



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Autoeficacia y Habilidad de Cuidado del Cuidador
Familiar de Pacientes Hospitalizados

Presenta
Misael Orea Ceba

Para Obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de la Enfermería

Asesor
MCE José Alfredo Soriano Ramírez

Puebla, Pue. México, marzo /2021



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen

Abstract

Capítulo I Introducción

1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.1.1 pregunta de investigación	4
1.1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos	6

Capítulo II Marco de Investigación

2.1 Marco Teórico	7
2.1.1 Derivación Teórico-Empírica	9
2.2 Definición de términos	10
2.2.1 Conceptual	10
2.2.2 operacional.....	10
2.3 Revisión de la Bibliografía.....	11

Capítulo III Método

3.1 Enfoque metodológico	20
3.2 Diseño de la investigación	20
3.3 Población, Muestra y Muestreo.....	20
3.3.1 Población	20
3.3.2 Procedimientos de muestreo	21
3.3.3 Tamaño de la muestra.....	21
3.4 Criterios de Selección.....	21
3.4.1 Criterios de inclusión.....	21
3.4.2 Criterios de exclusión	21
3.4.3 Criterios de eliminación.....	22
3.5 Procedimientos de medición de variables y recolección de datos	22
3.6 Instrumentos de Medición.....	22

Capítulo IV Resultados

4.1 Análisis descriptivo	26
4.2 Discusión.....	31
4.3 Conclusiones	34

4.4 Recomendaciones.....	35
Referencias.....	38
Apéndices.....	40

Resumen

Introducción: El aumento de las enfermedades crónico degenerativas y de adultos mayores a nivel mundial, nacional y estatal debido a la transición demográfica, epidemiológica y el aumento de la esperanza de vida en la población tendrá como consecuencia que el paciente requiera un sistema de ayuda, de apoyo para cubrir sus necesidades y actividades que él no podrá realizar por sí mismo, el cuidador familiar será en que llevara a cabo esta labor tan importante. Por lo tanto, la actividad del cuidador se verá afectada (Sánchez, Chaparro y Carrillo, 2016). en un intento de adaptarse a las nuevas demandas de salud que el paciente requiere. Esto se puede observar en la percepción de la autoeficacia y la habilidad de cuidado que otorga (Zenteno y Cid 2017).

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, la percepción de la autoeficacia y la habilidad de cuidado, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo de corte trasversal. La muestra estuvo conformada de 47 cuidadores, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se realizó utilizando la Escala revisada de Autoeficacia para el cuidado y la Escala de Habilidad de Cuidado.

Resultados: los cuidadores familiares se caracterizan en su mayoría tener más de 45 años, respecto al sexo predomina el femenino, el estado civil en su mayoría mencionó estar solteros. El grado de estudios que poseen en su mayoría fue de licenciatura, el parentesco que predomina es ser el hijo del paciente. En relación a la ocupación la mayoría declaró ser trabajador. El 55.3 % de los cuidadores estudiados poseen una autoeficacia baja. Mientras el 53.2 % de los cuidadores estudiados poseen una habilidad baja.

Conclusión: La mujer es quien asume el rol de cuidador familiar, lo que afirma la feminización del cuidado dentro del núcleo familiar. El estudio mostro que los cuidadores familiares poseen una autoeficacia baja para el cuidado en las tres dimensiones. En relación a la habilidad de cuidado el estudio mostro que los cuidadores familiares poseen una habilidad baja de cuidado en la dimensión de relación y de comprensión, mas no así en la dimensión de modificación de la vida el cual poseen una habilidad elevada.

Palabras Clave: Autoeficacia, Habilidad de Cuidado, Cuidador Familiar

Abstract

Introduction: The increase in chronic degenerative diseases and older adults worldwide, nationally and statewide due to the demographic, epidemiological transition and the increase in life expectancy in the population will result in the patient requiring a system of help, support to meet their needs and activities that he will not be able to perform by himself, the family caregiver will be in who will carry out this important work (Sánchez, Chaparro y Carrillo, 2016). Therefore, the caregiver's activity would be affected in an attempt to adapt to the new health demands that the patient requires. This can be observed in the perception of self-efficacy and the caregiving skill it grants (Zenteno and Cid 2017).

Objective: To describe the sociodemographic characteristics, the perception of self-efficacy and the ability to care, of the family caregiver of hospitalized patients.

Method: Quantitative, descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 47 caregivers, the sampling was non-probabilistic for convenience. Data collection was performed using the revised Self-Efficacy for Care Scale and the Care Skill Scale.

Results: the family caregivers are characterized in their majority being over 45 years old, with respect to the sex, the female predominates, the marital status mostly mentioned being single. The degree of studies that they have in their majority was a bachelor's degree, the kinship that predominated is being the son of the patient. In relation to the occupation, the majority declared to be workers. 55.3% of the caregivers studied have low self-efficacy. While 53.2% of the caregivers studied have a low ability.

Conclusion: It is the woman who assumes the role of family caregiver, which affirms the feminization of care within the family nucleus. The study showed that family caregivers have low self-efficacy for care in all three dimensions. In relation to the ability to care, the study showed that family caregivers have a low ability to care in the relationship and compression dimension, but not in the life modification dimension, which have a high ability.

Key Words: Self-efficacy, Care Skill, Family Caregiver.

Capítulo I

Introducción

1.1. Planteamiento del Problema

En el ámbito hospitalario los pacientes requieren de cuidados de enfermería en diferentes etapas dentro del transcurso de la historia natural de alguna enfermedad. La figura de la enfermera es imprescindible a lo largo de su estancia hospitalaria y Extrahospitalaria, pero también existe otra figura que resulta vital para el paciente, como lo es el cuidador familiar o primario. El cual es un rol que desempeña una persona que puede formar parte o no parte de la familia, su función es la de otorgar dentro del hospital o en su domicilio cuidados básicos asistenciales o dependiendo del estado de salud en el cual se encuentre el paciente (Guerrero, Romero, Martínez, Martínez y Rosas, 2016).

Para enfermería resulta ser un aliado importante en los cuidados, así como también una fuente de información y dependiendo de la enfermedad del paciente contribuye de forma importante en los procesos de enseñanzas del autocuidado o de continuidad de cuidados más específicos como, por ejemplo; la administración de medicamentos, el control glucémico, la diálisis peritoneal ambulatoria, rutinas de ejercicios de fisioterapia, entre otros. Sin lugar a dudas los beneficios tanto emocionales, psicológico y moral que los pacientes reciben de parte de estos cuidadores son importantes en su recuperación o rehabilitación tanto en el Hospital y fuera de él (Damasceno, Zazzetta y Orlandi, 2019).

Sin embargo, el aumento de las enfermedades crónico degenerativas y de adultos mayores a nivel mundial, nacional, estatal debido a la transición demográfica, epidemiológica y el aumento de la esperanza de vida en la población esto tendrá como consecuencia que el paciente requiera un sistema de ayuda, de apoyo para cubrir sus necesidades y actividades que él no podrá realizar por sí mismo, además de la responsabilidad total de su cuidado de acuerdo a su estado de salud,

el cuidador familiar será en que llevara a cabo esta labor tan importante en el ámbito hospitalario y extrahospitalario. En 1999 la Organización Mundial de la Salud conceptualizó al cuidador familiar como: la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo, en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta (Sánchez, Chaparro y Carrillo, 2016).

En el estado de Veracruz, se otorgan servicios de salud de manera permanente a 60,000 personas que viven con diagnóstico de diabetes, 54,000 con hipertensión arterial, 26,000 con obesidad y 17,000 con alguna dislipidemias esto se ve reflejado en los ingresos hospitalarios en el Hospital Regional de Misantla un gran porcentaje de paciente ingresados en hospitalización son con diagnósticos de enfermedades crónicas degenerativas con un rango de edad de 35 a 65 y más, cada uno de ellos cuenta con algún familiar que realiza la función de cuidador durante la estancia hospitalaria del paciente. Sin lugar a dudas la complejidad de la enfermedad y la duración de la hospitalización son factores que tendrán influencia en la vida del cuidador familiar (Servicios de Salud de Veracruz, 2017).

En ocasiones esta función recae en una sola persona ocasionado cansancio por la sobrecarga de trabajo en el cuidado, lo cual repercute en un desgaste físico y emocional. La sobrecarga es la experiencia del cuidador relacionadas a las demandas de atención, ya que conlleva a un trabajo físico, emocional, social y económico que tiene características objetivas y subjetivas. La sobrecarga objetiva se refiere al cambio del cuidador en diversos ámbitos de la vida y la sobrecarga subjetiva son las reacciones emocionales que presenta el cuidador ante las demandas del cuidado (Escobedo, Orozco, Mejía y Arias, 2020).

Asimismo, el nivel de ayuda que un paciente puede requerir debido a las complicaciones o rehabilitación de su enfermedad tendrá influencia en el estado de salud del cuidador ya que este será modificado a causa del estrés aunado a deficiencia en el estilo de vida por los periodos largo o indefinidos durante su hospitalización del paciente. En cuanto al entorno familiar sino existe un apoyo real y por el contrario hay una falta de relaciones interpersonales sanas o exista otro familiar más con algún padecimiento que también requiera de cuidados, así como la falta de recursos económicos, esto incrementaría el cansancio por la sobrecarga del cuidador (Romero y Franco, 2019)

En la relación enfermera- cuidador –paciente se ha observado expresiones que demuestran lo anteriormente mencionado que son mencionadas ya sea por el paciente o el cuidador como; “soy el único que lo cuida”, “tengo otro familiar enfermo”, “no cuento con el apoyo de otros familiares”, “ya no tengo recursos económicos”, “me siento muy tensionado”. Por lo consiguiente las consecuencias serán un aumento de conflictos familiares, el inicio de enfermedades por agotamiento físico, así como la desatención o posible abandono del paciente por parte del cuidador familiar (Barrera, Blanco, Figueroa, Pinto y Sánchez, 2006).

Por lo tanto, la actividad del cuidador se vería afectada en un intento de adaptarse a las nuevas demandas de salud que el paciente requiere. Esto se puede observar en la percepción de la autoeficacia y la habilidad de cuidado que otorga. Esta realidad es la que la Enfermera no debe de dejar pasar por desapercibida, ya que se corre el riesgo de tener un cuidador familiar que no sea un sistema de apoyo para favorecer su autocuidado o para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria que contribuyan a mejorar el estado de salud de pacientes hospitalizados. El personal de Enfermería debe no solo de centrarse como foco del cuidado en el paciente sino

también en la unidad familiar en donde se encuentra la figura del cuidador familiar (Zenteno y Cid, 2017).

1.1.1 pregunta de investigación

¿cuáles son las características sociodemográficas, la percepción de la autoeficacia, la habilidad de cuidado del cuidador familiar de pacientes hospitalizados?

1.1.2 Justificación

En la atención de Enfermería en el proceso salud-enfermedad la figura del cuidador familiar es un componente imprescindible en los sistemas de salud, es una realidad donde el profesional de Enfermería debe centrar la atención del cuidado, ya que la influencia benéfica que aporta hacia el cuidado del paciente hospitalizado es importante ante la demanda de cuidados básicos o específicos que requieren diferentes patologías. La transición demográfica, epidemiológica aunado al aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades no transmisibles han provocado un aumento en relación a cuidados en donde los pacientes requieren totalmente o parcialmente de apoyo para su autocuidado (Guerrero, Romero, Martínez, Martínez y Rosas, 2016).

Frente a lo expuesto anteriormente es importante estudiar la percepción de la autoeficacia y la habilidad del cuidado de la persona que cumple con el rol de cuidador familiar. La autoeficacia es la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener resultados deseados. La presente investigación pretender describir la percepción de la autoeficacia, la habilidad del cuidado y las características sociodemográficas del cuidador familiar. La autoeficacia es uno de los constructos del modelo de promoción de la salud de Nola Pender considerado como uno de los ejes importantes donde se

lleva a cabo el proceso de cambio de la conducta, que influye en lo referente a la salud en la prevención de conductas riesgosa y promoción de conductas beneficiosas en las personas. Nola pender lo sintetiza de la siguiente forma que a mayor eficacia percibida será menor las barreras percibidas para la adopción de conductas específica de salud (Zenteno y Cid, 2017).

En cuanto a la habilidad del cuidado diferentes estudios realizados en Europa, Sudamérica y Centroamérica muestran que la sobrecarga que experimenta los cuidadores depende del tiempo y la funcionalidad del paciente lo que se observa en la percepción que realiza en su experiencia como cuidador, la habilidad de cuidado es el potencial que tienen la persona adulta que asume el rol de cuidador familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad (Torres, Carreño y Chaparro, 2017).

Por lo expuesto anteriormente disponer de conocimientos relacionado con la percepción de autoeficacia y la habilidad del cuidado del cuidador familiar aportara al cuidado de enfermería a enfocarse no solo al cuidado del paciente sino también del cuidador quien enfrentara por su rol efectos psicológico y físicos en los cuales el personal de Enfermería podrá identificar si necesita apoyo en aspectos como de educación para la salud, conocimientos de la patología, capacitación en procedimientos específicos, apoyo emocional antes situaciones estresantes, conocimientos para el acceso a servicios de salud específicos (García, Zapata, Rivas y del Carmen, 2018).

Lo cual permitirá a Enfermería a brindar intervenciones o formular estrategias educativas, de enfermería ya sea independientes o multidisciplinaria que ayuden al cuidador familiar en el desempeño de su rol de forma efectiva. La presente investigación será útil al hacer foco de observación por parte de Enfermería la realidad del cuidador familiar y de su entorno dentro de las unidades de atención del sistema de salud como un componente esencial y un factor de cambio en la intimidad del núcleo familiar, tomando en cuenta el potencial, las limitaciones y la

capacidad de afrontamiento, para la satisfacción de las necesidades de la persona enferma (Zenteno y Cid, 2017).

1.3 Objetivos

Objetivo General

- Describir las características sociodemográficas, la percepción de la autoeficacia y la habilidad de cuidado, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.

Objetivos Específicos

- Definir las características sociodemográficas, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.
- evaluar la percepción de la autoeficacia según sus dimensiones, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.
- Valorar la habilidad de cuidado según sus dimensiones, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.

Capítulo II

Marco de Investigación

2.1 Marco Teórico

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender, describe la forma en como ciertos factores intervienen en la modificación de las conductas en las personas, está inspirado por dos sustentos teóricos: la teoría de expectativas-valores y de la teoría cognitivo –social de Albert Bandura. por medio de un esquema ilustra la interacción de las personas con el entorno para modificar conductas que lo lleven alcanzar el estado de salud deseado. El modelo conceptual está conformado por tres componentes: las características y experiencias individuales de las personas, los conocimientos y afectos específicos de las conductas y el resultado conductual (Barragán, Hernández, Flores y Vargas, 2017).

Dentro del modelo de promoción de salud el componente de conocimientos o cognición y afectos específicos de la conducta esta relacionados con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específico de la conducta, el cual está conformado por seis conceptos: percepción de beneficio de la acción, percepción de barreras para la acción, afectos relacionados de la actividad, influencias personales, influencias situacionales y la percepción de autoeficacia el cual es uno de los conceptos más importantes en el proceso de cambio de la conducta y el cual se considerara para el presente estudio.

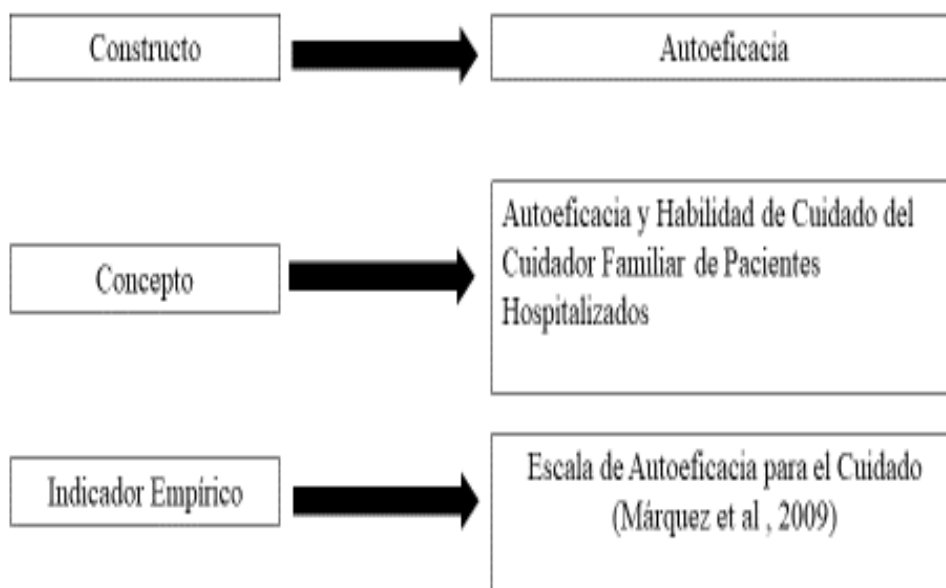
El concepto de la autoeficacia tiene su origen en la teoría cognitivo –social fue planteado por Albert Bandura en 1977 el cual menciona sobre la existencia de 2 tipos de expectativas: la expectativa de eficacia y la expectativa de resultado. En donde la expectativa de eficacia es la convicción de la persona en lograr exitosamente una conducta requerida y originar un resultado deseado. Por otro lado, la expectativa de resultado es la valoración de una conducta específica que llevara a una persona a lograr un resultado. Bandura define a la autoeficacia como los

juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizara y ejecutara sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Gutiérrez y Gómez, 2018).

Por lo anterior en el área de la salud, la percepción de autoeficacia es importante en la prevención de conductas riesgosas y en la promoción de conductas que conlleven el beneficio de las personas, ya que como lo plantea Pender, a mayor eficacia percibida menores serán las barreras percibidas para adoptar una conducta de salud específica. Para Haley y Pardo en el ámbito del cuidado lo definieron como la confianza de esta persona en relación con el manejo de problemas conductuales y de incapacidades del receptor del cuidado (Zenteno y Cid, 2017).

En la autoeficacia para el cuidado se han identificado 3 dimensiones; la Autoeficacia para el autocuidado y obtención de respiro: son los comportamientos que los cuidadores pueden adoptar para reducir su propia angustia y mejorar su bienestar. La Autoeficacia en la respuesta a conductas disruptivas: es el comportamiento de los cuidadores en el uso de habilidades de resolución de problemas durante el proceso del cuidado y por último la Autoeficacia en el control de pensamientos molestos: consiste en la forma del cuidador en como enfrenta los pensamientos angustiantes e inútiles acerca de su situación de cuidado.

2.1.1 Derivación Teórico-Empírica



Nota: Orea-Ceba y Romero-Soriano, 2020

2.2 Definición de términos

2.2.1 Conceptual

Autoeficacia: los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizara y ejecutara sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Bandura, 1977).

Cuidador Familiar: Las personas que presten atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes, etc. (Maeyama, 2007).

Paciente: persona que padece física y corporalmente, y especialmente se halla bajo atención médica (real academia de la lengua,2019).

Habilidad del cuidado: la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo, y asume que las habilidades esenciales del cuidado son el conocimiento, el valor y la paciencia (Nkongho,1990)

2.2.2 operacional

Autoeficacia: se medirá con la escala de autoeficacia para el cuidado en tres dimensiones: autoeficacia en autocuidado y obtención de respiro, autoeficacia en respuesta a conductas disruptivas y autoeficacia en control de pensamientos molestos.

Habilidad del cuidado: se medirá con la escala de habilidad de cuidado en tres dimensiones: relación, compresión y modificación de la vida.

Cuidador familiar: características sociodemográficas se medirá con la cedula de identificación;

Sexo: género del cuidador familiar en términos de masculino o femenino

Edad: número de años cumplidos referidos por cuidador familiar.

Escolaridad: número de años de educación formal referidos por el cuidador familiar.

Estado civil: tipo de relación de cuidador familiar y otro individuo

Ocupación: función social que desempeña

Tiempo de cuidado: días, meses o años declarados por el cuidador familiar.

Parentesco: lazo consanguíneo o social que refiera el cuidador familiar

Paciente hospitalizado: persona con alguna enfermedad de un aparato o sistema que recibe atención médica en una institución de salud.

2.3 Revisión de la Bibliografía

Zenteno, Cid y Sáez (2017) realizó un estudio con el objetivo de conocer la percepción de autoeficacia del cuidador familiar y su relación con sus características biopsicosociales y los indicadores de morbilidad en personas hospitalizadas. El estudio fue cuantitativo, correlacional y de corte transeccional el cual se llevó a cabo con una muestra de 97 cuidadores familiares. Los instrumentos utilizados fueron la escala de autoeficacia para el cuidado, la escala de autoestima y un cuestionario semiestructurado, como resultado se obtuvo que el 76% de las personas encuestadas son mujeres y el 24% hombres, el 73% de los cuidadores declaró tener pareja.

La edad promedio fue de 41.3 años ~ y el tiempo de cuidado promedio fue de 104.5 meses (8.7 años). Su autoestima alcanzó una media de 33.5 puntos y una mediana de 34 puntos correspondiente a una autoestima elevada. La autoeficacia mostro ser mayor en cuidadores hombres se obtuvo una relación estadística significativa con la edad, nivel de estudios, autoestima, conocimiento del tratamiento duración de la enfermedad. Concluyendo que algunas

características biopsicosociales del cuidador e indicadores de morbilidad de la persona en estado crítico se relacionan con su percepción de autoeficacia e influyen en la toma de decisiones de adoptar una conducta promotora de salud frente a su autocuidado y el de su familiar.

Pablo, Domínguez, Peláez, Rincón y Orea (2106) realizó un estudio con el objetivo de examinar la asociación entre autoeficacia y sobrecarga percibida del cuidador de pacientes con insuficiencia cardíaca. El estudio fue exploratorio, cuantitativo y correlacional de corte transversal. Con una muestra en donde Participaron 109 cuidadores de pacientes con insuficiencia cardíaca. Los instrumentos utilizados fueron: la escala de carga Zarit y la escala de autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de enfermos crónicos.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: en relación a características sociodemográficas en la edad la media de los cuidadores fue de 55,1 años (DE: 13,8). predomina en nuestra muestra corresponde a una mujer (76,1%), casada (79,8%), que se dedica al hogar, con educación básica (35,8%) y con parentesco directo, siendo su cónyuge o hija. El 49,5% (95%IC: 82,12-89,16) de la muestra reportó un nivel de autoeficacia bajo. El 27,5% (95%IC: 20,04-22,75) presentó sobrecarga leve y el 25,7% (95%IC: 37,71-47,78) sobrecarga intensa.

Los resultados del análisis revelan una relación inversamente proporcional entre las variables del estudio ($r_s = -0,592$, $p < 0,05$), Eliminar lo siguiente: esto quiere decir que a mayor sobrecarga menor autoeficacia percibida y viceversa. concluyendo que la sobrecarga es una de las consecuencias negativas más reportadas. Ya que está relacionada con la autoeficacia percibida, este hallazgo podría ser considerado en el diseño de programas de intervención para reducir la carga del cuidador.

Sánchez-Anguila (2019) realizó un estudio con el objetivo de conocer los niveles de ansiedad y autoeficacia en cuidadores de enfermo de Alzheimer. La muestra estuvo conformada de 56

cuidadores, se aplicaron el test STAI de ansiedad de Spielberger y la escala de autoeficacia general de Sherer y se recogieron datos sociodemográficos, dedicación diaria, antigüedad de cuidador y ayudas externas recibidas. Se llevó a cabo el análisis estadístico descriptivos e inferenciales a través del SPSS. Los resultados muestran que la ansiedad está relacionada con el estado civil y que presentan mayor ansiedad los divorciados/separados y los viudos/as que el resto de categorías como: solteros, con convivencia o casado.

El tiempo del cuidador para tener relación con la ansiedad según los resultados los que tienen entre 0 o 3 años presenta mayor ansiedad y esta se va reduciendo conforme aumentan los años. en relación a las horas que los cuidadores dedican al cuidado menos de dos horas presentan más ansiedad y lo que dedican más de diez horas diarias son los que presentan menos ansiedad en el cuidado. La relación entre la autoeficacia y ansiedad respecto al tiempo de cuidado los sujetos que cuidan más de 10 horas diaria tienen mayor autoeficacia y menor ansiedad.

Para lo que dedican tiempos menores de 2 a 5 horas presentan una menor autoeficacia. En relación al estado civil la media de autoeficacia es menor en los viudos y mayor en parejas en convivencia. En cuanto al sexo las mujeres perciben más autoeficacia que los hombres. Por ultimo lo que tienen formación media y superior presentan menor autoeficacia. concluyendo que la mayor antigüedad en los cuidados facilita mejorar su ansiedad y aumentar la autoeficacia. El tiempo de dedicación demuestra que proporciona mayor autoeficacia y menor ansiedad. En relación a las ayudas externas de profesionales son positivas para la salud del cuidador, aunque proporcionan mayor autoeficacia y menor ansiedad en función de la especialidad de quien las proporciona.

Araújo, Ferreira, Da rocha, silva, Calvalcante, De Almeida y Barbosa (2017) realizaron un estudio para determinar la asociación de autoeficacia de los padres/cuidadores y los parámetros

de control del asma infantil. El estudio fue exploratorio, transversal, cuantitativo, correlacional. La muestra estuvo conformada por 216 cuidadores, los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron la escala de autoeficacia y el nivel de control de asma versión brasileña y un cuestionario sociodemográfico. Se encontraron los siguientes resultados: la asociación estadísticamente significativa entre los scores de autoeficacia y las siguientes variables: consulta médica no programada ($p=0,001$), visita a las emergencias ($p<0,001$), hospitalizaciones en los últimos 12 meses ($p=0,005$), limitación de actividad física ($p=0,003$), ausentismo escolar ($p<0,001$) y sueño falta de sueño ($p<0,001$).

La asociación de la escala y las variables de competencia para el control de asma, la autoeficacia de los cuidadores tiene influencia para el control de asma en las siguientes variables: saber diferenciar medicación de crisis de la medicación de control ($p=0,024$), uso de espaciador ($p=0,001$), realizar higiene oral tras el uso de corticoide inhalado ($p=0,003$) y conocimiento de la gratuidad de la medicación ($p=0,004$). Concluyendo que hay evidencia por la relación significativa de la autoeficacia de los padres/cuidadores de niños con asma infantil con los parámetros de control y con la formación de competencias necesarias para alcanzar dicho control. De tal forma, que se determina que los niveles elevados de autoeficacia contribuyen directamente al control del asma y como consecuencia, a la promoción de la salud de dichos niños y sus familias.

Alfaro y Murga (2016) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la correlación sobre los niveles de afrontamientos y autoeficacia emocional en padres de hijos con cáncer. el estudio fue descriptivo, cuantitativo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 55 padres, fue un muestreo bolo de nieve y no probabilístico. La recolección de datos se llevó a

cabo aplicando el cuestionario inventarios de estrategia de afrontamiento (IEA) y la escala de autoeficacia emocional (EAE).

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: en un 70% eran madres de entre 26 y 45 años, en un 49.1 % curso estudios secundario. En un 10% solo curso estudios de nivel técnico medio y licenciatura. En relación al estado civil el 45% convive en pareja mientras que un 39% refiere estar casados solo el 12.7% es solteros y un 9.1% son separados. El 50.9 vive con su pareja y sus hijos. En un 56.6% de padres y madres tienen entre 1-2 hijos. En lo referente a la autoeficacia emocional el 67% tiene un alto nivel mientras que el 23% tienen un nivel muy alto en contraste con el 9.1% tiene medio.

En cuanto a la estrategia de afrontamiento un 76.4 no está familiarizado con las estrategias de afrontamiento mientras un 23.6% utiliza las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad. En relación a la correlación entre las variables de estudio existe una relación directa y positiva entre ambas variables, aunque esta no es significativa ya que reporta valores de .217 lo que significa que a mayor nivel de autoeficacia emocional mayor es el grado de afrontamiento que tienen los padres. Concluyendo que la correlación entre el afrontamiento y autoeficacia emocional en los padres con cáncer es escasa, directa y sin nivel de significancia.

Villarruel (2018) realizó un estudio con el objetivo de establecer la correlación o asociación entre el estrés y la percepción de la autoeficacia. El estudio fue descriptivo, cuantitativo y correlacional. La muestra fue de tipo intencional compuesta por 88 madres de familias con niños con habilidades especiales. Los instrumentos para la recolección de datos fueron la escala de estrés percibido (SPP14) y la escala de autoeficacia de Baessler y Schwarzer. Los resultados obtenidos muestran que hay una relación negativa relativamente baja .324 cuando $p < .005$, lo que significa que a mayor estrés menor autoeficacia o viceversa.

En relación al tipo de trastorno existen mayor nivel de estrés en las madres con trastorno del espectro autista, en cuanto a edad, nivel educativo, ocupación no se encontraron diferencias significativas. En las madres con niños con trastorno de conducta o con TDAH tienen un mayor promedio de autoeficacia, pero en cuanto la edad, nivel educativo y ocupacional no se hallaron diferencias significativas. Concluyendo que, a mayor estrés, menor autoeficacia, el cual se relaciona con lo que Bandura postula que una alta autoeficacia es un elemento protector para disminuir el estrés.

Penagos y Vargas-Escobar (2020) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención de enfermería al compararla con la intervención estándar en la modificación de la autoeficacia y la sobrecarga del cuidador del paciente hematoncológico. El estudio fue cuantitativo, cuasi experimental, se llevó a cabo con dos grupos de 77 cuidadores uno experimental y otro de comparación, se realizó la pre y pos prueba. Los instrumentos utilizados para la medición fue la escala general de autoeficacia y la escala de Zarit.

Como resultado se encontró que la intervención es efectiva para modificar la autoeficacia del cuidador, ya que evidencia en la comparación entre el grupo control y experimental posterior a la intervención pasando de 25,8 a 29,8 ($p=0.00$) en la escala de autoeficacia, así como al interior del grupo experimental pasando de un 25,5 a 26,3 ($p=0.00$). No se observaron diferencias significativas en relación a la sobrecarga del cuidador del paciente hematooncológico posterior a la intervención. Concluyendo que las intervenciones educativas de enfermería en paciente hematológicos modifican la autoeficacia del cuidador si se realizan con un enfoque motivacional.

Merighi, De Souza, Ribeiro y Ciasca (2015) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la relación entre el patrón de independencia y el nivel de autoeficacia de su cuidador. La muestra estuvo conformada por trece cuidadores. Para la recolección de datos se utilizaron la

escala de percepción de autoeficacia y el índice de actividades de la vida diaria de Katz. como resultado se obtuvo que que 84.6% de los cuidadores eran mujeres y 15.4% hombres. En lo referente a la educación, el 15,4% de los cuidadores había cursado educación primaria, el 61,5% la educación secundaria y el 23,1% la educación superior. En cuanto a la actividad laboral, el 46.2% de los cuidadores manifestaron trabajar fuera del hogar y el 53.8% mencionaron trabajar en casa, es decir, propietarios o jubilados.

La edad promedio de los cuidadores fue de $42 \pm 7,49$ años, con un máximo de 62 años y un mínimo de 34 años. En relación al género del niño que se cuida, se encontró que predominaba el hombre (76.92%) y la edad promedio era de 7 años, con un máximo de 12 años y un mínimo de 3 años. el índice de autoeficacia del cuidador, mostro que no había carga para el cuidador ($M = 40.30 \pm 12.09$). En el Índice de Katz las puntuaciones ($M = 11.31 \pm 4.40$) evidenciaron que 3 niños eran dependientes, 4 necesitaban ayuda y 6 eran independientes. En las categorías, los datos indicaron un bajo nivel de autoeficacia para "obtener un descanso" ($M = 11.84 \pm 8.53$), un nivel moderado en relación con "autoeficacia para responder a comportamientos inapropiados de la persona que se cuida" ($M = 15.23 \pm 4.30$), y un nivel moderado con en cuanto a la "autoeficacia para controlar los pensamientos negativos el acto de cuidar" ($M = 13.15 \pm 5.06$).

en relación al grado de parentesco se encontró que el 70% de los participantes eran madres, 16% padres, 7% abuela y 7% tía. Entre las madres, 5 realizaron actividades profesionales fuera del hogar. En la escala de Katz de acurdo a los puntajes obtenidos tienen una correlación negativa con los puntajes en la escala de autoeficacia ($r_s = -0.042$; $p = 0.893$) lo que significa que las variables se mueven en dirección opuesta es decir si se muestra una tendencia de mayores puntos en la escala de Katz menos ocurrirá en la escala de autoeficacia y viceversa. Por lo que la correlación es muy débil y no significativa. Concluyendo que hay una falta de correlación entre

el nivel de dependencia del niño con TEA y la percepción de autoeficacia del cuidador. De acuerdo a el índice de Katz los niños en su mayoría necesitan asistencia, en relación a la autoeficacia y las características de independencia del niño con TEA los cuidadores tienen un buen índice de autoeficacia.

Torres, Carreño y Chaparro (2017) realizaron un estudio con el objetivo de describir la relación entre la habilidad del cuidado, la sobrecarga y las características del cuidador familiar con enfermedad crónica. El estudio fue cuantitativo, correlacional, la muestra estuvo conformada con 329 cuidadores familiares. Para la recolección de datos se utilizó el inventario de habilidad de cuidado de Nkongho y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y una ficha de identificación de la diana GCPC-UN-D.

Los resultados encontrados son una media de los pacientes de 43,26 años, el 58% son hombres, el 49% son cuidados por los padres, el 53,4% perciben que son una carga moderada a alta para su familiar; en relación a la edad la media de los cuidadores fue 46,9 años, la mayoría son del sexo femenino, su ocupación son las labores del hogar, únicas cuidadoras; se observaron correlaciones débiles entre la sobrecarga del cuidador con la edad, nivel de dependencia, alteración cognitiva, escolaridad y percepción de carga de la persona con ECNT. Se encontraron correlaciones débiles de la habilidad de cuidado con el nivel de dependencia y la alteración cognitiva de la persona con ECNT, con la edad del cuidador y con el nivel socioeconómico de la díada. Concluyendo que las correlaciones demuestran que la sobrecarga no necesariamente tiene una relación con indicadores tradicionales como la dependencia funcional, con lo que se confirma la relación entre los miembros de la díada y reconocerlos como sujeto de cuidado variante.

Cantillo, Ramírez y Perdomo (2018) realizaron un estudio con el objetivo de analizar las características sociodemográficas del cuidador-persona con enfermedad crónica no transmisible y la asociación entre habilidad de cuidado, sobrecarga percibida por el cuidador y características sociodemográficas del cuidador-persona con enfermedad crónica no transmisible hospitalizada en una institución de alta complejidad. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional, corte transversal. La muestra estuvo conformada con 89 cuidadores. La recolección de datos se realizó aplicando los instrumentos: Ficha de caracterización de la díada, Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI) de Nkongho y la Escala de sobrecarga de Zarit.

Los resultados obtenidos demostraron que los cuidadores poseen bajo nivel de habilidades de cuidado (84,3%) y refieren ausencia de sobrecarga (70,8%). Se demostró que la asociación es significativa, entre habilidad, sobrecarga y algunas características de la díada y del cuidado ($p < 0,05$). Concluyendo que los resultados muestran afectación en la habilidad del cuidado y ausencia de sobrecarga, así como asociación entre habilidad y sobrecarga de los cuidadores, por lo cual influye en la posibilidad de resolver las necesidades de cuidado de las personas dependientes.

Capítulo III

Método

3.1 Enfoque metodológico

Estudio de enfoque cuantitativo, ya que se utilizará la recolección de datos para medir variables y se analizará estadísticamente con el fin de establecer comportamientos de una población (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal. Los estudios descriptivos documentan, observan y describen en forma natural el fenómeno de estudio y transversal ya que la recolección de dato se llevará a cabo en un solo momento en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.3 Población, Muestra y Muestreo

3.3.1 Población

La población estuvo conformada por personas adulta de ambos sexos que son el/la cuidador/a familiar de pacientes Hospitalizados en el Hospital General de Misantla perteneciente a los servicios de salud de Veracruz. El número de cuidadores familiares no fue posible definirse, debido a que no existe ningún registro relacionado por paciente hospitalizado, por lo cual se realizó una proyección de que cada paciente hospitalizado cuenta con al menos un cuidador.

3.3.2 Procedimientos de muestreo

La obtención de la muestra, fue de tipo no probabilístico por conveniencia, localizando a los cuidadores familiares mayores de 18 años de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Misantla y que cumplieran con los criterios de inclusión.

3.3.3 Tamaño de la muestra

La muestra fue de 47 cuidadores/as familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Misantla, que aceptaron participar en la investigación a través del consentimiento informado. Se realizó revisión de los registros de los ingresos de pacientes diarios del área de hospitalización para obtener la población

3.4 Criterios de Selección

3.4.1 Criterios de inclusión

Se consideraron dentro del estudio a los cuidadores familiares que cumplieran con los siguientes requisitos:

- Ser cuidador familiar de algún paciente con al menos cinco días de hospitalización o estar en estado de recuperación en el hogar posterior a la hospitalización el Hospital General de Misantla.
- Ser mayor de edad, de acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio.

3.4.2 Criterios de exclusión

- cuidador familiar menor de 18 años.
- cuidador no familiar.
- Cuidador familiar que percibe una remuneración por el cuidado.
- cuidador familiar con profesión relacionada al cuidado.

3.4.3 Criterios de eliminación.

- Cuidador familiar que durante la aplicación del instrumento decline su participación.

3.5 Procedimientos de medición de variables y recolección de datos

La recolección de datos se inició con la solicitud del consentimiento informado por escrito y el llenado de la cedula de identificación para las variables sociodemográficas. En una entrevista con un tiempo promedio de 30 a 45 minutos, se aplicó a los cuidadores familiares la Escala de autoeficacia para el Cuidado y la Escala de Habilidad de Cuidado, para el llenado de los instrumentos el investigador leyó los reactivos y la persona señaló su respuesta en la representación de la escala de cada instrumento.

3.6 Instrumentos de Medición

Escala de autoeficacia para el cuidado

Steffen et, en el año 2002 desarrollo la escala de percepción de autoeficacia para el cuidado cuyo objetivo es identificar y evaluar las creencias de los cuidadores en relación a su capacidad para el desarrollo de la actividad del cuidado. La escala está conformada por 15 preguntas, divididas en tres dimensiones de 5 preguntas cada una, en la cual se obtiene una puntuación de 0 a 100, donde 0 significa que no puede hacerlo en absoluto, y 100 seguro que puede hacerlo, para lo cual da un puntaje total de 500 en cada dimensión. Para la evaluación, se puede considerar un bajo o alto nivel de autoeficacia para el cuidador.

Las dimensiones que evalúa la escala son:

- Autocuidado y obtención de respiro (pregunta 1 a la 5)
- Respuesta a conductas disruptivas (pregunta 6 a la 10)
- Control de pensamientos molestos (pregunta 11 a la 15)

Posteriormente, Márquez et al, en el año 2009 llevan a cabo la adaptación y traducción de la escala al español. En un grupo de 180 cuidadores de una población española al aplicarla se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,86 para la dimensión de autocuidado y respiro, 0,79 en la dimensión respuesta a conductas disruptivas y 0.82 para la dimensión de control de pensamientos molestos (Zenteno y Cid, 2017).

Escala de habilidad de cuidado

Barrera en el 2008 desarrolla la escala dentro de la línea de investigación de habilidad del cuidado de enfermería en el paciente crónico de la Facultad de enfermería de la universidad Nacional de Colombia. La escala se conforma por 48 preguntas divididas en tres dimensiones:

- Relación (pregunta 1 a la 23)
- Comprensión (pregunta 24 a la 40)
- Modificación de la vida (pregunta 41 a la 48)

La escala se encuentra formada por respuestas tipo Likert; nunca 1(no es hábil), pocas veces 2(medianamente hábil), con frecuencia 3(medianamente hábil) y siempre 4(es hábil). Los puntajes que se obtienen mínimos y máximos son 23/92, 17/68 y 8/32 en cada dimensión respetivamente. para obtener el resultado individual por dimensión, se establece la sumatoria entre cada uno de los puntajes obtenidos por cada dimensión, en el cual se identifica la media aritmética y se usa como punto de referencia; aquellos que presenten un puntaje sobre la media, serán identificados como cuidadores familiares que presentan una elevada habilidad de cuidado y quienes obtengan un puntaje bajo la media, serán consideradas con una baja habilidad de cuidado, siempre referido en la dimensión específica que se está midiendo.

De acuerdo a Vergara el instrumento posee un alfa de Cronbach de 0.61 en la dimensión de relación, 0.81 en la dimensión de comprensión y 0.42 en la dimensión de modificación de la vida

con por lo cual es un instrumento confiable. Para Blanco en el 2013 utilizando el índice de concordancia de Kappa de Fleiss determina que la escala presenta validez facial, de contenido y que es consistente teóricamente (Damasceno, Zazzetta y Orlandi,2019).

3.7 Aspectos Éticos:

El presente estudio se realizó de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en relación al Título segundo, Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al artículo 14, fracción VII y VIII se contó con el dictamen favorable de la de la Dirección de Posgrados en Enfermería de la universidad Popular Autónoma Del Estado De Puebla. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los cuidadores familiares que participaron en la investigación, según el Título segundo, artículo 14 fracción V (Secretaría de Salud, 2014).

En este estudio se protegió la privacidad, manteniendo a los participantes en el anonimato ya que los resultados se dieron a conocer de forma general, de acuerdo al artículo 16. El estudio fue considerado sin riesgo para los participantes, ya que no hubo ninguna intervención o modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas y sociales, de los individuos participantes, según al artículo 17, fracción I. Todos los participantes recibieron una explicación clara y concreta de los objetivos y procedimientos del estudio con el fin de respetar su dignidad y su bienestar en el proceso de la entrevista, también se informó de la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento en que no quisieran continuar participando sin que esto afectara sus intereses personales de acuerdo al artículo 21, fracción I, II, III, IV, VI y VII (Secretaría de Salud, 2014).

3.8 Estrategia de Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron codificados con el objeto de organizarlos y clasificarlos utilizando el software estadístico SPSS versión 23 para llevar acabo el análisis. Se inició midiendo la confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos. Posteriormente, se realizó la estadística descriptiva que incluyo distribución de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Capítulo IV

Resultados

4.1 Análisis descriptivo

Tabla 1

Características sociodemográficas del cuidador familiar

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
20-25 años	9	19.1
26-30 años	3	6.4
31-35 año	6	12.8
36-40 años	3	6.4
más de 40 años	26	55.3
Sexo		
Hombre	11	23.4
Mujer	36	76.6
Estado Civil		
Soltero	20	42.6
Unión Libre	10	21.3
Casado	16	34.0
Viudo	1	2.1
Grado de Estudios		
Primaria	4	8.5
Secundaria	13	27.7
Bachillerato	13	27.7
Licenciatura	16	34.0
Posgrado	1	2.1
Parentesco		
Pareja	9	19.1
Hermano/a	7	14.9
Hijo/a	17	36.2
Padre/Madre	11	23.4
Otra	3	6.4
Ocupación		
Estudiante	4	8.5
Trabajador	36	76.6
Labores del hogar	7	14.9

Recibe Apoyo de Grupos Sociales		
Si	2	4.3
No	45	95.7
Estado de Salud		
Bueno	36	76.6
Regular	11	23.4
Fuente: CI, Orea Ceba y Romero- Soriano		<i>n=47</i>

El estudio comprendió a 47 cuidadores familiares, dentro de las características sociodemográficas, las edades oscilaron entre 20 años y más de 45 años, se encontró que más de la mitad tenían más de 45 años, respecto al sexo del cuidador familiar que predomina es el sexo femenino, el estado civil en su mayoría mencionó estar solteros.

El grado de estudios que poseen los cuidadores en su mayoría fue de licenciatura, el parentesco que predomina es ser el hijo del paciente. En relación a la ocupación la mayoría declaró ser trabajador. Respecto a la percepción de apoyo de grupos sociales casi el total señaló que no recibe apoyo y en cuanto a la percepción del estado de salud del cuidador en su mayoría lo considero como bueno.

Tabla 2

Características del paciente hospitalizado

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
11-15 años	2	4.3
16-20 años	2	4.3
21-25 años	1	2.1
26-30 años	1	2.1
31-35 años	4	8.5
36-40 años	2	4.3
41-45 años	2	4.3
Más de 45 años	33	70.2
Padecimiento		
Cardiovascular	9	19.1
Respiratorio	1	2.1
Metabólico	18	38.3
Neurológico	2	4.3
Oncológico	8	17.0
Otro	9	19.1
Tiempo de Cuidado		
Menor de 1 año	12	25.5
1-5 años	27	57.4
6-10 años	7	14.9
Más de 10 años	1	2.1

Fuente: CI, Orea Ceba y Romero-Soriano*n* = 47

En relación a las características del paciente hospitalizado la edad oscilo entre los 11 años y más de 45 años, en su mayoría se encontró que el 70.2 % tiene más de 45 años. En cuanto al padecimiento que ameritaron hospitalización en su mayoría presentaron padecimientos metabólicos con un 38.3 %. Respecto al tiempo de cuidado este oscilo entre < menores de un año y mayores de 10 años, en su mayoría el tiempo fue de 1-5 años con un 57.4 %.

Tabla 3

Autoeficacia para el cuidado de cuidadores familiares de pacientes hospitalizados

	<i>m</i>	<i>< m (%)</i>	<i>> m (%)</i>
Autoeficacia para el autocuidado y obtención de respiro	9.61	66	34
Autoeficacia en la respuesta a conductas disruptivas	11.78	63.8	36.2
Autoeficacia en el control de pensamientos molestos	10.57	51.1	48.9
Fuente: ERAC,2020			<i>n=47</i>

La escala revisada de autoeficacia para el cuidado está integrada por tres dimensiones, cada dimensión la conforman 5 preguntas de acuerdo al puntaje obtenido se considera alta o baja autoeficacia del cuidador si su puntaje está por sobre o bajo la media obtenida. En la primera dimensión autoeficacia para el autocuidado y obtención de respiro las personas estudiadas en su mayoría poseen una autoeficacia baja (66%). En la segunda dimensión autoeficacia en respuesta a conductas disruptivas los cuidadores poseen una autoeficacia baja (63.8%). en la tercera dimensión autoeficacia en el control de pensamiento molestos el mayor porcentaje de cuidadores poseen una autoeficacia baja (51.1%).

Tabla 4

Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de pacientes hospitalizados

	<i>m</i>	<i>< m (%)</i>	<i>> m (%)</i>
Relación	61.17	53.2	46.8
Comprensión	54.91	46.8	53.2
Modificación de la vida	23	57.4	42.6
Fuente: HCCF,2020			<i>n=47</i>

La escala de habilidad de cuidado está integrada por tres dimensiones, de acuerdo al puntaje obtenido se considera elevada o baja habilidad de cuidado si su puntaje está por sobre o bajo la media obtenida. En la primera dimensión relación los cuidadores presentan una baja habilidad (53.2%). En la segunda dimensión comprensión la mayoría posee una elevada habilidad (53.2%), la última dimensión modificación de la vida los cuidadores en su mayoría poseen una baja habilidad (57.4).

Tabla 5

Autoeficacia y habilidad de cuidado del cuidador familiar de pacientes hospitalizados				
	<i>m</i>	<i>< m (%)</i>	<i>> m (%)</i>	<i>α</i>
Autoeficacia para el cuidado	30.36	55.3	44.7	0.759
Habilidad para el cuidado	139.9	53.2	46.8	0.856
Fuente: ERAC, HCCF, 2020				<i>n=47</i>

La escala revisada de autoeficacia para el cuidado presenta una consistencia interna global aceptable según George y Mallery (2003). La mayoría de los cuidadores estudiados poseen una autoeficacia baja (55.3%). Para la escala habilidad de cuidado la consistencia interna global se considera bueno según George y Mallery (2003). La mayoría de los cuidadores estudiados poseen una habilidad baja (53.2%).

4.2 Discusión

Los cuidadores familiares de pacientes hospitalizados del área de influencia geográfica perteneciente al hospital regional de Misantla se caracterizan por ser en su mayoría de sexo femenino (76.6%), lo que indica que en la población estudiada la mujer asume el rol de cuidador, el cual coincide con los hallazgos encontrado por Zenteno, Cid y Sáez (2017), Pablo, Domínguez, Peláez, Rincón y Orea (2016) y Merighi, De Souza, Ribero y Ciasca (2015) los cuales encontraron similar porcentaje en sus estudios con cuidadores de pacientes con insuficiencia cardiaca y hematológicos. En cuanto a las edades de los cuidadores familiares estuvieron comprendida en promedio entre los 26 y 30 años lo que indican que se encuentran en edades productivas laboralmente, es concordante con los resultados reportado por Alfaro y

Murga (2016) quienes encontraron un promedio de edad similar en cuidadores de pacientes oncológico.

En cuanto al estado al estado civil los cuidadores mencionaron en su mayoría estar solteros, esto difiere por lo encontrado por los diversos autores que en su mayoría reportaron que los cuidadores familiares tienen una pareja o están casados. Respecto al grado de estudios los cuidadores se ubicaron el nivel superior (licenciatura). Esto concuerda con lo reportado por Pablo, Domínguez, Peláez, Rincón y Orea (2016) donde los cuidadores, indicaron tener el nivel superior (licenciatura). Y a su vez no coincide por lo encontrado por Penagos y Vargas (2020), Zenteno y Cid (2017) y Alfaro y Murga (2016) quienes reportaron en su estudio un nivel básico y medio.

En relación al parentesco en su mayoría son el hijo/a del paciente lo cual coincide por lo reportado por Zenteno y Cid (2017) donde el mayor porcentaje se concentró el igual parentesco de los casos estudiados de cuidadores en estado crítico. Pero a su vez contrasta con lo encontrado por Pablo, Domínguez, Peláez, Rincón y Orea (2016) quien reporta un mayor porcentaje donde el cónyuge es el cuidador. Dentro de la principal ocupación de los cuidadores estos mencionaron en su mayoría son trabajadores, lo que coincide con Zenteno y Cid (2017) quienes reportaron la misma ocupación de acuerdo a los porcentajes obtenidos en su estudio. Y a su vez difiere por lo reportado por Cantillo, Ramírez y Perdomo (2018) quienes encontraron en su mayoría labores del hogar como ocupación en su muestra con cuidadores con pacientes de enfermedad crónica.

En lo que respeta a la percepción de apoyo social esta puede jugar un papel importante al elegir el rol de cuidador al contar con el apoyo de otras personas, esta situación se evidencia en la investigación de Zenteno y Cid (99%) en cuidadores familiares en estado crítico, lo cual en esta investigación no concuerda ya que los cuidadores manifestaron no sentir o tener un apoyo

social (95.7%) lo que podría repercutir en la percepción de la autoeficacia y habilidad y autoeficacia para el cuidado. En cuanto al estado de salud los cuidadores manifestaron que fue bueno, diversos autores no han tomado en cuenta esta característica del cuidador, por lo cual no hay resultado que nos indiquen si esta podría ser un factor de influencia en el fenómeno de la autoeficacia y habilidad para el cuidado.

Por otro lado, referente a la edad de los pacientes a cargo de los cuidadores familiares se encontró que la edad con mayor porcentaje fue de más de 45 años similar a lo reportados por Cantillo, Ramírez y Perdomo (2018) en su estudio de cuidadores familiares con enfermedades crónicas. Los padecimientos metabólicos (38.83%) fueron lo que más prevalencia tuvieron en los pacientes a cargo de los cuidadores, lo que difiere con lo reportado por Zenteno y Cid (2017) quienes reportaron una mayor prevalencia en padecimientos cardiovasculares en su estudio con cuidadores familiares en estado crítico. En cuanto al tiempo de cuidado este fue de 1-5 años, el cual no concuerda por lo reportado por Cantillo, Ramírez y Perdomo (2018) quienes encontraron en su estudio tiempo de cuidados en su mayoría menores de 12 meses.

La autoeficacia para el cuidado de los cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en este estudio los cuidadores poseen una autoeficacia baja en las 3 dimensiones; autocuidado y obtención de respiro, respuesta a conductas disruptivas y control de pensamientos molestos. por lo cual se infiere que los cuidadores poseen una autoeficacia baja global. Estos hallazgos concuerdan por lo reportado por Pablo, Domínguez, Peláez, Rincón y Orea (2016) en cuidadores con insuficiencia cardíaca. Pero a su vez no concuerda por lo reportado por Zenteno y Cid en cuidadores con pacientes en estado crítico; Araújo, Ferreira, Da rocha, silva, Calvalcante, De Almeida y Barbosa (2017) en cuidadores de paciente con asma; y Alfaro y Murga (2016) en cuidadores de pacientes oncológicos quienes encontraron niveles altos de autoeficacia.

En relación a la habilidad de cuidado en la dimensión compresión y modificación de la vida los cuidadores poseen una baja habilidad y en forma global, este hallazgo concuerda con lo reportado por Castillo, Ramírez y Perdomo (2018) quienes encontraron en los cuidadores con enfermedad crónica niveles de baja habilidad de cuidado en forma global. Por otro lado, contrasta con el hallazgo de la dimensión modificación de la vida el cual los cuidadores poseen un nivel alto de habilidad de cuidado

4.3 Conclusiones

- En esta investigación se observó que la mujer es quien asume el rol de cuidador familiar, lo que afirma la feminización del cuidado dentro del núcleo familiar. Con un promedio en edad productiva laboralmente, en su mayoría son solteros, con un grado de estudios de nivel medio y superior, con una ocupación laboral de trabajador, el cual no recibe apoyo de grupo sociales y quienes manifestaron tener un buen estado de salud.
- Los pacientes a cargo de los cuidadores familiares se caracterizaron por tener edades de más de 45 años, quienes presentaron como diagnóstico clínico de mayor frecuencia padecimientos metabólicos y cardiovasculares, donde el tiempo de inicio de cuidado estuvo alrededor de 1-5 años en promedio.
- El estudio mostro que los cuidadores familiares poseen una autoeficacia baja en las tres dimensiones; de autocuidado y obtención de respiro, de conductas disruptivas y de control de pensamientos molestos.
- En relación a la habilidad de cuidado el estudio mostro que los cuidadores familiares poseen baja habilidad de cuidado en la dimensión de relación y compresión.

- Los cuidadores familiares poseen una elevada habilidad de cuidado solo en la dimensión de modificación de la vida.

4.4 Recomendaciones

Para la investigación

- En futuros estudios incluir otras variables, que no fueron objeto de este estudio, tales como la autoestima, sobrecarga del cuidado; variables que ha resultados significativas en otras investigaciones.
- Llevar a cabo estudios cualitativos que explique mejor el fenómeno de la autoeficacia y habilidad para el cuidado considerando que es un constructo que promueve conductas saludables en el cuidador y el familiar.
- Como recomendación metodológica, se requiere realizar el estudio con una población mayor que garantice un número suficiente de sujetos, que en esta investigación la muestra fue modesta.
- Replicar la investigación en otras instituciones de primer nivel y segundo nivel donde el cuidador familiar este presente, en la búsqueda de factores que repercutan su cuidado y como los afecta a ellos.
- Realizar estudios experimentales para conocer el efecto de intervenciones de enfermería que podrían aumentar la autoeficacia y habilidad de los cuidadores familiares.

Para la Institución

- Que se fomente la investigación en el personal de Enfermería con modelos y teorías relacionada con el fenómeno de estudio.

Para la practica

- El constructor de autoeficacia del modelo de salud de Nola Pender debe ser considerado en el proceso enfermero por su importancia en el desarrollo de conductas saludables y prevención de conductas de riesgo en los tres niveles de atención del sistema nacional de salud.
- Promover e implementar intervenciones educativas dentro del rol educador del profesional de enfermería, buscando potencializar y fortalecer el rol del cuidador familiar ante la demanda de cuidado, en colaboración con otras disciplinas como trabajo social y psicología.

Referencias

- Cantillo Medina, C. P., Ramírez Perdomo, C. A., y Perdomo Romero, A. Y. (2018). Habilidad de Cuidado en Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedades Crónicas y Sobrecarga Percibida. *Ciencia y Enfermería*, 1-23.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de La Investigación*. Mexico: McGRAW-HILL.
- Penagos Castro, R. V., y Vargas Escobar, L. M. (2020). Efectividad de una Intervención de Enfermería para modificar la Autoeficacia y la Sobrecarga del Cuidador del Paciente Hemato-Oncológico. *Cuidarte*, 1-18.
- Torres Pinto, X., Carreño Moreno, S., y Chaparro Díaz, L. (2017). Factores que Influencian la Habilidad y Sobrecarga del Cuidador Familiar del Enfermo Crónico. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 330-338.
- Alfaro Urquiola, A., y Murga Bravo, L. (2016). Niveles de Afrontamiento y Autoeficacia Emocional en los Padres de Hijos con Cáncer. *Fides Et Ratio de la Salle Universidad Bolivia*, 29-45.
- Almeida Maia Damasceno, V., Silvana Zazzetta, M., y de Souza Orlandi, F. (2019). Adaptación de Escala para medir la capacidad de Cuidado del Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedades Crónicas en Brasil. *Aquichan*, 1-13.
- Araújo Gomes, A., Ferreira Lima, K., da Rocha Mendes, E., Silva Joventino, E., Cavalcante Martins, M., César de Almeida, P., y Barbosa Ximenes, L. (2017). Asociación de la Autoeficacia de Padres/Cuidadores con los Parámetros del Control del Asma. *Revista da Escola de Enfermagem*, 1-7.
- Barragán Hernández, O., Hernández Villa, E. A., Flores León, R. A., y Rubí Vargas, M. (2017). Proceso de Enfermería para grupos de ayuda mutua: una propuesta desde el Modelo de Promoción. *Sanus*, 22-29.
- Barrera Ortiz, L., Blanco de Camargo, L., Figueroa Ingri, P., Pinto Afanador, N., y Sánchez Herrera, B. (2006). Habilidad de Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad Crónica Mirada Internacional. *Revista Aquichan*, 22-33.
- Escobedo Martínez, J. C., Orozco Gómez, C., Mejía Mejía, Y., y Arias Pacheco, R. I. (2020). Nivel de Sobrecarga en el Cuidador Primario del Adulto y Factores Predisponentes: Estudio Piloto. *Jovenes en la Ciencia*, 1-6.
- García-Cardoza, I. I., Zapata Vázquez, R., Rivas-Acuña, V., y del Carmen Tejero, E. (2018). Efectos de la Terapia Cognitivo-Conductual en la Sobrecarga del Cuidador Primario de Adultos Mayores. *Horizonte Sanitario*, 131-140.

- Guerrero Nava, J. A., Romero Quechol, G., Martínez Olivares, M., Martínez Martínez, A., y Rosas Reyes, S. C. (2016). Percepción del Cuidador Primario sobre las Intervenciones. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 91-98.
- Gutiérrez Barreiro, R., y Gómez Ochoa, A. M. (2018). Agencia de Autocuidado y Autoeficacia Percibida en Personas con Cardiopatía Isquémicas. *Avances en Enfermería*, 161-169.
- Merighi Tabaquim, M. d., de Souza Vieira, R. G., Ribeiro Razera, A. P., y Maria Ciasca, S. (2015). Autoeficacia de los Cuidadores de Niños con Trastorno del Espectro Autista. *Psicopedagogía*, 285-292.
- Pablo Santiago, R., Domínguez Trejo, B., Peláez Hernández, V., Rincón Salazar, S., y Orea Tejeda, A. (2016). Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 152-158.
- Romero Massa, E., y Franco Mejía, V. P. (2019). Condiciones de Cuidado en Cuidadores de Pacientes en Dialisis Peritoneal Asociadas a Sobrecarga. *Ciencia E Innovación en Salud*, 1-12.
- Sánchez Herrera, B., Chaparro Díaz, L., y Carrillo González, G. M. (2016). La Carga del Cuidado en la Enfermedad Crónica en la Diana Cuidador Familiar-Receptor del Cuidado. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 43-60.
- Sanchez-Aguita Muños, A. (2019). Ansiedad y Autoeficacia en Cuidadores de Pacientes con Alzheimer. *Revista Infad De Psicología. International Journal Of Developmental And Educational Psychology*, 259-268.
- Secretaría de Salud. (2 de Abril de 2014). *Reg_LGS_MIS. Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud*. Obtenido de Honorable cámara de Diputados: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Servicios de Salud de Veracruz. (2017). *Informe de labores*. Veracruz: gobierno del estado.
- Villarruel A., A. (2018). Niveles de Estrés Percibido y Percepción de la Autoeficacia en Madres de Niños con Habilidades Especiales. *Acta Psicología Peruana*, 457 - 475.
- Zenteno, A., y Cid, P. K. (2017). Autoeficacia del cuidador Familiar de la Persona en Estado Crítico. *Enfermería Universitaria*, 146-154.

Apéndices

Apéndice A



Carta Compromiso de Asesor principal de Tesis

Puebla, Pue. A 28 de diciembre de 2020

H. Comité Académico del Posgrado
Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del C Misael Orea Ceba, que en caso de ser aceptado en el Programa académico: **Maestría en Ciencias de la Enfermería**

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es: **Autoeficacia y Habilidad de Cuidado del Cuidador Familiar de Pacientes Hospitalizados**

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante las asignaturas optativas que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

MCE José Alfredo Romero Soriano
Coordinador de Cursos Postécnicos en Enfermería
UPAEP
Tel. 2222299400 ext. 7848
9 poniente 1712 Barrio de Santiago, Puebla
C.P. 72410 Edificio M, oficina 5

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

UPAEP
21 Sur 1103
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 72410

Tel: 01 (222) 229 9400
Fax: 01 (222) 232 5251
01 800 224 2200
www.upaep.mx

Apéndice B



Carta Compromiso de co-asesor de tesis

Puebla, Pue. A 28 de diciembre de 2020

H. Comité Académico del Posgrado
Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del C. Misael Orea Ceba, que en caso de ser aceptado en el

Programa académico: **Maestría en Ciencias de la Enfermería**

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es: **Autoeficacia y Habilidad de Cuidado del Cuidador Familiar de Pacientes Hospitalizados**

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante las asignaturas optativas que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

MCE José Alfredo Romero Soriano
Coordinador de Cursos Posttécnicos en Enfermería
UPAEP
Tel. 2222299400 ext. 7848
9 poniente 1712 Barrio de Santiago, Puebla
C.P. 72410 Edificio M, oficina 5

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

Apéndice C



Asunto: Cesión de Derechos

Puebla, Pue. México a 28 de diciembre del 2020

Comité Académico de Investigación

Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

El proyecto de Investigación titulado **Autoeficacia y Habilidad de cuidado del Cuidador Familiar de Pacientes Hospitalizados** es una obra original, cuyos derechos de autoría se comparten con la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), así como los derechos del título, contenido, base de datos y los cambios que se generen.

Los autores, abajo firmantes, declaran:

Que es un trabajo original.

Que no ha sido previamente publicado en algún medio.

Que no ha sido remitido para su publicación.

Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.

Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del Proyecto.

Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración de la Investigación, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.

Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.

Que, en caso de ser publicado el artículo, se respetará la autoría del estudiante, asesores y la UPAEP.

A través de este documento, el estudiante, asesores y la UPAEP, asumen los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir la Investigación en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

Misael Orea Ceba
Nombre y firma del Estudiante (s)

MCE José Alfredo Romero Soriano
Nombre y firma del Asesor (es)

Mtra. Florentina Salazar Mendoza
Directora de Posgrados en Enfermería

Representante del Comité Académico de
Investigación

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

Apéndice D



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Consentimiento Informado

Fecha: _____

Título del Proyecto: Habilidad del Cuidado y Autoeficacia del Cuidador Familiar
 en Pacientes Hospitalizados

Investigador Responsable: Misael Orea Ceba

Prologo; la presente investigación se realiza bajo en contexto de obtención del grado de Maestro en Ciencias de Enfermería por la universidad popular Autónoma del Estado de Puebla. Así como generar conocimiento en la disciplina que aporte evidencia de fenómeno de estudio.

Propósito del Estudio: Describir las características sociodemográficas, la percepción de la autoeficacia y la habilidad de cuidado, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.

Descripción: Si Usted desea participar en el estudio, se le solicitará firmar el consentimiento informado, y contestar un instrumento, los cuales se le serán aplicados dentro de su unidad de trabajo con la mayor privacidad posible y protegiendo la confidencialidad. La información obtenida será resguardada por el autor principal del estudio, evitándose la identificación del nombre, dirección u otros datos personales que pueda exponer la identidad. La participación no tendrá ninguna repercusión en la institución donde se lleva a cabo la formación académica, y tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

Riesgos e inquietudes: No existen riesgos relacionados con la participación en el estudio. Si Usted se siente incómodo, incapacitado o simplemente no desea seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

Beneficios Esperados: No existe ningún beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a profundizar en el conocimiento de la carga mental de trabajo en los profesionales de enfermería, para con ellos implementar medidas que prevengan y/o contrarresten los efectos posibles de este riesgo psicosocial.

Costos: La participación en el estudio, no implica ningún costo.

Autorización para uso y distribución de la información: La única persona que conocerá la información recabada será el responsable del estudio, y será utilizada exclusivamente por él. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicará información individualizada de cada participante.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, podrá comunicarse a Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Consentimiento: Voluntariamente acepto brindar información y participar en el estudio. He leído la información en este formato y todas las preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación.

Nombre y firma del
Participante

Nombre y Firma del Primer
Testigo

Nombre y firma del
investigador

Apéndice E



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería**

Fecha_____

Folio_____

Cedula de identificación

(Orea-ceba y Romero-Soriano, 2020)

Instrucciones: este test es personal y anónimo, tiene como finalidad medir la percepción de habilidad del cuidado y autoeficacia en pacientes hospitalizados. A continuación, se formulan algunas preguntas y se le pide que responda indicando con una (X) o encerrado en un círculo la respuesta correcta.

Edad: 20-25 ☐ 26-30 ☐ 31-35 ☐ 36-40 ☐ más de 40años ☐

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Estado Civil: Soltero ☐ Unión Libre ☐ Casado ☐ Viudo ☐

Grado de Estudios: Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Licenciatura ☐
Posgrado ☐

Parentesco: Pareja ☐ Hermano ☐ Hijo/A ☐ Padre/ Madre ☐ Otra ¿Cuál? ☐

Ocupación: Estudiante ☐ Trabajador ☐ Labores del Hogar ☐

Recibe Apoyo de Grupos Sociales: Si ☐ No ☐

Estado De Salud: Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐

Edad del Paciente que cuida: 0-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21-25 ☐

26-30 ☐ 31-35 ☐ 36-40 ☐ 41-45 ☐ más de 45 ☐

Padecimiento del Paciente que Cuida: _____

Tiempo de Cuidado: Menor de 1 año ☐ 1-5 años ☐ 6-10 años ☐ Más de 10 años ☐

Apéndice F



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería**

**Escala de Autoeficacia para el Cuidado
(Márquez et al, 2009)**

Fecha

Folio

Instrucciones: Por favor, deseamos saber hasta qué punto confía usted en ser capaz de realizar las siguientes actividades. Por favor, piense en las preguntas cuidadosamente y sea tan franco como pueda sobre lo que realmente cree que puede hacer. Puntúe su grado de confianza de 0 a 100 utilizando la escala que se le propone. (Indique si algo es absolutamente no aplicable –por ejemplo, no le ocurre o no lo piensa con respecto a su situación, marcando la opción no aplicable N/A)

1- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de pedirle a un familiar o amigo que se quede un día con su familiar cuando necesita ir usted al médico?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

2- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de pedirle a un familiar o amigo que se quede con su familiar durante un día cuando usted tiene trámites que hacer?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

3- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de pedirle a un familiar o amigo que le haga los trámites?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

P4- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de pedirle a un familiar o amigo que se quede un día con su familiar cuando usted necesita un descanso?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto								Soy capaz de hacerlo moderadamente		Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo	

5- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de pedirle a un familiar o amigo que se quede una semana con su familiar cuando usted necesita tiempo para sí mismo?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

6- Cuando su familiar olvida su rutina diaria y pregunta cuándo es la hora de comer justo después de haber comido, ¿hasta qué punto cree que usted es capaz de responderle sin levantarle la voz? (aclarar que “responderle” puede ser directamente o con una distracción)

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

7- Cuando se enfada con su familiar porque repite la misma pregunta una y otra vez, ¿hasta qué punto cree que usted es capaz de decirse cosas para tranquilizarse a usted mismo?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

8- Cuando su familiar se queja sobre cómo le está tratando, ¿hasta qué punto cree que usted es capaz de responder sin discutir (por ejemplo, tranquilizándole o distrayéndole)?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

9- ¿Cuándo su familiar le pregunta 4 veces durante la primera hora después de comer que cuándo está lista la comida, hasta qué punto cree que usted es capaz de responderle sin levantar la voz?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

10- ¿Cuándo su familiar le interrumpe por cuarta vez mientras está haciendo la cena, hasta qué punto cree que usted es capaz de responderle sin levantar la voz?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

11- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el pensar sobre los aspectos negativos o desagradables de cuidar de su familiar?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de			

12- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el pensar sobre lo injusto que es que usted tenga que aguantar esta situación (de cuidar de su familiar)?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

13- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el pensar en qué vida tan buena tuvo antes de la enfermedad de su familiar y cuánto ha perdido debido a ello?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

14- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el pensar sobre lo que se está perdiendo o a lo que está renunciando por cuidar de su familiar?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

15- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el preocuparse sobre problemas futuros que pueden surgir debido al cuidado?

N/A	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No soy capaz de hacerlo en absoluto				Soy capaz de hacerlo moderadamente				Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo			

Apéndice G



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería**

Escala de Habilidad de Cuidado

(Barrera, 2008)

**Fecha
Folio**

Instrucciones: Lea cada una de las siguientes declaraciones y decida que tan bien refleja sus pensamientos. No hay una respuesta correcta o errada.

Declaración:

1. Me han brindado la información necesaria sobre la condición y el tratamiento de mi familiar para cuidarlo adecuadamente.

1nunca 2pocas veces 3con frecuencia 4siempre

2. Me ha preocupado la manera cómo se comporta mi familiar.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

3. He podido resolver las situaciones de cuidado de mi familiar sin miedo a equivocarme.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

4. Me preocupa no poder responder como lo espera mi familiar.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

5. Me He sentido valorado y reconocido con mi labor de cuidado

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

6. Siento que he sido capaz de solucionar los problemas de cuidado de mi familiar.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

7. He buscado enriquecerme con la experiencia de otros cuidadores.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

8. La experiencia de otras personas me ha sido útil para mejorar el cuidado que doy a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

9. He logrado experiencias útiles con otros cuidadores

1 nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

10. He sentido cansancio físico por las responsabilidades de cuidado que asumo

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

11. He sentido que cuidar a mi familiar es demasiada responsabilidad para mi

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

12. He percibido que el dinero destinado al cuidado de mi familiar es insuficiente

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

13. He sentido que no puedo responder por el cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

14. He tenido limitaciones para brindar un buen cuidado a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

15. He requerido de la ayuda de otro para cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

16. Me ha sido difícil ocuparme en otras actividades diferentes al cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

17. He buscado personas que me ayudan a cuidar bien a mi familiar

1 nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

18. Mi salud ha pasado a un segundo plano frente a la de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

19. La atención de las necesidades de mi familiar han estado primero que las mías

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

20. He decidido vivir momentos importantes para mí, además de cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

21. He buscado apoyo en otras personas para mejorar el cuidado que le doy a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

22. He buscado ayuda en el personal de salud para cuidar y mejorar el cuidado que le doy a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

23. La fe en un ser superior me ha ayudado a cuidar mejor a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

24. He podido entender a mi familiar cuando tiene actitudes o comportamientos complicados

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

25. He entendido el proceso de enfermedad por el que pasa mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

26. Me ha quedado claro el tratamiento y las recomendaciones que le han ordenado a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

27. Me he sentido tranquilo con la ayuda que me ofrecen personas cercanas para cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

28. Me he sentido satisfecho con la manera como cuido a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

29. He compartido con otras personas lo que siento sobre mi labor de cuidador

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

30. He podido organizar los quehaceres y los compromisos diarios para cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

31. He contado con el apoyo de otras personas para organizar los cuidados que requiere mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

32. He comprendido que debo estar presente en los momentos que mi familiar enfermo me ha necesitado

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

33. He tenido claro que hacer con mi vida cuando pienso en la muerte de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

34. He pensado y reflexionado sobre cómo cuidarme mientras cuido a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

35. He logrado tener la paciencia requerida para cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

36. Valoro que la vida es importante gracias a la experiencia que he adquirido con el cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

37. Estoy agradecido con las ayudas que me han dado para el cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

38. Me he sentido con la fuerza necesaria para seguir adelante con el cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

39 He sentido que el cuidado que le doy a mi familiar está bien hecho

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

40. He recibido agradecimientos por parte de mis seres queridos por la labor de cuidado que hago

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

41. Me he sentido tranquilo por el deber cumplido respecto al cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

42. Me he sentido capaz de ayudar a otros cuidadores

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

43 He dejado de frecuentar a mis amigos y mis seres queridos por quedarme cuidando a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

44. Las tareas de personas cercanas han cambiado por cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

45 He sentido que el tiempo no me alcanza para cumplir con lo que tengo que hacer, aparte de cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

46. He enseñado a otros cuidadores lo que he aprendido del cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

47 He aplicado lo que he aprendido sobre el cuidado con mi familiar

1 nunca 2 pocas veces 3 con frecuencias 4 siempre

48. He sentido que mi vida ha cambiado positivamente con la experiencia del cuidado de mi familiar

1 nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

Autoeficacia y Habilidad de Cuidado del Cuidador Familiar de Pacientes Hospitalizados

L.E. Misael Orea Ceba, misael.orea@upaep.edu.mx

Palabras clave: Autoeficacia, Habilidad de Cuidado, Cuidador Familiar

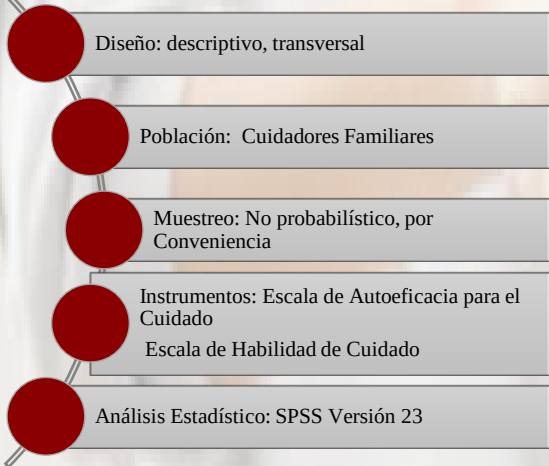
1. Introducción

El aumento de las enfermedades crónico degenerativas y de adultos mayores a nivel mundial, nacional y estatal debido a la transición demográfica, epidemiológica y el aumento de la esperanza de vida en la población tendrá como consecuencia que el paciente requiera un sistema de ayuda, de apoyo para cubrir sus necesidades y actividades que él no podrá realizar por sí mismo, el cuidador familiar será en que llevara a cabo esta labor tan importante(Sánchez, Chaparro y Carrillo, 2016). Por lo tanto, la actividad del cuidador se vería afectada en un intento de adaptarse a las nuevas demandas de salud que el paciente requiere. Esto se puede observar en la percepción de la autoeficacia y la habilidad de cuidado que otorga (Zenteno y Cid 2017).

2. Objetivo

Describir las características sociodemográficas, la percepción de la Autoeficacia y la habilidad de cuidado del cuidador familiar de pacientes hospitalizados

3. Metodología



5. Conclusión

En esta investigación se observó que la mujer es quien asume el rol de cuidador familiar, lo que afirma la feminización del cuidado dentro del núcleo familiar. El estudio mostro que los cuidadores familiares poseen una autoeficacia baja para el cuidado en las tres dimensiones; de autocuidado y obtención de respiro, de conductas disruptivas y de control de pensamientos molestos. En relación a la habilidad de cuidado el estudio mostro que los cuidadores familiares poseen baja habilidad de cuidado en la dimensión de relación y de comprensión, mas no así en la dimensión de modificación de la vida el cual poseen una habilidad elevada.

7. Referencias

- Pablo Santiago, R., Domínguez Trejo , B., Peláez Hernández, V., Rincón Salazar, S., y Orea Tejeda, A. (2016). Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. Revista clínica de medicina familiar, 152-158.
- Sánchez Herrera, B., Chaparro Díaz, L., y Carrillo González, G. M. (2016). La carga del cuidado en la enfermedad crónica en la diana cuidador familiar-receptor del cuidado. Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo, 43-60.
- Sánchez Aguita Muños, A. (2019). Ansiedad y Autoeficacia en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Revista infad de psicología. International journal of developmental and educational psychology, 259-268.
- Zenteno, A., y Cid, P. K. (2017). Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado critico. Enfermería universitaria, 146-154.

4. Resultados

Tabla 1. Consistencia interna del Instrumento de medición

	Ítems	α
Escala Revisada de Autoeficacia para el Cuidado	15	0.759
Escala de Habilidad de Cuidado	48	0.856

Fuente: ERAC, HCCF, 2020

n=47

Tabla 2 Características Sociodemográficos del Cuidador Familiar

Variable		f	%
Sexo	Femenino	36	76.6
Edad	Más de 40 años	26	55.3
Ocupación	Trabajador	36	76.6
Estado Civil	Soltero	20	42.6
Grado Académico	Licenciatura	16	34.0
Parentesco	Hija/o	17	36.2

Fuente: CI, Orea Ceba y Romero-Soriano

n=47

Tabla 3. Autoeficacia y Habilidad de Cuidado del Cuidador familiar

	m	< m (%)	> m (%)
Autoeficacia para el Cuidado	30.36	55.3	44.7
Habilidad de Cuidado	139.9	53.2	46.8

Fuente: ERAC, HCCF,2020

n=47



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla



Decanato de Ciencias Médicas

Facultad de Enfermería

Dirección de Posgrados en Enfermería

Coordinación de Investigación en Enfermería

Autoeficacia y Habilidad de Cuidado del Cuidador Familiar de Pacientes Hospitalizados

Presenta:

Misael Orea ceba

Para obtener el grado de:

Maestría en Ciencias de la Enfermería

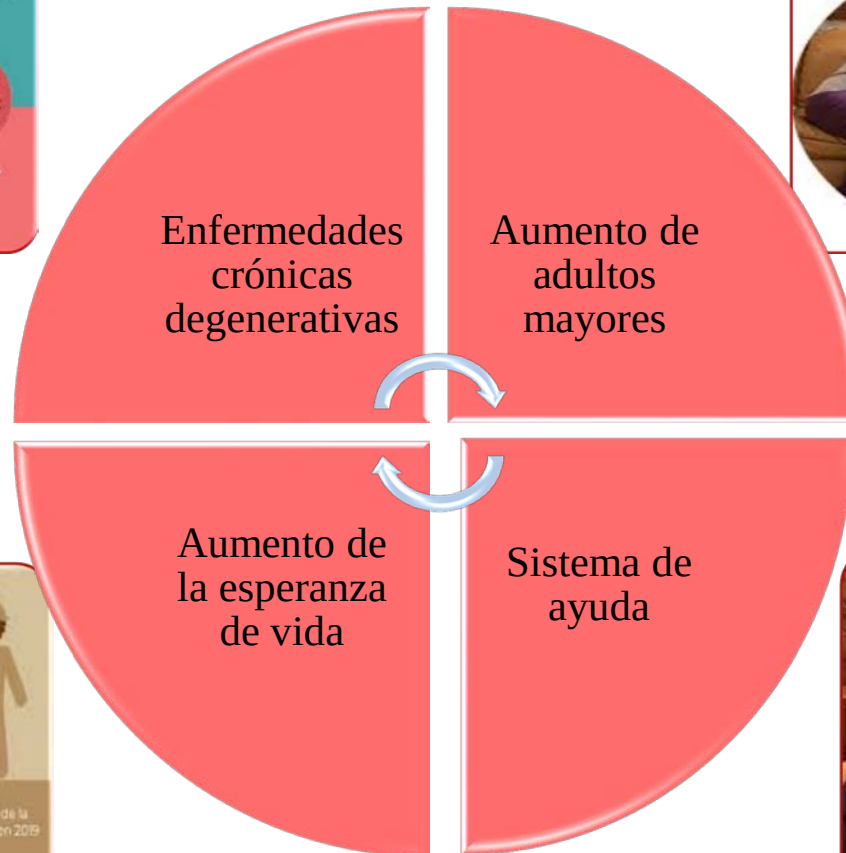
Director de Tesis:

MCE Alfredo Soriano Romero

Puebla, México. Marzo/2021



Problema de Investigación



Transformo mi vida. Soy UPAEP

(Sánchez, Chaparro y Carrillo, 2016).



Problema de Investigación



En el estado de Veracruz, se otorgan servicios de salud de manera permanente a 60,000 personas que viven con diagnóstico de diabetes, 54,000 con hipertensión arterial, 26,000 con obesidad y 17,000 con alguna dislipidemias.

los ingresos hospitalarios en el Hospital Regional de Misantla un gran porcentaje de hospitalización son con diagnósticos de enfermedades crónicas degenerativas con un rango de edad de 35 a 65 y más, cada uno de ellos cuenta con algún familiar que realiza la función de cuidador(Servicios de Salud de Veracruz, 2017).

Por lo tanto, la actividad del cuidador se vería afectada en un intento de adaptarse a las nuevas demandas de salud que el paciente requiere. Esto se puede observar en la percepción de la autoeficacia y la habilidad de cuidado que otorga(Zenteno y Cid, 2017).

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Justificación

La autoeficacia es un constructo del modelo de Nola Pender importante para el cambio de conducta, que influye en la prevención de conductas riesgosas y promoción de conductas beneficiosas (Zenteno y Cid, 2017).

Disponer de conocimientos relacionado con la autoeficacia y la habilidad del cuidado en el cuidador familiar aportara al cuidado de enfermería a enfocarse no solo al paciente sino también del cuidador quien por su rol enfrenta efectos físicos y psicológicos (García, Zapata, Rivas y del Carmen,2018).

Permitirá brindar intervenciones o formular estrategias que ayuden al cuidador en el desempeño de su rol de forma efectiva.



Estudios Relacionados

Autores/años	Métodos de investigación	Resultados	conclusión
Zenteno, Cid y Sáez (2017) 	Cuantitativo, correlacional y corte transeccional	En la primera dimensión de la autoeficacia, El 49.5% de los cuidadores obtuvieron puntajes bajo la media y un 50.5% puntajes sobre la media. En la segunda dimensión, El 36% de los cuidadores obtuvieron puntajes bajo la media y un 64% puntajes sobre la media.. En la tercera dimensión, El 42.3% de los cuidadores obtuvieron puntajes bajo la media y un 57.7% puntajes sobre la media.	Los cuidadores familiares encuestados reportaron percepciones de autoeficacia elevadas en el 50.5% de los casos para la primera dimensión, junto con un 64% y un 57.7% para la segunda y tercera dimensión respectivamente.



Estudios Relacionados

Autores/años	Métodos de investigación	Resultados	conclusión
Pablo, Domínguez, Peláez, Rincón y Orea (2016) 	Cuantitativo, correlacional y corte transeccional	En lo que respecta al nivel de autoeficacia, el 49,5 % de los cuidadores mostró un nivel de autoeficacia bajo y el 50,5% presentan alta autoeficacia.	En cuanto al nivel de autoeficacia en la muestra, observamos que más de la mitad de los casos presentan alta autoeficacia respecto a su desempeño.



Estudios Relacionados

Autores/años	Métodos de investigación	Resultados	conclusión
Merighi, De Souza, Ribeiro y Ciasca (2015) 	Cuantitativo, correlacional y corte transeccional	los datos indicaron un bajo nivel de autoeficacia para "obtener un descanso, un nivel moderado en relación con "autoeficacia para responder a comportamientos inapropiados de la persona que se cuida, y un nivel moderado en cuanto a la "autoeficacia para controlar los pensamientos negativos el acto de cuidar".	los cuidadores tienen un buen índice de autoeficacia



Pregunta de Investigación

¿Cuales son las características sociodemográficas, la percepción de la autoeficacia, la habilidad del cuidado del cuidador familiar de pacientes hospitalizados?



Objetivos

Objetivo General

- Describir las características sociodemográficas, la percepción de la autoeficacia y la habilidad de cuidado, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.



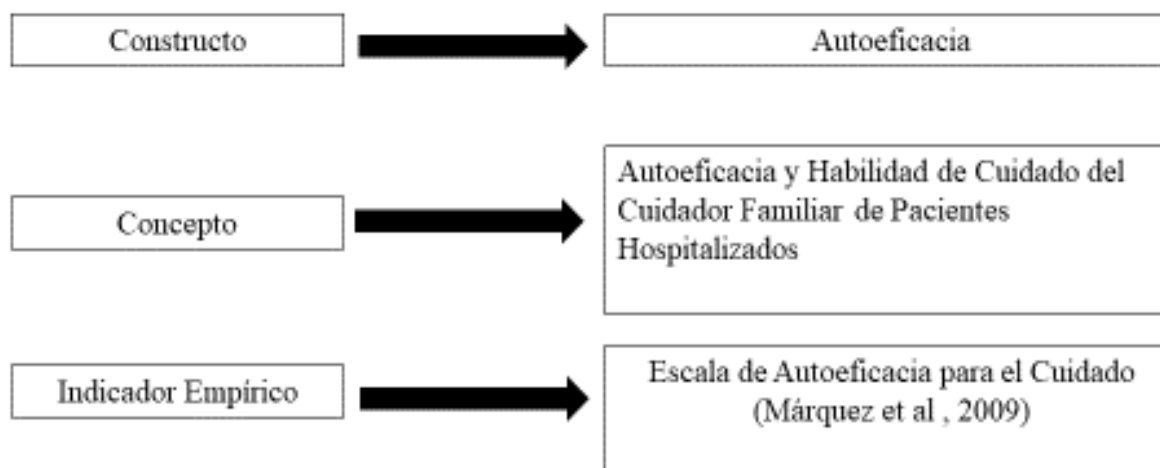
Objetivos

Objetivos Específicos

- Definir las características sociodemográficas, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.
- evaluar la percepción de la autoeficacia según sus dimensiones, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.
- Valorar la habilidad de cuidado según sus dimensiones, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.



Derivación Teórica -Empírica



Nota: Orea-Ceba y Romero-Soriano, 2020



Metodología



Diseño: descriptivo, transversal

Población: Cuidadores Familiares

Muestreo: No probabilístico, por Conveniencia

Instrumentos: Escala de Autoeficacia para el Cuidado
Escala de Habilidad de Cuidado

Análisis Estadístico: SPSS Versión 23



Instrumento

Escala de Autoeficacia para el Cuidado (Márquez et al, 2009)

	Indicador	Ítem
Autoeficacia	Autocuidado y obtención de respiro α 0,86	1-5
	Respuesta a conductas disruptivas α 0,79	6-10
	Control de pensamiento molestos α 0,82	11-15



Instrumento

Escala de Habilidad de Cuidado (Barrera, 2008)

	Indicador	Ítem
Habilidad de cuidado	Relación α 0.61	1-23
	Compresión α 0.81	24-40
	Modificación de la vida α 0.42	41-48



Resultados

Tabla 1

Características sociodemográficas del cuidador familiar

Variable	f	%
Edad		
20-25 años	9	19.1
26-30 años	3	6.4
31-35 año	6	12.8
36-40 años	3	6.4
más de 40 años	26	55.3
Sexo		
Hombre	11	23.4
Mujer	36	76.6
Estado Civil		
Soltero	20	42.6
Unión Libre	10	21.3
Casado	16	34.0
Viudo	1	2.1
Grado de Estudios		
Primaria	4	8.5
Secundaria	13	27.7
Bachillerato	13	27.7
Licenciatura	16	34.0
Posgrado	1	2.1

Parentesco

Pareja	9	19.1
Hermano/a	7	14.9
Hijo/a	17	36.2
Padre/Madre	11	23.4
Otra	3	6.4

Ocupación

Estudiante	4	8.5
Trabajador	36	76.6
Labores del hogar	7	14.9

Recibe Apoyo de Grupos Sociales

Si	2	4.3
No	45	95.7

Estado de Salud

Bueno	36	76.6
Regular	11	23.4

Fuente: CI, Orea Ceba y Romero- Soriano

n=47

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Resultados

Tabla 2

Características del paciente hospitalizado

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
11-15 años	2	4.3
16-20 años	2	4.3
21-25 años	1	2.1
26-30 años	1	2.1
31-35 años	4	8.5
36-40 años	2	4.3
41-45 años	2	4.3
Más de 45 años	33	70.2
Padecimiento		
Cardiovascular	9	19.1
Respiratorio	1	2.1
Metabólico	18	38.3
Neurológico	2	4.3
Oncológico	8	17.0
Otro	9	19.1
Tiempo de Cuidado		
Menor de 1 año	12	25.5
1-5 años	27	57.4
6-10 años	7	14.9
Más de 10 años	1	2.1

Fuente: CI, Orea Ceba y Romero-Soriano

n = 47

Transformo mi vida. Soy **UPAEP**



Resultados

Tabla 3

Autoeficacia para el cuidado de cuidadores familiares de pacientes hospitalizados

	<i>m</i>	<i>< m (%)</i>	<i>> m (%)</i>
Autoeficacia para el autocuidado y obtención de respiro	9.61	66	34
Autoeficacia en la respuesta a conductas disruptivas	11.78	63.8	36.2
Autoeficacia en el control de pensamientos molestos	10.57	51.1	48.9
Fuente: ERAC,2020			<i>n=47</i>



Resultados

Tabla 4

Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de pacientes hospitalizados

	<i>m</i>	<i>< m (%)</i>	<i>> m (%)</i>
Relación	61.17	53.2	46.8
Comprensión	54.91	46.8	53.2
Modificación de la vida	23	57.4	42.6

Fuente: HCCF,2020

n=47



Resultados

Tabla 5

Autoeficacia y habilidad de cuidado del cuidador familiar de pacientes hospitalizados

	m	$< m (\%)$	$> m (\%)$	α
Autoeficacia para el cuidado	30.36	55.3	44.7	0.759
Habilidad para el cuidado	139.9	53.2	46.8	0.856
Fuente: ERAC, HCCF, 2020				$n=47$



Discusión

Premisa	coincide	
	si	no
La mujer asume el rol de cuidador, lo que afirma la feminización del cuidado dentro del núcleo familiar (Zenteno, Cid y Sáez 2017).	X	
Los cuidadores familiares poseen una autoeficacia baja en las 3 dimensiones; autocuidado y obtención de respiro, respuesta a conductas disruptivas y control de pensamientos molestos (Pablo, Domínguez, Peláez, Rincón y Orea 2016) .	X	
La habilidad de cuidado en la dimensión compresión y modificación de la vida los cuidadores poseen una baja habilidad y en forma global, (Ramírez y Perdomo 2018).	X	



Conclusión

- En esta investigación se observó que la mujer es quien asume el rol de cuidador familiar, lo que afirma la feminización del cuidado dentro del núcleo familiar. Con un promedio en edad productiva laboralmente, que en su mayoría son solteros, con grado de estudios de nivel medio y superior, con ocupación laboral de trabajador, el cual no recibe apoyo de grupo sociales y quienes consideraron tener un buen estado de salud.
- Los pacientes a cargo de los cuidadores familiares se caracterizaron por tener edades de más de 45 años, quienes presentaron como diagnósticos clínico padecimientos metabólicos y cardiovasculares, donde el tiempo de inicio de cuidado estuvo alrededor de 1-5 años en promedio.



Conclusión

- El estudio mostro que los cuidadores familiares poseen una autoeficacia baja para el cuidado en las tres dimensiones; de autocuidado y obtención de respiro, de conductas disruptivas y de control de pensamientos molestos.
- En relación a la habilidad de cuidado el estudio mostro que los cuidadores familiares poseen baja habilidad de cuidado en la dimensión de relación y de comprensión.
- Los cuidadores familiares poseen una elevada habilidad de cuidado solo en la dimensión de modificación de la vida.



Recomendaciones

Para la Investigación	Para la Institución	Para la Practica
• En futuros estudios incluir otras variables, que no fueron objeto de este estudio, tales como la autoestima, sobrecarga del cuidado; variables que ha resultados significativas en otras investigaciones. • Llevar a cabo estudios cualitativos que explique mejor el fenómeno de la autoeficacia y habilidad para el cuidado considerando que es un constructo que promueve conductas saludables en el cuidador y el familiar. • Como recomendación metodológica, se requiere realizar el estudio con una población mayor que garantice un número suficiente de sujetos, que en esta investigación la muestra fue modesta. • Replicar la investigación en otras instituciones de primer nivel y segundo nivel donde el cuidador familiar este presente, en la búsqueda de factores que repercutan su cuidado y como los afecta a ellos. • Realizar estudios experimentales para conocer el efecto de intervenciones de enfermería que podrían aumentar la autoeficacia y habilidad de los cuidadores familiares.	• Que se fomente la investigación en el personal de Enfermería con modelos y teorías relacionada con el fenómeno de estudio	• El constructor de autoeficacia del modelo de salud de Nola Pender debe ser considerado en el proceso enfermero por su importancia en el desarrollo de conductas saludables y prevención de conductas de riesgo en los tres niveles de atención del sistema nacional de salud. • Promover e implementar intervenciones educativas dentro del rol educador del profesional de enfermería, buscando potencializar y fortalecer el rol del cuidador familiar ante la demanda de cuidado, en colaboración con otras disciplinas como trabajo social y psicología.



Referencias Bibliográficas

Cantillo Medina, C. P., Ramírez Perdomo, C. A., y Perdomo Romero, A. Y. (2018). Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas y sobrecarga percibida. *Ciencia y Enfermería*, 1-23.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL.

Penagos Castro, R. V., y Vargas Escobar, L. M. (2020). Efectividad de una intervención de enfermería para modificar la autoeficacia y la sobrecarga del cuidador del paciente hemato-oncológico. *Cuidarte*, 1-18.

Torres Pinto, X., Carreño Moreno, S. y Chaparro Díaz, L. (2017). Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Revista de la universidad industrial de santander. Salud*, 330-338.

Alfaro Urquiola, A., y Murga Bravo, L. (2016). Niveles de afrontamiento y autoeficacia emocional en los padres de hijos con cáncer. *Fides Et Ratio de la universidad Bolivia*, 29-45.

Almeida Maia Damasceno, V., Silvana Zazzetta, M., y de Souza Orland, F. (2019). Adaptación de escala para medir la capacidad de cuidado del cuidadores Familiares de personas con enfermedades crónicas en Brasil. *AQUICHAN*, 1-13.



Apéndices

Apéndice A



Carta Compromiso de Asesor principal de Tesis

Puebla, Pue. A 28 de diciembre de 2020

H. Comité Académico del Posgrado
Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del C Misael Orea Ceba, que en caso de ser aceptado en el Programa académico: **Maestría en Ciencias de la Enfermería**

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es: **Autoeficacia y Habilidad de Cuidado del Cuidador Familiar de Pacientes Hospitalizados**

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante las asignaturas optativas que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

MCE José Alfredo Romero Soriano
Coordinador de Cursos Postécnicos en Enfermería
UPAEP
Tel. 2222299400 ext. 7848
9 poniente 1712 Barrio de Santiago, Puebla
C.P. 72410 Edificio M, oficina 5

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

UPAEP
21 Sur 1103
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 72410

Tel. 01 (222) 229 9400
Fax: 01 (222) 232 5251
01 800 234 2200
www.upaep.mx

Apéndice B



Carta Compromiso de co-asesor de tesis

Puebla, Pue. A 28 de diciembre de 2020

H. Comité Académico del Posgrado
Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del C. Misael Orea Ceba, que en caso de ser aceptado en el

Programa académico: **Maestría en Ciencias de la Enfermería**

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es: **Autoeficacia y Habilidad de Cuidado del Cuidador Familiar de Pacientes Hospitalizados**

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante las asignaturas optativas que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

MCE José Alfredo Romero Soriano
Coordinador de Cursos Postécnicos en Enfermería
UPAEP
Tel. 2222299400 ext. 7848
9 poniente 1712 Barrio de Santiago, Puebla
C.P. 72410 Edificio M, oficina 5

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

UPAEP
21 Sur 1103
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 72410

Tel. 01 (222) 229 9400
Fax: 01 (222) 232 5251
01 800 234 2200
www.upaep.mx

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Apéndices

Apéndice C



Asunto: Cesión de Derechos

Puebla, Pue. México a 28 de diciembre del 2020

Comité Académico de Investigación

Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

El proyecto de Investigación titulado **Autoeficacia y Habilidad de cuidado del Cuidador Familiar de Pacientes Hospitalizados** es una obra original, cuyos derechos de autoría se comparten con la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), así como los derechos del título, contenido, base de datos y los cambios que se generen.

Los autores, abajo firmantes, declaran:

Que es un trabajo original.

Que no ha sido previamente publicado en algún medio.

Que no ha sido remitido para su publicación.

Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.

Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del Proyecto.

Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración de la Investigación, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.

Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.

Que, en caso de ser publicado el artículo, se respetará la autoría del estudiante, asesores y la UPAEP.

A través de este documento, el estudiante, asesores y la UPAEP, asumen los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir la Investigación en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

Misael Orea Ceba
Nombre y firma del Estudiante (s)

MCE José Alfredo Romero Soriano
Nombre y firma del Asesor (es)

Mtra. Florentina Salazar Mendoza
Directora de Posgrados en Enfermería

Representante del Comité Académico de
Investigación

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

UPAEP
21 Sur 1103
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 72410

Tel: 01 (222) 229 9400
Fax: 01 (222) 232 5251
01 800 224 2200
www.upaep.mx

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Apéndices

Apéndice D



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Consentimiento Informado

Fecha: _____

Título del Proyecto: Habilidad del Cuidado y Autoeficacia del Cuidador Familiar en Pacientes Hospitalizados

Investigador Responsable: Misael Orea Ceba

Prologo; la presente investigación se realiza bajo en contexto de obtención del grado de Maestro en Ciencias de Enfermería por la universidad popular Autónoma del Estado de Puebla. Así como generar conocimiento en la disciplina que aporte evidencia de fenómeno de estudio.

Propósito del Estudio: Describir las características sociodemográficas, la percepción de la autoeficacia y la habilidad de cuidado, del cuidador familiar de pacientes hospitalizados.

Descripción: Si Usted desea participar en el estudio, se le solicitará firmar el consentimiento informado, y contestar un instrumento, los cuales se le serán aplicados dentro de su unidad de trabajo con la mayor privacidad posible y protegiendo la confidencialidad. La información obtenida será resguardada por el autor principal del estudio, evitándose la identificación del nombre, dirección u otros datos personales que pueda exponer la identidad. La participación no tendrá ninguna repercusión en la institución donde se lleva a cabo la formación académica, y tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

Riesgos e Inquietudes: No existen riesgos relacionados con la participación en el estudio. Si Usted se siente incómodo, incapacitado o simplemente no desea seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

Beneficios Esperados: No existe ningún beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a profundizar en el conocimiento de la carga mental de trabajo en los profesionales de enfermería, para con ellos implementar medidas que prevengan y/o contrarresten los efectos posibles de este riesgo psicosocial.

Costos: La participación en el estudio, no implica ningún costo.

Autorización para uso y distribución de la información: La única persona que conocerá la información recabada será el responsable del estudio, y será utilizada exclusivamente por él. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicará información individualizada de cada participante.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, podrá comunicarse a Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Consentimiento: Voluntariamente acepto brindar información y participar en el estudio. He leído la información en este formato y todas las preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación.

Nombre y firma del
Participante

Nombre y Firma del Primer
Testigo

Nombre y firma del
investigador

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Apéndices

Apéndice E



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Fecha _____

Folio _____

Cedula de identificación

(Orea-ceba y Romero-Soriano, 2020)

Instrucciones: este test es personal y anónimo, tiene como finalidad medir la percepción de habilidad del cuidado y autoeficacia en pacientes hospitalizados. A continuación, se formulan algunas preguntas y se le pide que responda indicando con una (X) o encerrado en un círculo la respuesta correcta.

Edad: 20-25 ☐ 26-30 ☐ 31-35 ☐ 36-40 ☐ más de 40 años ☐

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Estado Civil: Soltero ☐ Unión Libre ☐ Casado ☐ Viudo ☐

Grado de Estudios: Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Licenciatura ☐
Posgrado ☐

Parentesco: Pareja ☐ Hermano ☐ Hijo/A ☐ Padre/ Madre ☐ Otra ¿Cuál? ☐

Ocupación: Estudiante ☐ Trabajador ☐ Labores del Hogar ☐

Recibe Apoyo de Grupos Sociales: Si ☐ No ☐

Estado De Salud: Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐

Edad del Paciente que cuida: 0-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21-25 ☐

26-30 ☐ 31-35 ☐ 36-40 ☐ 41-45 ☐ más de 45 ☐

Padecimiento del Paciente que Cuida: _____

Tiempo de Cuidado: Menor de 1 año ☐ 1-5 años ☐ 6-10 años ☐ Más de 10 años ☐

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Apéndices

Apéndice F



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Escala de Autoeficacia para el Cuidado (Márquez et al, 2009)

Fecha

Folio

Instrucciones: Por favor, deseamos saber hasta qué punto confía usted en ser capaz de realizar las siguientes actividades. Por favor, piense en las preguntas cuidadosamente y sea tan franco como pueda sobre lo que realmente cree que puede hacer. Puntúe su grado de confianza de 0 a 100 utilizando la escala que se le propone. (Indique si algo es absolutamente no aplicable –por ejemplo, no le ocurre o no lo piensa con respecto a su situación, marcando la opción no aplicable N/A)

1- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de pedirle a un familiar o amigo que se quede un día con su familiar cuando necesita ir usted al médico?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

3- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de pedirle a un familiar o amigo que le haga los trámites?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

4- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de pedirle a un familiar o amigo que se quede un día con su familiar cuando usted necesita un descanso?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

5- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de pedirle a un familiar o amigo que se quede una semana con su familiar cuando usted necesita tiempo para sí mismo?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

6- Cuando su familiar olvida su rutina diaria y pregunta cuándo es la hora de comer justo después de haber comido, ¿hasta qué punto cree que usted es capaz de responderle sin levantarle la voz? (aclarar que “responderle” puede ser directamente o con una distracción)

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Apéndices

7- Cuando se enfada con su familiar porque repite la misma pregunta una y otra vez, ¿hasta qué punto cree que usted es capaz de decirse cosas para tranquilizarse a usted mismo?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

8- Cuando su familiar se queja sobre cómo le está tratando, ¿hasta qué punto cree que usted es capaz de responder sin discutir (por ejemplo, tranquilizándolo o distrayéndolo)?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

9- ¿Cuándo su familiar le pregunta 4 veces durante la primera hora después de comer que cuándo está lista la comida, hasta qué punto cree que usted es capaz de responderle sin levantar la voz?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

10- ¿Cuándo su familiar le interrumpe por cuarta vez mientras está haciendo la cena, hasta qué punto cree que usted es capaz de responderle sin levantar la voz?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

11- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el pensar sobre los aspectos negativos o desagradables de cuidar de su familiar?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

12- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el pensar sobre lo injusto que es que usted tenga que aguantar esta situación (de cuidar de su familiar)?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

13- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el pensar en qué vida tan buena tuvo antes de la enfermedad de su familiar y cuánto ha perdido debido a ello?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

14- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el pensar sobre lo que se está perdiendo o a lo que está renunciando por cuidar de su familiar?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

15- ¿Hasta qué punto cree que usted es capaz de controlar el preocuparse sobre problemas futuros que pueden surgir debido al cuidado?

N/A 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

No soy capaz de hacerlo en absoluto

Soy capaz de hacerlo moderadamente

Estoy seguro de que soy capaz de hacerlo

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Apéndices

Apéndice G



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Escala de Habilidad de Cuidado

(Barrera, 2008)

Fecha
Folio

Instrucciones: Lea cada una de las siguientes declaraciones y decida que tan bien refleja sus pensamientos. No hay una respuesta correcta o errada.

Declaración:

1. Me han brindado la información necesaria sobre la condición y el tratamiento de mi familiar para cuidarlo adecuadamente.

1nunca 2pocas veces 3con frecuencia 4siempre

2. Me ha preocupado la manera cómo se comporta mi familiar.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

3. He podido resolver las situaciones de cuidado de mi familiar sin miedo a equivocarme.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

4. Me preocupa no poder responder como lo espera mi familiar.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

5. Me He sentido valorado y reconocido con mi labor de cuidado

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

6. Siento que he sido capaz de solucionar los problemas de cuidado de mi familiar.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

7. He buscado enriquecerme con la experiencia de otros cuidadores.

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

8. La experiencia de otras personas me ha sido útil para mejorar el cuidado que doy a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

9. He logrado experiencias útiles con otros cuidadores

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

10. He sentido cansancio físico por las responsabilidades de cuidado que asumo

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

11. He sentido que cuidar a mi familiar es demasiada responsabilidad para mi

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

12. He percibido que el dinero destinado al cuidado de mi familiar es insuficiente

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

13. He sentido que no puedo responder por el cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

14. He tenido limitaciones para brindar un buen cuidado a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

15. He requerido de la ayuda de otro para cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

16. Me ha sido difícil ocuparme en otras actividades diferentes al cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

17. He buscado personas que me ayudan a cuidar bien a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

18. Mi salud ha pasado a un segundo plano frente a la de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

19. La atención de las necesidades de mi familiar han estado primero que las mías

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

20. He decidido vivir momentos importantes para mí, además de cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

21. He buscado apoyo en otras personas para mejorar el cuidado que le doy a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Apéndices

22. He buscado ayuda en el personal de salud para cuidar y mejorar el cuidado que le doy a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

23. La fe en un ser superior me ha ayudado a cuidar mejor a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

24. He podido entender a mi familiar cuando tiene actitudes o comportamientos complicados

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

25. He entendido el proceso de enfermedad por el que pasa mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

26. Me ha quedado claro el tratamiento y las recomendaciones que le han ordenado a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

27. Me he sentido tranquilo con la ayuda que me ofrecen personas cercanas para cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

28. Me he sentido satisfecho con la manera como cuido a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

29. He compartido con otras personas lo que siento sobre mi labor de cuidador

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

30. He podido organizar los quehaceres y los compromisos diarios para cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

31. He contado con el apoyo de otras personas para organizar los cuidados que requiere mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

32. He comprendido que debo estar presente en los momentos que mi familiar enfermo me ha necesitado

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

33. He tenido claro que hacer con mi vida cuando pienso en la muerte de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

34. He pensado y reflexionado sobre cómo cuidarme mientras cuido a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

35. He logrado tener la paciencia requerida para cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

36. Valoro que la vida es importante gracias a la experiencia que he adquirido con el cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4siempre

37. Estoy agradecido con las ayudas que me han dado para el cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

38. Me he sentido con la fuerza necesaria para seguir adelante con el cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

39. He sentido que el cuidado que le doy a mi familiar está bien hecho

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

40. He recibido agradecimientos por parte de mis seres queridos por la labor de cuidado que hago

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

41. Me he sentido tranquilo por el deber cumplido respecto al cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

42. Me he sentido capaz de ayudar a otros cuidadores

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

43. He dejado de frecuentar a mis amigos y mis seres queridos por quedarme cuidando a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

44. Las tareas de personas cercanas han cambiado por cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

45. He sentido que el tiempo no me alcanza para cumplir con lo que tengo que hacer, aparte de cuidar a mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

46. He enseñado a otros cuidadores lo que he aprendido del cuidado de mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

47. He aplicado lo que he aprendido sobre el cuidado con mi familiar

1nunca 2 pocas veces 3 con frecuencia 4 siempre

Transformo mi vida. Soy UPAEP



Apéndice H

Apéndices

Cronograma de actividades 2019-2020

año	2019								2020							
actividades	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	agos	sep	oct	nov	dic
Elección del tema																
Planteamiento del problema																
Elaboración de objetivos																
Marco teórico																
Diseño metodológico																
Instrumentos de medición																
Recolección de datos																
Análisis de datos, resultados, discusión, conclusiones																
Entrega de borrador de tesis																