	64,5	3	9,7	2	6,5		

Fuente: Inventario de habilidad de cuidado (CAI) para familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión Arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta- Jaén, 2011.

Leyenda:

- 1: Muy en desacuerdo
- 2: En desacuerdo
- 3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 4: De acuerdo
- 5: Muy de acuerdo

Tabla 3: Ítems para medir el nivel de paciencia de los familiares en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta - Jaén, 2011.

ÍTEM: PACIENCIA	HABILIDAD DE CUIDADO									
	1		2		3		4		5	
	N°	%	N	%	N°	%	N	%	N°	%
Creo que aprender toma tiempo.	1	3,2			3	9,7	26	83,9	1	3,2
Me tomo el tiempo para llegar a conocer a otras personas.	1	3,2	8	25,8	8	25,8	10	32,3	4	12,9
Algunas veces me gusta participar y algunas veces no me gusta participar en las actividades que se presentan.			3	9,7	4	12,9	22	71,0	2	6,5
Me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí.	1	3,2	8	25,8	4	12,9	16	51,6	2	6,5
No me gusta dejar de hacer lo que estoy haciendo, para ayudar a otra persona.	5	16,1	14	45,2	3	9,7	8	25,8	1	3,2
Admiro a las personas que son calmadas y pacientes.			2	6,5	1	3,2	24	77,4	4	12,9
Creo que es importante respetar las actitudes, pensamientos y sentimientos de los demás.			1	3,2	3	9,7	14	45,2	13	41,9
Creo que puedo mejorar lo que no me gusta.							24	77,4	7	22,6
Las personas necesitan de un lugar privado para pensar y sentir.			2	6,5	1	3,2	20	64,5	8	25,8
En cualquier momento, las personas pueden venir a pedirme ayuda.					3	9,7	21	67,7	7	22,6

Fuente: Inventario de habilidad de cuidado (CAI) para familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial. Asociación Adulto Mayor "Divina Pastora" Fila Alta- Jaén, 2011.

Leyenda:

- 1: Muy en desacuerdo
- 2: En desacuerdo
- 3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 4: De acuerdo
- 5: Muy de acuerdo

GALERÍA DE FOTOS



Autora del estudio aplicando los instrumentos, en el domicilio del cuidador familiar.

(Sector Fila Alta – Jaén)