

UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**"HABILIDAD EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESDE LA
PERCEPCION DEL FAMILIAR, HOSPITAL
REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS -
2015"**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR : Br. JUAN CARLOS BAUTISTA ALARCON.

ASESOR : Dr. EDWIN GONZALES PACO.

CHACHAPOYAS - PERÚ

2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“HABILIDAD EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESDE LA
PERCEPCION DEL FAMILIAR, HOSPITAL
REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS-
2015”**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Autor : Br. JUAN CARLOS BAUTISTA ALARCÓN.

Asesor : Dr. EDWIN GONZALES PACO.

**CHACHAPOYAS – PERÚ
2016**

DEDICATORIA:

A MI MADRE Y HERMANO por guiar cada paso de mi vida, por su amor, ejemplo y apoyo incondicional que me han brindado para culminar satisfactoriamente mi carrera profesional. A MIS PROFESORES Y COMPAÑEROS, por sus permanentes consejos, apoyo y comprensión en mi vida estudiantil.

J.C.B.A.

AGRADECIMIENTO.

A Dios todo poderoso, por su infinita misericordia, por guiar mi camino, darme fe para seguir adelante y llenarme de bendiciones.

A mi madre y hermano **Lleny María y Neiser Elmer**, por su enorme generosidad y por facilitarme la formación que he recibido y sin la cual no hubiese podido alcanzar mis objetivos.

A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas por permitir que los estudiantes realicen investigación durante su formación profesional.

A todos los familiares del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial del Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas por aceptar colaborar en la aplicación de los instrumentos de investigación.

A todos ellos mi más profundo agradecimiento.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.

Ph. Dr. Jorge Luís Maicelo Quintana.

Rector.

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres.

Vicerrector Académico.

Dra. María Nelly Luján Espinoza.

Vicerrectora de Investigación.

Dr. Policarpio Chauca Valqui.

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres.

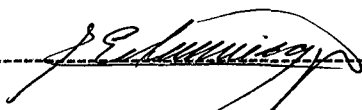
Director de la Escuela Profesional de Enfermería

VISTO BUENO DEL ASESOR.

Yo Edwin Gonzales Paco; identificado con DNI: 19990654 con domicilio legal en el Jr: Abelardo Quiñones N° 101, doctor en Enfermería, actual docente principal de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, doy visto bueno como asesor del informe de tesis titulado “**HABILIDAD EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESDE LA PERCEPCION DEL FAMILIAR, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS - 2015**” presentado por el Br. Juan Carlos Bautista Alarcón.

Por lo indicado doy testimonio y visto bueno, el Br. Juan Carlos Bautista Alarcón, ha ejecutado el proyecto de investigación mencionado, por lo que en fe a la verdad firmo al pie para mayor veracidad.

Chachapoyas, 25 de Julio del 2016.

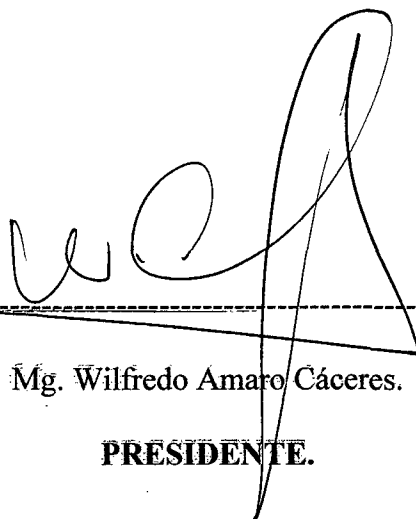


Dr. EDWIN GONZALES PACO.

DNI: 19990654

JURADO CALIFICADOR

(Resolución de Decanato N° 060-2016-UNTRM-VRAC/F.C.S)



Mg. Wilfredo Amaro Cáceres.

PRESIDENTE.

Dr. Policarpio Chauca Valqui.

SECRETARIO.



Mg. Oscar Pizarro Salazar.

VOCAL.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	iii
VISTO BUENO DEL ASESOR	iv
JURADO DE TESIS	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN.	01
II. OBJETIVOS.	05
III. MARCO TEÓRICO	06
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.	27
Tipo y diseño de investigación.	27
Población y muestra.	27
Método, técnicas e instrumento de recolección de datos	29
Análisis de datos	31
V. RESULTADOS.	32
VI. DISCUSIÓN	35
VII. CONCLUSIONES	46
VIII. RECOMENDACIONES	47
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	48
ANEXOS.	53

ÍNDICE DE TABLAS.

	Pág.
TABLA 01: Habilidad del familiar en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.	32
TABLA 02: Habilidad del familiar en el cuidado según dimensiones, al adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.	33

ÍNDICE DE FIGURAS.

	Pág.
FIGURA 01: Habilidad del familiar en el cuidado al adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.	32
FIGURA 02: Habilidad del familiar en el cuidado según dimensiones, al adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.	33

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág
MATRIZ DE CONSISTENCIA	54
OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	58
INSTRUMENTO	61
TABLA N° 03	65
TABLA N° 04	66
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	67

RESUMEN.

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo: observacional, prospectivo, transversal y de análisis estadístico univariado. Tuvo como objetivo Determinar las habilidades en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial desde la percepción del familiar, Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas - 2015. La muestra estuvo conformada por 61 familiares directos de los adultos mayores con hipertensión arterial. Para recolectar los datos se utilizó el instrumento ya validado ($VC \cong 6.0139 > VT \cong 1.6446$) y confiable (0.80) denominado "test de habilidades del cuidador familiar". Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 21 y el análisis de los datos y resultados se realizó mediante la estadística descriptiva simple de frecuencias. Los resultados evidencian que: del 100% (61) de familiares directos; el 49.2% (30) tuvieron un nivel bajo de habilidades en el cuidado, el 26.2% (16) un nivel alto; y el 24.6% (15) un nivel medio. En conclusión la mayoría de cuidadores eran del sexo femenino, que oscilan entre las edades de 36 – 59 años de edad; en cuanto a la habilidad del cuidado la mitad de los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial tuvieron un nivel bajo de habilidades en el cuidado y proporcionalmente una cuarta parte en un nivel alto y un pequeño porcentaje de nivel medio por lo que se dice que los familiares que se encargan del cuidado del adulto mayor hipertenso, no cuentan con condiciones óptimas para la prestación del cuidado.

Palabras claves: Cuidado, familiar cuidador, habilidad del familiar, adulto mayor.

ABSTRACT

This research was performed by using a quantitative approach, descriptive level, and a forecast observational transversal study with a univariated statistical analysis. It also had the purpose of determining the skills on the older adults' care who presents high blood pressure from the family perception in "Virgen de Fatima" Regional Hospital, Chachapoyas – 2015. The sample was formed by 61 immediate relatives of the older adults who presents high blood pressure. For the data recollection, we used a validated ($VC = 6.0139 > VT 1.6446$) and trustworthy (0.80) instrument called "Family Caregiver Skills Test". The data was processed in SPSS Statistical Software version 21, and the data and results analysis was done by means of the simple statistical analysis of frequencies. The results show that from the 100% (61) of the immediate relatives; 49.2% (30) had a low level on caring skills, 26.2% (16) presented a high level; and 24.6% (15) a middle level. In conclusion, the majority of caregivers were female members from 36 to 59 years old. In terms of caring skills, half of the family caregivers of the older adults with high blood pressure got a low level related to caring skills, one quarter of them got a high level, and one quarter got a middle level. That is why we state that the relatives who are in charge of older adults' care with high blood pressure don't have the enough experience to give this service.

Key words: Care, family caregiver, relative skills, older adult.

I. INTRODUCCIÓN.

A nivel mundial se está observando una inversión en la pirámide poblacional; queriendo decir con esto, que la cantidad de adultos mayores ha aumentado; los cuales por su condición física se encuentran susceptibles a muchas enfermedades, entre ellas las cardiovasculares y un claro ejemplo es la Hipertensión arterial, se trata de una enfermedad muy común en todo el mundo que afecta a casi al 50% de adultos mayores; esta enfermedad, actualmente representa un importante problema de salud pública, Es considerada el motivo de consulta más frecuente y que además presenta múltiples complicaciones. (OMS, 2014).

Las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles como la Hipertensión Arterial, se caracteriza por estar asociada con el estilo de vida y por la necesidad de cuidado que genera. La mayor parte de las personas con HTA son cuidadas por su familiar, es decir una persona con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de ECNT. Este cuidador participa en la toma de decisiones, realiza o supervisa las actividades de la vida diaria en las cuales apoya al receptor del cuidado. El cuidador familiar requiere habilidad para dar un cuidado competente, sin embargo se ha encontrado que en muchos casos los cuidadores familiares carecen de la habilidad requerida y a pesar de ello deben asumir la responsabilidad. (Rodríguez., et al. 2008, p. 45).

En las últimas décadas se ha observado un crecimiento en el número de familias que deciden tomar la responsabilidad de cuidar a sus parientes con Hipertensión Arterial; exponiéndose a varios riesgos, ya que las tareas del cuidador se vuelven cada vez más complejas y les abarcan mayor cantidad de tiempo afectando tanto su salud física como mental. (Venegas, 2006, p. 302).

El tratamiento de una persona hipertensa no requiere estar hospitalizado en una institución de salud pero si requiere de un tratamiento en casa que prevalece toda la vida y que requiere una persona activa, responsable y comprometida con su cuidado; generalmente es la esposa, las hijas o las nueras quienes adoptan el papel de cuidadoras, centrando su actividad cotidiana en atender al adulto mayor, lo que implica, en muchos casos, renunciar a sus relaciones sociales, reducir sus horas de descanso e incluso llegar a tener sentimientos de culpa al realizar actividades propias

no relacionadas con el cuidado del adulto mayor hipertenso (Revista Consumer, 2001, p. 210).

Surge de esta manera la figura del cuidador informal, quien asume el rol de colaborar en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria que necesita el adulto mayor Hipertenso el cual no es capaz de desarrollar por sí mismo. Esta actividad de cuidar es asumida, generalmente, por familiares u otras personas con multiplicidad de roles y sin preparación en el tema, lo que los expone a sufrir un conjunto de signos y síntomas denominados Sobrecarga (Montorio., et al, 1998, p. 83).

Las personas que tienen un familiar en situaciones de enfermedad crónica, asumen la responsabilidad de desempeñarse como cuidadores aun sin estar preparados para ello; lo que ocasiona que comprometan su salud y bienestar, se generen conflictos en el ámbito familiar y amical, se limite el optimismo y el soporte social se torne deficiente a causa del cuidado. Por tanto, la enfermedad crónica no sólo afecta a quien lo padece, sino también a sus familiares cercanos. (Barrera, 2006, p. 6-27).

Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres de edad intermedia, menores que el receptor del cuidado, quienes por lo general cuidan al ser querido desde el momento de su diagnóstico y llevan cuidándolo más de seis meses. Estas personas sienten que la actividad ocupa la mayor parte del día y, por lo general, desconocen el rol que asumen. Por otra parte cuando el cuidador se enfrenta a la enfermedad, se afecta su entorno inmediato, es decir su familia, por lo tanto, soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente a esta persona, que generalmente es una mujer, se le denomina "cuidador principal". (Louro, 2005, p. 228).

Casi siempre, el familiar asume la responsabilidad de cuidador de su ser querido sin tener los conocimientos y las habilidades necesarias para hacerlo. El cuidador debe afrontar la situación con una estructura que lo oriente en la toma de decisiones frente a las tareas de cuidado, ésta es la habilidad que se constituye en el significado en los hallazgos, podrá afrontar su situación con calidad de vida y, lo más importante, se constituirá en el mejor apoyo para la persona que cuida. (Barrera, 2008, p. 182).

En el Perú, durante el 2014 se contó con 2 millones 807 mil 354 personas que sobrepasan el umbral de los 60 a más años; siendo la Hipertensión Arterial la enfermedad que ocupa uno de los primeros lugares como causa de morbi-mortalidad;

esta se incrementa con la edad, siendo de 47,1 a 66% el índice de pacientes de la tercera edad quienes sufren de hipertensión arterial; esta enfermedad se presenta en mayor proporción en mujeres que hombres, el 32,9% de mujeres de 60 y más años de edad fueron declaradas con hipertensión arterial, proporción mayor en 7,0 puntos porcentuales que los hombres (25,9%). (INEI, 2014).

Los cuidadores de pacientes con Hipertensión Arterial son una población poco estudiada en cuanto a las habilidades como cuidador, tema por lo que se considera importante estudiar el nivel de habilidad de cuidado como aspecto que interviene en el bienestar general de aquellos que se ven involucrados en la atención de personas adultas mayores como hipertensión arterial y, como un factor protector de su calidad de vida. Por ello el cuidador familiar necesita desarrollar habilidades para brindar un cuidado apropiado.

La Región Amazonas cuenta con 419 404 habitantes de las cuales 20 241 son personas mayores de 65 años de edad, en su capital Chachapoyas cuenta con una población total de 28 618 habitantes, de la cual en el Hospital Regional Virgen de Fátima en el programa de los adultos mayores con hipertensión arterial existe un total de 110 adultos mayores con hipertensión arterial.

A nivel local, durante las prácticas curriculares en distintas comunidades de nuestra localidad se ha observado que los familiares que cuidan al adulto mayor con ECNTA, como la Hipertensión Arterial muestran un déficit de habilidad en el cuidado. Al entrevistar a los familiares de adultos mayores que asisten al Programa de Enfermedades crónicas no transmisibles del Hospital Regional Virgen de Fátima, estos manifestaron que desconocen sobre cómo cuidar a los pacientes con HTA, indicando que estos familiares no cuentan con habilidades para el cuidado de un adulto mayor, además no se sienten preparados para brindar un cuidado apropiado en situación de enfermedad hipertensiva, por la escasa habilidad en el cuidado, que desencadena en ellos sentimientos de impotencia ante la responsabilidad.

Por lo antes descrito se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de habilidad en el cuidado del adulto mayor con Hipertensión Arterial, desde la percepción del familiar cuidador, Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas 2015?

En el Perú se ha observado un incremento de adultos mayores hipertensos, lo cual disminuye la calidad de vida y la supervivencia, siendo un reto importante para la salud pública, las altas tasas de incidencia de la hipertensión arterial necesitan de familiares que cuenten con habilidades en el cuidado, que faciliten el desenvolvimiento de estos pacientes, y de esta manera traten de modificar los malos estilos de vida con buenos estilos, y de esta forma disminuyan esta enfermedad tan agobiante del adulto mayor.

Los resultados del presente estudio, brindarán la oportunidad de conocer las habilidades del familiar en el cuidado, cómo se encuentra el nivel de habilidad del familiar en el cuidado, a fin de adquirir una mejor comprensión, interpretación y análisis del fenómeno y poder orientar estrategias de intervención para el cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica que redunden en el bienestar del binomio cuidador – paciente.

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

La presente investigación está constituido por: La base teórica utilizada para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.

II. OBJETIVOS:

General:

Determinar el nivel de habilidad en el cuidado del adulto mayor con Hipertensión Arterial, desde la percepción del familiar cuidador, Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas 2015.

Específicos:

Caracterizar a la población objeto de estudio.

Valorar las habilidades en el cuidado del adulto mayor con Hipertensión Arterial, desde la percepción del familiar, según las dimensiones de relación, comprensión y modificación de la vida, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2015.

III. MARCO TEÓRICO.

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Barrera, L., et al. (2006). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue: Describir y comparar la habilidad en el cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, en tres instituciones diferentes. Sus resultados de los cuidadores del programa de la Universidad de La Sabana, evidencian: que el 17.78% son hombres y el 82.22% son mujeres; sus edades estaban comprendidas entre (18 a 35 años) con un 13.33%, entre (36 a 59 años) con 35.56% y eran mayores de 60 años en 51.11%; en cuanto al nivel de habilidad de cuidado general: el nivel de habilidad de cuidado en un 44.44% (20) es medio, el 28.89% (13) habilidad de cuidado bajo y el 26.67% (12) habilidad de cuidado alto.

En el grupo de los cuidadores del programa de la universidad de los Llanos se evidencia que: el 14.44% eran hombres y el 85.56% eran mujeres; en relación con la edad de los cuidadores oscilaban entre (18 a 35 años) un 31.11%, entre (36 a 59 años) un 58.89% y el 10% eran mayores de 60 años; el nivel de habilidad de cuidado en un 41.11% (37) es medio, el 32.22% (29) habilidad de cuidado alto y el 26.67% (24) habilidad de cuidado bajo.

En el grupo de los cuidadores del programa de la universidad Nacional de Colombia sus resultados fueron: que el 16.67% eran hombres y el 83.33% mujeres; en cuanto a la edad del cuidador oscilaba entre (18 a 35 años) en 34.44%, entre (36 a 59 años) en 44.44%, y el 21.31% mayores de 60 años; el nivel de habilidad de cuidado en un 45.56% (41) es medio, el 28.89% (26) habilidad de cuidado alto y el 25.56% (23) habilidad de cuidado bajo. En conclusión en cuanto a la Habilidad de Cuidado, se ve un comportamiento similar en los tres grupos. En ellos queda claro que la mayor parte de los cuidadores familiares que responden por sus seres queridos en situación de enfermedad crónica no tienen las condiciones óptimas para la presentación del cuidado.

Venegas, B. (2006). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue: Definir la habilidad de cuidado de familiares cuidadores principales de personas en situación crónica. Sus resultados evidencian: que el 85.25% son mujeres y el 14.75 son hombres; la edad oscila entre 35 a 59 años. Según la habilidad del cuidador, el

37,70% presentan un nivel medio de habilidad de cuidado; el 33.61% presenta un alto nivel de habilidad de cuidado; y el 28,69% presenta un bajo nivel de habilidad de cuidado. Estos datos significan que el 66,39% de la población tomada para el estudio no presenta un nivel óptimo de habilidad de cuidado para cumplir con el rol a su cargo.

Barrera, L., et al. (2006). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue describir, analizar y comparar la forma en que se presenta la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica en tres países de América Latina; obtuvo como resultado que en Argentina el nivel de habilidad de cuidado en un 37.78% fue media, el 33.33% baja y el 28.89% alta; en el país de Guatemala el 42.00% cuenta con habilidad de cuidado media, el 32% alta y el 26% baja mientras que en el país de Colombia el 45.56% cuentan con habilidad de cuidado media, 28.89% alta y el 25.56% baja.

La conclusión acerca de esta investigación fue que al describir y comparar la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en los cuidadores de tres países de América Latina (Argentina, Guatemala y Colombia), se determinó un comportamiento similar con dificultades en la prestación del cuidado, y habilidad deficiente en los componentes que la constituyen. Estos resultados responden a la vivencia de los cuidadores en el afrontamiento de cuidar a una persona con enfermedad crónica.

Rojas, M. (2007). Colombia. En su investigación cuyo objetivo fue: Establecer la Asociación entre la Habilidad de Cuidado del Cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del Adulto Mayor que vive situación de Enfermedad Crónica. Sus resultados demuestran que la mayoría de los cuidadores familiares son mujeres representado en un 84%, seguido de un 16% correspondiente a los hombres; en relación con la edad del cuidador, se evidencia que el mayor rango de edad (50.98%) se encuentra entre los 36 a 59 años, seguido de los mayores de 60 años, y casi en un cuarta parte (18.63%) se encuentra en el rango comprendido entre 18 a 35 años de edad. En cuanto a la habilidad de cuidado del familiar, la cuarta parte de los cuidadores (24.51%), tiene habilidad de cuidado alta, menos de la mitad representado en un 44.12% tiene habilidad moderada y el 31.3% baja.

Estos datos permiten ver que el 75.49% de los cuidadores no tienen una habilidad de cuidado óptima.

Díaz, J. (2007). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue describir la habilidad de cuidado de un grupo de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica vinculadas al Hospital San Rafael de Girardot; obtuvo como resultado que el 37.50% (33) tienen habilidad de cuidado medio, el 34.09% (30) habilidad de cuidado bajo y el 28.41% (25) habilidad de cuidado alta. La conclusión acerca de esta investigación fue que un alto porcentaje carece de habilidades para el cuidado de sus familiares con enfermedad crónica, lo cual indica la necesidad de que este grupo de personas cuenten con algún tipo de apoyo ampliado en su red social.

Castro, S. (2009). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue: Describir el nivel de habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con Insuficiencia Cardíaca. Sus resultados fueron, que la mayoría de los cuidadores son mujeres, representados en un 83.3% seguido de un 16.7% correspondientes a los hombres; respecto a la edad del cuidador, predomina entre (38 a 47 años) representando un 38.1%, seguido de los de (48 a 57 años) con un 21.4%, y el rango de edad (18 a 37 años) representan en un 26,2%; en cuanto al nivel de habilidad general, se evidencia que: el 7% poseen un alto nivel de habilidad de cuidado, el 91% poseen un nivel de habilidad bajo, y un 2% poseen un nivel de habilidad medio. Finalmente, en el estudio se demostró que el nivel de habilidad general que poseen los cuidadores familiares es bajo.

Dávila, R. (2010). Perú. En su estudio cuyo objetivo fue determinar el efecto de la implementación de una “Red de apoyo social Adventista” en la habilidad del cuidado de los familiares cuidadores de personas con enfermedad crónica del Centro poblado Virgen del Carmen - La era; los resultados indican que 80% de los cuidadores presentaron un nivel alto de habilidad de cuidado.

Blanco, L. (2011). Argentina. En su estudio cuyo objetivo fue: evaluar las habilidades de los cuidadores informales en dos grupos conformados por 45 cuidadores informales a cargo del adulto mayor hospitalizado y el segundo grupo de 45 cuidadores informales a cargo del adulto mayor que recibía cuidados dentro del hogar y a quienes acompañaban a las consultas externas para su atención;

obtuvo como resultado que el 60% en ambos grupos tienen un nivel de habilidad medio, el nivel alto es mayor en el grupo de consulta externa en un 27% versus el 17.8% de hospitalizados y el nivel bajo fue mayor en los del grupo de hospitalizados en un 22.2% superando a los de consulta externa que llegaron al 15.6%. La conclusión final acerca de esta investigación fue que no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de cuidadores informales pero que sin embargo es de mutua ayuda informar a los cuidadores sobre el cuidado adecuado hacia sus familiares.

Tizoc, A., et al. (2012). México. En su estudio cuyo objetivo fue conocer el nivel de habilidad del familiar en el cuidado a pacientes con enfermedades crónicas del servicio de la UNEME (unidades de especialidades médicas) del Hospital general de Culiacán; obtuvo como resultado que el 82% (42) mostraron un nivel de habilidad de cuidado medio, el 14% (7) nivel bajo y el 4% (2) nivel alto. La conclusión acerca de esta investigación fue que el nivel de habilidad encontrado en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica fue en una escala promedio.

Gómez, J., et al. (2013). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue: determinar el nivel de habilidad de cuidado del cuidador informal y su relación con el tiempo de cuidado a personas mayores de 65 años hipertensos y diabéticos crónicos; los resultados encontrados se observó que los encargados del cuidado son mujeres en un 85.1%, seguido de los varones en un 14.8%. Se encuentran en edades que oscilan entre (18 a 35) en 29.6%, entre (36- 59 años) en un 46.3% y el 24.1% mayores de 60 años; en cuanto a la habilidad total de cuidado se encontró en un nivel bajo, representado en un 70.4% (38), el 22.2% (12) presentan una habilidad moderada y solo el 7,4 (4) tienen habilidad alto. Estos resultados evidencian que la habilidad de cuidado es baja, indicando que los cuidadores familiares no tienen una habilidad de cuidado adecuada para resolver las necesidades de atención de las personas bajo su cuidado.

Carrillo, G., et al. (2015). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue: Determinar la habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños con Enfermedad crónica. En los resultados encontrados se observó que los encargados del cuidado

en su mayoría son mujeres 91,8 %. Y hombres en 8,2%, con respecto a la edad, el 52,9 % de los cuidadores son jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, seguido por el 44,7 % que se encuentran entre los 36 y los 59 años y solo 2,3 % con 60 o más años. En cuanto a la habilidad de cuidado el 29,4 % se ubicó en nivel alto, el 38, 8 % en nivel medio y el 31,8 % en nivel bajo.

3.2 BASE TEORICA

3.2.1 Habilidad de Cuidado del Familiar Cuidador.

a. Definición:

La habilidad de cuidado del familiar cuidador, es el potencial de cuidado o conjunto de destrezas, capacidades de las que dispone una persona adulta que asume el rol de cuidador principal de su familiar que padece enfermedad crónica, brinda apoyo tanto físico como emocional, de manera permanente y comprometida. Una persona con habilidad de cuidador experimenta una sensación de pertenencia, de vínculo, es estable y resistente al estrés. (Díaz, J. 2007, p. 63).

El cuidador hábil, tiene la posibilidad de mantener un vínculo significativo, de hacer actividades de una forma estética o armónica, de tomar decisiones pertinentes para determinar el curso de la acción que debe realizar y poder conducir de manera honrosa su actividad. Es capaz de comprender que él y la persona a su cargo, son en todo momento seres humanos activos, trascendentes y totales, que pertenecen a un contexto con el cual interactúan, que tienen una historia individual, una historia compartida y que tienen capacidad de desarrollarse en la habilidad de cuidar. (Sánchez, B. 2006, p. 24-25).

Habilidad de cuidado como 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 conocimiento, valor y paciencia. Para el caso de conocimiento, sobresalen características como el predominio de sentimientos positivos, así como una actitud favorable por brindar atención y protección al paciente; el valor se caracteriza por la presencia de una sensación de preocupación al saber que alguien depende

de su cuidado, al igual que la sensación de arresto para enfrentarse a lo desconocido. (Nogozi, 1990, p. 55-56).

Es la capacidad que tiene el cuidador en su experiencia de cuidado del familiar con enfermedad crónica para establecer la relación, la comprensión y modificación de los estilos de vida. (Barrera., et al. 2006, p.141-152.)

b. Tipos de habilidad de cuidado:

Según Barrera Ortiz Lucy (2008), la habilidad del cuidado se dividen en:

✓ **Relación:** Es la acción de contacto con la persona cuidada para asistirlo con orientación, actitud, oportunidad y referencia de su situación: sobrecarga, restricción, dependencia, auto abandono y búsqueda de apoyo. El factor interpersonal está representado por aquellos elementos referidos a la relación que el cuidador mantiene con la persona mayor cuidada, deseo de delegar el cuidado en otros, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar o sentimientos de indecisión acerca del cuidado

El cuidar “es una relación de ayuda, por lo que será básico la comprensión de los sentimientos de la persona cuidada” para lograr una intervención efectiva desde el momento que se establece la relación cuidador persona cuidada. Cuidar puede ser estresante, pero también puede ser una oportunidad para incrementar las relaciones familiares entre hijas/hijos y madres/padres y un reto, ya que se pueden encontrar satisfacciones en esta situación evitando costos de la propia estabilidad emocional de la persona cuidadora.

Según diferentes estudios, coincide en los aspectos incluidos en esta dimensión del instrumento y habla que la carga subjetiva es un buen indicador del cuidado, la falta de tiempo libre, deterioro de la relación con la persona cuidada, expectación de la autosuficiencia reflejada en la capacidad para cuidar al familiar y falta de recursos para asumir el

cuidado, el poco reconocimiento de la labor desempeñada. (Montorio, p. 232).

A continuación se presenta la definición que da la autora de cada uno de estos conceptos.

- ***Orientación***: Es la guía basada en información (el cuidador conoce de la enfermedad, tratamiento, pronóstico) con capacidad para manejar al familiar sin conflicto, sin angustia, usando los recursos y demostrando sus capacidades.
- ***Actitud***: El cuidador es capaz de establecer una relación buena con su familiar enfermo. Es el sentimiento de la relación de cuidado, de su necesidad, preocupación, valor, impotencia y capacidad para solucionar los problemas.
- ***Oportunidad***: Es capaz de aprovechar los momentos adecuados de relacionarse con resultados importantes que enriquecen, dan ganancia, valor y aceptación.
- ***Sobrecarga (Referencia a su situación)***: Es el peso desagradable que se siente con las responsabilidades del cuidado del familiar enfermo, manifestado por intranquilidad, fatiga, presión, obligación y afectación del presupuesto disponible.
- ***Restricción (Referencia a su situación)***: Es la limitación para relacionarse con el cuidado del familiar en sus capacidades para responder, prevenir y sentirse culpable.
- ***Dependencia (Referencia a su situación)***: Es el condicionamiento de la capacidad de relacionarse, reconociendo su propia capacidad y la necesidad de ayuda de otros.
- ***Auto abandono (Referencia a su situación)***: En su relación se desampara a sí mismo en su propia salud, el tiempo disponible para sí mismo, para satisfacer sus necesidades y desarrollos.
- ***Búsqueda de apoyo (Referencia a su situación)***: La forma de encontrar y reconocer apoyo en su relación con su familiar para capacitarse, satisfacer necesidades y fortalecerse.

- ✓ **Comprensión:** Es la capacidad de comprender y entender la situación con facilidad para organizarse con la presencia requerida, el razonamiento para intercambiar, reconocer logros obtenidos y reafirmación de su cuidado, que comprende los siguientes conceptos:
- **Comprensión:** Entender y aprender la situación del familiar enfermo, sus comportamientos, habilidades para el cuidado, proceso de la enfermedad, tratamiento y aceptación.
 - **Intercambio:** Es la compensación recíproca del cuidado que se da al familiar enfermo proporcionando confianza, satisfacción y búsqueda de oportunidades para informarse y compartir.
 - **Organización:** Es la disposición para disponer y ordenar las actividades dirigidas a la persona cuidada, delegando y utilizando apoyos.
 - **Presencia:** Es la asistencia con la permanencia requerida para el familiar enfermo, teniendo en cuenta la disponibilidad, la comprensión de las reacciones y situaciones del enfermo como el dolor y final de la vida.
 - **Razonamiento:** Es la reflexión que permite interpretar y explicar las reacciones de cuidar al familiar enfermo. Sentirse bien, satisfacer sus necesidades y pensar en su propio cuidado.
 - **Logros:** Reconocer lo que se consigue como cuidador, como tiempo para sí mismo, para tomar decisiones, tener paciencia, valorar apoyos y tener fortaleza.
 - **Reafirmación:** Ratificar la condición de cuidador familiar con su fortaleza, bienestar y reconocimiento.

Modificación de los estilos de vida: Es la capacidad de aceptar los cambios generados por la situación de ser cuidador familiar, lo que ocasiona una transformación de la vida diaria, algunos pueden dejar el trabajo, alejarse de toda actividad social, disminuyendo o suprimiendo el esparcimiento, multiplicando sus roles y en algunas ocasiones verse afectada las relaciones en pareja. Comprende los siguientes conceptos:

- **Ganancia:** Son los logros adquiridos como cuidadores: aceptación de la situación, la tranquilidad, la capacidad para pedir ayuda y reconocer los valores importantes de la vida.
- **Cambio:** Los efectos de los cambios realizados como cuidadores familiares, mejorar la actitud negativa con optimismo, el aislamiento, la distribución del tiempo y tareas.
- **Trascendencia:** El cuidador reconoce, difunde y transmite la experiencia de cuidado, enseñando a otros, comparte como experto, modifica positivamente su vida.

3.2.2 Familiar Cuidador.

a. Definición:

Se denomina familiar cuidador, a la persona adulta que posee un vínculo de parentesco familiar o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado del ser querido, que vive en situación de enfermedad crónica. Participa en la toma de decisiones, supervisa y colabora en la realización de las actividades de la vida diaria, para compensar la disfunción existente o apoyar a la persona con enfermedad crónica. (Díaz, J. 2007, p. 63).

Ser familiar cuidador significa estar disponible para los momentos de verdad en su labor, es saber escuchar y tener el valor, el conocimiento y la paciencia para cuidar. Para ello, requiere de una capacitación mínima, debe ser capaz de reconocer al ser cuidado en todos los aspectos de la vida y aceptar ser cuidador. (Pinto, N. 2005, p. 34-35).

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

un proceso terapéutico, o sea de naturaleza curativa, beneficiosa para la persona que es cuidada. (Sánchez, B. 2006, p. 24-25).

Dentro de las características los cuidadores familiares algunas son comunes como es el género y la edad: son mujeres de edad intermedia, menores que el receptor de cuidado quienes por lo general cuidan al ser querido desde el momento de su diagnóstico y llevan cuidándolo más de seis meses. Estas personas sienten que la actividad ocupa la mayor parte del día, por lo general, desconocen el rol que asumen. (Barrera., et al.2005, p.128-137).

El cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija, que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntario. Constituye una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado y se encarga de brindarle apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Por lo anterior, los cuidadores pueden experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado.

La experiencia de cuidado varía con el género; la mujer, por su naturaleza, comprende y entiende el cuidado como una situación de diario vivir. Ella cuida de sus hijos, de sus padres y de quienes la rodean. Tiende a ser detallista y observadora y su manera casi instintiva busca en la mayoría de los casos, preservar la vida. La mujer entiende con familiaridad, aspectos de las situaciones de enfermedad, de los problemas diarios y de la conservación del entorno. El varón por el contrario, busca ser planificador, organizador y responsable, es más práctico y en ese sentido, participa y colabora en el cuidado. Las mujeres, en la mayoría de

las familias, son cuidadoras principales y conforman la parte más importante de las redes de apoyo y soporte social de quienes están enfermos o incapacitados, desarrollando su potencial de cuidado de múltiples formas. (Barrera, 2006, p. 6-27).

Por otro lado, la calidad de vida de todos los cuidadores se ve comprometida. El cuidador es sometido a dejar su trabajo porque el cuidado de su ser querido se lo exige. Al parecer son las mujeres más que los varones, las más propensas a sufrir esta situación. Afrontan inmensas dificultades de soledad, incertidumbre y temor, por tener que tomar decisiones sin comprender las implicancias de éstas y por no percibir el apoyo suficiente por parte de las instituciones o profesionales de salud. (Pinto, N. 2006, p. 58).

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

En la relación del cuidado al paciente que vive una enfermedad crónica suelen surgir un gran número de situaciones difíciles con su cuidador y la familia. A continuación las más frecuentes: La familia ha de asumir el trabajo y función que hasta ahora desempeñaba el enfermo en la familia. Generalmente las funciones que más se suelen sustituir son las de productividad o las del hogar.

Aislamiento Social: Las familias que tienen un familiar situación de enfermedad crónica cuenta con menos tiempo para las relaciones sociales, igualmente los amigos no saben con exactitud cómo actuar, ya que las relaciones pueden resultar incómodas, por lo que disminuyen los contactos precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional. (Pinto, N. 2006, p. 61).

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

La relación que se establece entre el cuidador principal y el paciente suele ser de dependencia y en algunos casos se suele excluir a los demás miembros de la familia. En el desempeño del rol del familiar cuidador, es importante el compromiso de otros miembros de la familia así como de los profesionales de salud involucrados, para orientar el cuidado, facilitar la comodidad, promover el espacio para cuidar, para la recreación y el autocuidado. (Pinto, N. 2006, p. 65).

En esta experiencia, es preciso anotar que ser cuidador permite crecer en el campo espiritual y emocional, permite entender muchos aspectos de la vida con mayor facilidad, comprende el valor de la familia, de la solidaridad, como la más fuertes de todas las virtudes para el cuidado. La comunicación es fundamental; escuchar y ponerse en el lugar del otro permite comprender y aceptar. (Antolínez, B. 2006, p. 49 – 50).

Es esencial dar al cuidador las herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento, de manera tal, que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales o informales, manejando sentimientos de inadecuación o culpa, planeando su propio futuro y el de su grupo familiar. (Pinto, N. 2005, p. 36).

Clases de cuidadores: (Según De la Rica & Hernando. 1994, p. 197)

Según Responsabilidad:

- *Cuidador Primario:* Es aquella persona que asume la responsabilidad de brindar cuidado y generalmente tiene una relación directa con el paciente, asume voluntariamente el rol de cuidador. Es el primordial agente de cuidado que da asistencia básica a la persona en condición de enfermedad.
- *Cuidador secundario:* Es la persona que no ostenta la responsabilidad total, hacen parte de la red de apoyo y aunque no se encargan de los cuidados primordiales cumplen funciones básicas para la integridad de la familia. Es aquel que no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo.

Según función:

- *Cuidador instrumental:* Es aquella persona que provee recursos económicos y materiales para la subsistencia del cuidador primario y el familiar a su cargo.
- *Cuidador anticipatorio:* Es aquel que analiza las situaciones y considera los posibles riesgos para a la familia y el familiar en recuperación. Anticipa los hechos y actúa para mejorar las condiciones generales en la atención.
- *Cuidador supervisor:* Este cuidador es el que verifica la implementación sugerencias y los efectos del cuidado brindado.
- *Cuidador protector:* Es aquella persona que prevee, actúa y está al tanto de los recursos disponibles para proteger a la familia.

Cuidadores de personas con HTA: El tipo de cuidador que requiere una persona con HTA, según su función es un cuidador supervisor que se refiere al familiar, pareja o amigo que asume responsabilidades de cuidado, apoyo y supervisión diaria de la persona hipertensa y participa con él en la toma de decisiones respecto al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

3.2.3 Cuidado:

El cuidado se conceptualiza, como afecto, como interacción personal, ayuda al otro al quehacer, a afrontar dificultades y crisis propias de la vida, es intervención terapéutica y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: Crecimiento del sujeto del cuidado, del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado. (Moreno, M. 2006, P. 48).

El cuidado es ayudar a alguien a alcanzar el crecimiento personal; se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona. Promueve la autorrealización del que da el cuidado, en el llamado "certidumbre o convicción básica". El que brinda el cuidado determina la dirección del crecimiento de quien es cuidado, porque para cuidar se tiene que conocer los poderes y limitaciones, las necesidades que conducen al crecimiento del otro. (Quintero, B. 2008, p. 74-75).

El cuidado es una forma de interrelación o conexión, de manera que alguien se interesa por alguien. El cuidado ofrecido es la expresión de nuestra humanidad, de nuestros valores, principios profesionales y personales. Es la forma humana de ser, que consiste en atributos como: compasión, competencias, confianza, conciencia y compromiso. Es una virtud, una actitud, una conducta, una destreza y un proceso. (Moreno, M. 2006, p.103).

El brindar cuidado según Mayeroff, representa animarlos y asistirlos para que puedan ser cuidados por otra persona aparte de nosotros mismos. Es importante considerar el principio de autonomía y los valores e ideales fundamentados en la experiencia del cuidado. Propone que el cuidar podría ayudarnos a comprender mejor e integrar más efectivamente nuestras vidas. (Quintero, B. 2008, p. 88).

El cuidado puede tener la connotación de fin o de medio, como fin, denota adaptación del individuo y/o grupos hacia el medio social al que pertenecen, para seguir respondiendo a las múltiples exigencias de su entorno. Como medio, se constituye en un proceso dinámico en el que

interactúan diversos elementos para mantenerse en estabilidad dentro del continuo vida – muerte. Cuidar es una forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer.

El cuidar es un sentir personal y único que orienta el conocimiento para reconocer y apoyar al otro en su propia necesidad, es un arte y un ciencia que exigen conocimientos y actitudes especiales que a su vez implica el establecimiento de una relación afectiva con el ser que necesita recibir cuidado. (Guerrero & Rojas, 2009, p. 14).

El cuidado es considerado "como una actividad principalmente femenina", generalmente no remunerada, sin reconocimiento, ni valoración social. Comprende tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial, que implica un vínculo afectivo, emotivo y sentimental. Supone un vínculo entre el que brinda el cuidado y el que lo recibe. Está basado en lo racional y no es solamente una obligación jurídica establecida por la ley. Involucra emociones que se expresan en las relaciones familiares, al mismo tiempo, que contribuye a construir las y mantenerlas. (Pinto, N. 2006, p. 26-27).

Incluye la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo, como respecto a sus necesidades básicas, facilita la expresión de sentimientos, muestra la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia, especialmente, ante la nueva experiencia que deben afrontar. Exige conocimientos y actitudes especiales, cuyo fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. (Pinto, N. 2005, 34-35).

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global.

Clasificación del cuidado:

- **Cuidado formal:** Este tipo de cuidado es profesional y lo proporcionan fundamentalmente todos los profesionales de la salud formando un equipo interdisciplinario en el que actúan enfermeras, médicos, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y demás especialidades médicas, quienes tienen una formación, capacitación y educación para proporcionar cuidados, por lo que reciben remuneración en o por el ejercicio de su labor, lo que de una manera u otra los incentiva para realizar su rol. (Guerrero & Rojas. 2009, p. 14).
- **Cuidado informal o familiar:** Es un cuidado no remunerado proporcionado por la familia, amigos, vecinos, o parientes que se presta cuando hay una necesidad de cuidado personal en actividades de la vida cotidiana, donde el objetivo es que las personas enfermas puedan permanecer en su hogar. Generalmente es una persona familiar o cercana quien se ocupa de brindar apoyo tanto físico como emocional a otro. (Guerrero & Rojas. 2009, p. 14).

3.2.4 Adulto Mayor:

a. Definición:

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años de edad; por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejas o grandes longevos, a todo individuo mayor de 60 años se les llamará de forma indistinta persona de tercera edad. (OMS. 2012).

- ✓ **La vejez.** Es una etapa de la vida, la última; está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo, por lo que el envejecimiento no es una enfermedad, es un proceso fisiológico

natural, que se produce desde que nacemos, y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida, durante este proceso el organismo va cambiando, cada persona envejece a su propio ritmo; y en este proceso influyen tanto los factores genéticos y ambientales, como también el entorno rural en el cual viven, quienes viven más, deberían hacerlo con buena salud, para ello es necesario:

- Controlar su salud periódicamente.
- Practicar hábitos saludables.
- Fortalecer su autoestima.

b. Adulto mayor con ECNT:

El hablar de la persona adulta mayor que vive situación de enfermedad crónica, no solo lleva a pensar en los problemas de salud que presenta sino también en el entorno en el que se desenvuelve, por lo tanto, esta situación trae consigo implicaciones de tipo afectivo, social, emocional, físico y espiritual. En este sentido, la persona que vive situación de enfermedad crónica debe adaptarse a un nuevo modo de vida, a esperar posibles consecuencias de un proceso patológico, y aceptar un apoyo continuo de la persona que asume el rol de cuidador, para compartir con ella la experiencia del cuidado.

En muchos casos, ser un enfermo crónico implica ser sujeto dependiente. Esta es la condición en la que el individuo es incapaz de satisfacer sus propias necesidades y cuidar de sí mismo, por lo que es forzado a confiar en el cuidado provisto por otros. El envejecimiento y las enfermedades crónicas originan discapacidades que afectan la autonomía del individuo dando paso a un mayor número de adultos y ancianos dependientes de la atención y el cuidado de otros. (Robles, 2004, p. 618 – 625).

En el manejo de la HTA la persona hipertensa no es totalmente dependiente del cuidador pero sí necesita de su apoyo para lograr adaptarse a los nuevos requerimientos de la vida (físicos, cognitivos, económicos, sociales y emocionales) asociados a su patología que no son cambios independientes sino de grupo familiar, por lo que la familia

se convierte en cuidador (red de apoyo) cuya finalidad es preservar la vida de sus miembros, con la ventaja de que sus cuidados sean ajustados a sus propias posibilidades, necesidades particulares y condiciones del medio donde viven.(Guerrero & Rojas. 2009; p. 14).

3.2.5 Hipertensión Arterial.

a. Definición:

Enfermedad crónica de curso insidioso y silente, que se manifiesta sintomáticamente en forma tardía por lo que se denomina "asesino silencioso", al no causar síntomas hasta que lesiona algún órgano vital. Es causa importante de complicaciones clínicas severas, que afecta las esferas psíquica, física, social y económica de quien la padece. (Lombo, L. 2008, p. 65-66).

Hipertensión arterial, designa a toda cifra que sea igual, o supere los valores tensionales de 140/90 mmHg para valor sistodiastólico respectivamente. La presión arterial por encima de lo normal, aumenta el riesgo de trastornos como ictus, insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, lesiones del riñón, entre otros. (Lombo, L. 2008, p. 65-66).

Presenta diversas causas y se debe a varios mecanismos, dentro de los cuales se mencionan a las grandes arterias que pueden perder su flexibilidad normal y se vuelven rígidas, de modo que no pueden expandirse cuándo el corazón bombea sangre a través de ellas, forzando a la sangre proveniente de cada latido a pasar por un espacio menor al normal, ocasionando el aumento de la presión. Es lo que sucede en el adulto mayor, cuyas paredes arteriales se han vuelto gruesas y rígidas debido a la arteriosclerosis. (Lombo, L. 2008, p. 65-66).

También aumenta la presión arterial de forma similar, en la vasoconstricción y en el incremento de aporte de líquidos al sistema circulatorio. Situación que se produce cuándo los riñones funcionan mal y no son capaces de eliminar suficiente sal y agua. El resultado es el aumento del volumen de sangre y por consiguiente la elevación de la presión arterial. (Lombo, L. 2008, p. 65-66).

La reacción frente a una amenaza provoca en el organismo incremento temporal de la presión arterial, dada por la acción del sistema nervioso simpático, que aumenta la frecuencia y fuerza de los latidos cardiacos, produce contracción de la mayoría de las arteriolas, disminuye la eliminación de sal y agua por el riñón. En consecuencia, aumenta el volumen de sangre y así la presión arterial. Igualmente, la liberación de las hormonas: adrenalina (epinefrina) y noradrenalina (norepinefrina) incrementan la presión arterial. La primera aumenta la fuerza de contracción cardíaca y produce estrechamiento de los vasos sanguíneos y la segunda, estimula el corazón y los vasos sanguíneos. (Lombo, L. 2008, p. 65-66).

Por otro lado, los riñones controlan la presión arterial de varios modos. Si se eleva, aumenta la eliminación de sal y agua, lo que hace descender el volumen de sangre y normaliza la presión arterial. A la inversa, si disminuye, los riñones reducen la eliminación de sal y agua; ocasionando que el volumen sanguíneo aumente y la presión arterial retorne a sus valores normales. (Lombo, L. 2008, p. 65-66).

Sin embargo, los riñones también pueden incrementar la presión arterial secretando la enzima renina, que estimula la secreción de la hormona angiotensina, vasoconstrictor, que retiene sal y agua, aumenta el volumen vascular, provocando aumento de la presión arterial. También muchas anomalías renales provocan hipertensión arterial. Por ejemplo, el estrechamiento de la arteria que alimenta a uno de los riñones (estenosis de la arteria renal), así mismo, inflamaciones renales de varios tipos y la lesión de uno o ambos riñones causan efectos similares. (Lombo, L. 2008, p. 65-66).

Los factores de riesgo para hipertensión arterial, son principalmente: la obesidad o sobrepeso, hábito de vida sedentario (físicamente inactivo), estrés que tiende a provocar el incremento temporal de la presión arterial, el consumo excesivo de alcohol y sal, antecedentes familiares de hipertensión arterial, edad avanzada (adulto mayor, por debilidad y

pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos), consumo de tabaco, alimentación con elevada cantidad en grasas saturadas, padecimiento de enfermedades como diabetes. (Lombo, L. 2008, p. 65-66).

El origen de la elevación de la presión arterial más de lo normal, en la gran mayoría de casos es desconocido, por lo que se denomina hipertensión esencial o primaria y puede presentar más de una causa. Cuando la causa es desconocida, la afección se denomina hipertensión secundaria, siendo originada principalmente por enfermedades renales, trastornos hormonales, el uso de ciertos fármacos como anticonceptivos, tumoración de las glándulas suprarrenales (feocromocitoma), entre otros. (Lombo, L. 2008, p. 65-66).

El diagnóstico de la presión arterial alta, se realiza por repetidas mediciones de la presión arterial en un individuo en reposo. Es una enfermedad que no tiene cura definitiva, sin embargo, con tratamiento adecuado es posible controlarla, manteniendo su valor lo más cercano posible al rango de normalidad. El tratamiento de la hipertensión arterial tiene como objetivo evitar el daño de los llamados "órgano blanco" (corazón, riñones, cerebro, ojos) y consta de dos pilares fundamentales: (Lombera, F. 2009, p. 66-90).

- Tratamiento no farmacológico: Consiste en la modificación del estilo de vida, cumpliendo lo siguiente: Limitar la ingesta de alcohol; disminución de peso, en caso de sobrepeso u obesidad; realizar actividad física (30 a 45 min/día); reducir al máximo la ingesta de sodio; mantener ingesta adecuada de potasio; mantener adecuada o equilibrada de calcio y magnesio diariamente; dejar de fumar o limitar el consumo de tabaco; reducir la ingesta de grasas saturadas y colesterol en la dieta, necesario para mantener la salud cardiovascular. (Lombera, F. 2009, p. 66-90).
- Tratamiento farmacológico: la decisión de iniciar el tratamiento farmacológico requiere de consideración de varios factores, como: el nivel de elevación de la presión arterial, presencia de daño en órgano

blanco, presencia de enfermedad cardiovascular, presencia de factores de riesgo como tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus e historia familiar de enfermedad cardiovascular. Las principales clases de drogas usadas, son: los diuréticos, betabloqueadores, calcioantagonistas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II, entre otros. (Lombera, F. 2009, p. 66-90).

3.2.6 Teorías y/o Modelos.

a. Modelo de Jean Watson: “teoría del cuidado”

Es relevante considerar que los modelos y teorías de enfermería se basan en una visión humanística del cuidado de Watson, por ejemplo, refiere que el **cuidado** es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente. Ella establece la importancia de un cuidado interpersonal en acciones concretas como la comunicación eficaz y la interacción de enfermeras y enfermeros con el paciente de forma empática y cercana. Sin embargo muchas de estas acciones carecen de relevancia en el ejercicio del cuidado biomédico predominantemente entre muchos de los profesionales de enfermería de Latinoamérica. (Poblete, 2007, p. 76).

En esta teoría enfermería *se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos*. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos. (Cisneros, 2002, p. 143)

IV. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1 Tipo y diseño de investigación:

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se midió la variable fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis estadístico simple de frecuencias (Supo, 2014, p. 1 - 2).

De *enfoque cuantitativo* porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De *nivel descriptivo* porque describió los hechos tan igual como sucedió en la naturaleza. **Tipo de investigación: Observacional** porque no se manipularon las variables ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos; **Prospectivo** porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. **Transversal** por que las variables se midieron en una sola ocasión, y de análisis estadístico simple de frecuencias porque se utilizó la estadística descriptiva simple.

El diagrama de ese tipo de estudio es el siguiente:



Dónde:

M: familiar cuidador

O: habilidad del familiar en el cuidado.

4.2 Población y muestra:

Universo:

La población estuvo constituida por 110 familiares de adultos mayores con hipertensión arterial, Hospital Regional Virgen de Fátima, durante el año 2015.

FAMILIARES CUIDADORES	Total
Familiares cuidadores directos	73
Familiares cuidadores no directos	37
Total	110

Fuente: Padrón de pacientes con HTA / HRVF - 2015

Criterios de inclusión:

- Familiar cuidador directo del adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial inscrito en el Centro del Adulto Mayor.
- Familiar cuidador que voluntariamente decidió participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Familiar no cuidador del adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial inscrito en el Centro del Adulto Mayor.

Población:

La población estuvo constituida por 73 familiares cuidadores directos de los adultos mayores con hipertensión arterial, Hospital Regional Virgen de Fátima, durante el año 2015.

FAMILIARES CUIDADORES	Total
Familiares cuidadores directos	73

Fuente: Padrón de pacientes con HTA / HRVF - 2015

Muestra:

La muestra estuvo conformada por 61 familiares cuidadores directos de adultos mayores con hipertensión arterial, Hospital Regional Virgen de Fátima, durante el año 2015, gracias a la siguiente fórmula.

Dónde:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{E^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

$$n = 110; \quad Z = 95 \% = 1.96; \quad p = 0.5; \quad q = 0.5; \quad E = 0.05$$

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (73)}{(0.05)^2 (73 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (73)}{(0.0025) (72) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{70.1092}{0.18 + 0.9604} = \frac{70.1092}{1.1408} \rightarrow n = 61.4 \quad n = 61$$

Muestreo:

Se utilizó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple o método de la rifa. En la siguiente forma: donde primero se introdujo 73 balotas en una bolsa y luego se fue sacando 61 unidades muestrales los mismos que constituyeron como parte de la muestra a quienes se le administró el instrumento.

4.3 Método, técnica e instrumentos de recolección de datos.

- **Método y técnica.**

Se utilizó el método de la encuesta; y la técnica del cuestionario. (Canales, 1994, p. 223).

- **Instrumento de recolección de datos.**

Para recolectar los datos se utilizó el instrumento ya validado y confiable denominado “test de habilidades del cuidador familiar”. La validez se realizó mediante el juicio de expertos cuyo valor fue $VC = 6.0139 > VT = 1.6446$ considerado como adecuado. La confiabilidad se halló mediante la prueba piloto donde los resultados se sometieron al coeficiente alfa de Cronbach cuyo valor fue 0.80 indicando una fuerte confiabilidad.

El instrumento estuvo constituido por 3 dimensiones: Relación, comprensión y modificación de la vida; con un total de 55 ítems, con respuestas de:

Nunca = 1 A veces = 2 Casi siempre = 3 Siempre = 4

Los ítems 3,12,13,14,15,16,17,18, 21, 22, 23, 50, 51, 52 tienen valores de: siempre (1), casi siempre (2), a veces (3) y nunca (4).

Para medir la variable principal habilidad del familiar en el cuidado se categorizó como:

Alto : de 166 a 220 puntos.

Medio : de 110 a 165 puntos.

Bajo : de 55 a 109 puntos.

Para medir las dimensiones de la habilidad del familiar en el cuidado se categorizó como:

Alto : de 81 a 108 puntos.

Medio : de 54 a 80 puntos.

Bajo : de 27 a 53 puntos.

Para las Sub dimensión: orientación, oportunidad, sobrecarga, búsqueda de apoyo, comprensión y ganancia.

Alto : de 12 a 16 puntos.

Medio : de 8 a 11 puntos.

Bajo : de 4 a 7 puntos.

Para las sub dimensiones actitud, dependencia, auto abandono, intercambio, organización, logros, razonamiento y reafirmación; cambio y trascendencia.

Alto : de 9 a 11 puntos.

Medio : de 6 a 8 puntos.

Bajo : de 3 a 5 puntos.

Para las dimensiones restricción y presencia.

Alto : de 6 a 7 puntos.

Medio : de 4 a 5 puntos.

Bajo : de 2 a 3 puntos.

- **Procedimiento y recolección de datos.**

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- Se emitió documento al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicitando que emita documento al Hospital Regional Virgen de Fátima
- Se estableció contacto con la coordinadora del programa estratégico de enfermedades no transmisibles del Hospital Regional Virgen de Fátima, con la finalidad de informar el objetivo de la investigación y solicitar el permiso pertinente.
- Para la recolección de datos se realizó previa coordinación con los familiares cuidadores de los adultos mayores para la visita casa por casa para lograr su participación en la investigación.

- Una vez explicado los objetivos de la investigación a los familiares cuidadores, se procedió a aplicar el instrumento, el cual tuvo una duración de 10 minutos.

4.4 Análisis de datos.

Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico SPSS – 21, hoja de cálculo Excel. Para analizar los resultados se utilizó la estadística descriptiva simple de frecuencias.

Presentación de datos.

Los resultados fueron presentados en tablas simples, tablas de contingencia y figura de barra.

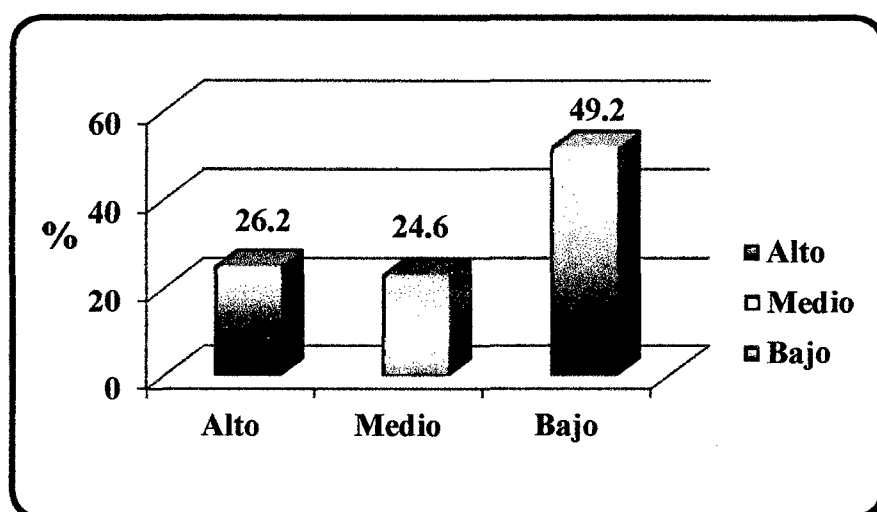
V. RESULTADOS.

Tabla 01: Habilidad del familiar en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial, Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas – 2015.

Habilidades del familiar en el cuidado	Fi	%
Alta	16	26.2
Media	15	24.6
Baja	30	49.2
Total	61	100

Fuente: Encuesta aplicada al familiar cuidador

Figura 01: Habilidad del familiar en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.



Fuente: Tabla 01.

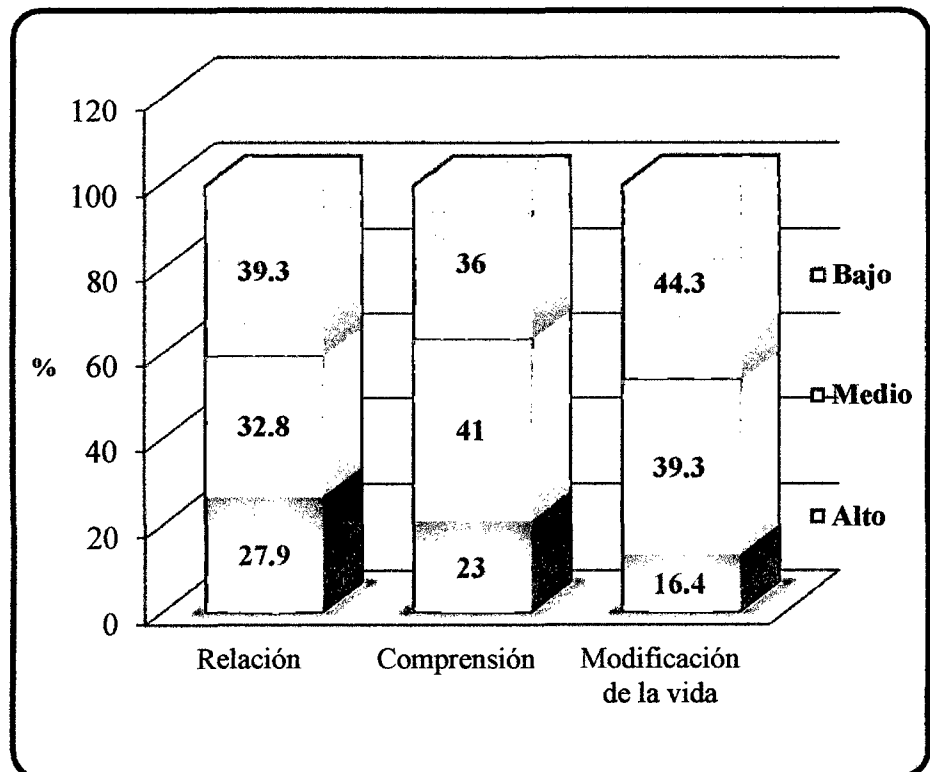
En la tabla/figura 01, se observa que del 100% (61); el 49.2% (30) presentaron un nivel bajo de habilidades en el cuidado, el 26.2% (16) un nivel alto, y el 24.6% (15) un nivel medio.

Tabla 02: Habilidad del familiar en el cuidado según dimensiones, del adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.

Dimensiones de habilidad del familiar en el cuidado	Alta		Media		Baja		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Relación	17	27.9	20	32.8	24	39.3	61	100
Comprensión	14	23	25	41	22	36	61	100
Modificación de la vida	10	16.4	24	39.3	27	44.3	61	100

Fuente: Encuesta aplicada al familiar cuidador

Figura 02: Habilidad del familiar en el cuidado según dimensiones, del adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.



Fuente: Tabla 02.

En la tabla/figura 02, en función a las dimensiones de la habilidad del familiar se observa que del 100% (61), en la **dimensión relación** el 39.3% (24) tienen un nivel bajo de habilidad en el cuidado, el 32.8% (20) un nivel medio, y el 27,9% (17) un nivel alto; en la **dimensión comprensión** el 41% (25) tienen un nivel medio, el 36% (22) un nivel bajo, y el 23% (14) un nivel alto; en la **dimensión modificación de la vida** el 44.3% (27) un nivel bajo, el 49,3% (24) un nivel medio y el 16,4% (10) un nivel alto.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla 01, del 100% de los familiares cuidadores directos del paciente con hipertensión arterial; el 49.2% (30) presentó un nivel bajo de habilidades en el cuidado, el 26.2% (16) un nivel alto, y el 24.6% (15) un nivel medio. Quiere decir que los familiares cuidadores directos no cuentan con habilidades, destrezas, no cuenta con pertinencia, no son estables ni resistentes al estrés, no son capaces de tomar decisiones, no son capaces de conducir las actividades, no cuentan con habilidades de cuidado.

En la tabla 04, se observa que del 100% (61) de cuidadores familiares, el 82% (50) son femeninos y el 18% (11) son masculinos; así mismo del 100% (50) de las cuidadoras de sexo femenino el 50% (25) tienen un nivel bajo de habilidades en el cuidado, el 26% (13) de nivel medio y el 24% (12) de nivel alto. Mientras que del 100% (11) de los cuidadores de sexo masculino, el 45.4% (5) tienen un nivel bajo de habilidades en el cuidado, el 36.4% (4) de nivel alto, el 18.4% (2) de nivel medio. (Ver anexo 04).

En la tabla 05, se observa que del 100% (61), el 49.2% (30) se encuentran en las edades (36 a 59 años); el 36.1% (22) entre las edades de (18 a 35 años), el 9.8 % (6) entre las edades (60 a más años) y solo el 4.9% (3) entre las edades (menor de 17 años); de los cuidadores familiares menores de 17 años, el 66.7% (2) tienen un nivel bajo de habilidades en el cuidado y el 33.3% (1) de nivel medio. En el grupo etareo de 18 a 35 años, del 100% (22), el 45.5% (10) tienen un nivel bajo de habilidades en el cuidado; el 40.9% (9) habilidades de cuidado de nivel alto y solo el 13.6% (6) habilidades de cuidado nivel medio, en las edades de 36 a 59 años del 100% (30), el 50% (15) tienen un nivel bajo de habilidades en el cuidado; el 30% (9) tienen un nivel medio de habilidad en el cuidado y solo el 20% (6) tienen nivel alto de habilidad en el cuidado, entre las edades de 60 a más años del 100% (6), el 50% (3) tienen nivel bajo de habilidad en el cuidado; el 33.3% (2) tienen un nivel medio de habilidad del cuidado y solo el 16.7% (1) tienen nivel alto de habilidad del cuidado. (Ver anexo 05).

Comparando con los estudios de Barrera, L., et al. (2006). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue: Describir y comparar la habilidad en el cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, en tres instituciones diferentes. Sus resultados de los cuidadores del programa de la Universidad de La Sabana, evidencian: que el 17.78% son hombres y el 82.22% son mujeres; sus edades estaban

comprendidas entre (18 a 35 años) con un 13.33%, entre (36 a 59 años) con 35.56% y eran mayores de 60 años en 51.11%; en cuanto al nivel de habilidad de cuidado general: el nivel de habilidad de cuidado en un 44.44% (20) es medio, el 28.89% (13) habilidad de cuidado bajo y el 26.67% (12) habilidad de cuidado alto.

En el grupo de los cuidadores del programa de la universidad de los Llanos se evidencia que: el 14.44% eran hombres y el 85.56% eran mujeres; en relación con la edad de los cuidadores oscilaban entre (18 a 35 años) un 31.11%, entre (36 a 59 años) un 58.89% y el 10% eran mayores de 60 años; el nivel de habilidad de cuidado en un 41.11% (37) es medio, el 32.22% (29) habilidad de cuidado alto y el 26.67% (24) habilidad de cuidado bajo.

En el grupo de los cuidadores del programa de la universidad Nacional de Colombia sus resultados fueron: que el 16.67% eran hombres y el 83.33% mujeres; en cuanto a la edad del cuidador oscilaba entre (18 a 35 años) en 34.44%, entre (36 a 59 años) en 44.44%, y el 21.31% mayores de 60 años; el nivel de habilidad de cuidado en un 45.56% (41) es medio, el 28.89% (26) habilidad de cuidado alto

y el 25.56% (23) habilidad de cuidado bajo. En conclusión en cuanto a la Habilidad de Cuidado, se ve un comportamiento similar en los tres grupos. En ellos queda claro que la mayor parte de los cuidadores familiares que responden por sus seres queridos en situación de enfermedad crónica no tienen las condiciones óptimas para la presentación del cuidado.

De, Venegas, B. (2006). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue: Definir la habilidad de cuidado de familiares cuidadores principales de personas en situación crónica. Sus resultados evidencian: que el 85.25% son mujeres y el 14.75 son hombres; la edad oscila entre 35 a 59 años. Según la habilidad del cuidador, el 37,70% presentan un nivel medio de habilidad de cuidado; el 33.61% presenta un alto nivel de habilidad de cuidado; y el 28,69% presenta un bajo nivel de habilidad de cuidado. Estos datos significan que el 66,39% de la población tomada para el estudio no presenta un nivel óptimo de habilidad de cuidado para cumplir con el rol a su cargo.

De Barrera, L., et al. (2006). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue describir, analizar y comparar la forma en que se presenta la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica en tres países de

América Latina; obtuvo como resultado que en Argentina el nivel de habilidad de cuidado en un 37.78% fue media, el 33.33% baja y el 28.89% alta; en el país de Guatemala el 42.00% cuenta con habilidad de cuidado media, el 32% alta y el 26% baja mientras que en el país de Colombia el 45.56% cuentan con habilidad de cuidado media, 28.89% alta y el 25.56% baja. La conclusión acerca de esta investigación fue que al describir y comparar la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en los cuidadores de tres países de América Latina (Argentina, Guatemala y Colombia), se determinó un comportamiento similar con dificultades en la prestación del cuidado, y habilidad deficiente en los componentes que la constituyen. Estos resultados responden a la vivencia de los cuidadores en el afrontamiento de Rojas,

De, Díaz, J. (2007). Colombia. En su estudio cuyo objetivo fue describir la habilidad de cuidado de un grupo de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica vinculadas al Hospital San Rafael de Girardot; obtuvo como resultado que el 37.50% (33) tienen habilidad de cuidado medio, el 34.09% (30) habilidad de cuidado bajo y el 28.41% (25) habilidad de cuidado alta. La conclusión acerca de esta investigación fue que un alto porcentaje carece de habilidades para el cuidado de sus familiares con enfermedad crónica, lo cual indica la necesidad de que este grupo de personas cuenten con algún tipo de apoyo ampliado en su red social.

De, Blanco, L. (2011). Argentina. En su estudio cuyo objetivo fue: evaluar las habilidades de los cuidadores informales en dos grupos conformados por 45 cuidadores informales a cargo del adulto mayor hospitalizado y el segundo grupo de 45 cuidadores informales a cargo del adulto mayor que recibía cuidados dentro del hogar y a quienes acompañaban a las consultas externas para su atención; obtuvo como resultado que el 60% en ambos grupos tienen un nivel de habilidad medio, el nivel alto es mayor en el grupo de consulta externa en un 27% versus el 17.8% de hospitalizados y el nivel bajo fue mayor en los del grupo de hospitalizados en un 22.2% superando a los de consulta externa que llegaron al 15.6%. La conclusión final acerca de esta investigación fue que no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de cuidadores informales pero que sin embargo es de mutua ayuda informar a los cuidadores sobre el cuidado adecuado hacia sus familiares.

De, Tizoc, A., et al. (2012). México. En su estudio cuyo objetivo fue conocer el nivel de habilidad del familiar en el cuidado a pacientes con enfermedades crónicas del servicio de la UNEME (unidades de especialidades médicas) del Hospital general de Culiacan; obtuvo como resultado que el 82% (42) mostraron un nivel de habilidad de cuidado medio, el 14% (7) nivel bajo y el 4% (2) nivel alto. La conclusión acerca de esta investigación fue que el nivel de habilidad encontrado en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica fue en una escala promedio.

De, Gómez, J., et al. (2013). En el artículo publicado el 25 de junio del 2013 cuyo objetivo fue: determinar el nivel de habilidad de cuidado del cuidador informal y su relación con el tiempo de cuidado a personas mayores de 65 años hipertensos y diabéticos crónicos; los resultados encontrados se observó que los encargados del cuidado son mujeres en un 85.1%, seguido de los varones en un 14.8%. Se encuentran en edades que oscilan entre (18 a 35) en 29.6%, entre (36- 59 años) en un 46.3% y el 24.1% mayores de 60 años; en cuanto a la habilidad total de cuidado de los cuidadores familiares principales de personas con hipertensión y diabetes crónica se encontró en un nivel bajo, representado en un 70.4% (38), el 22.2% (12) presentan una habilidad moderada y solo el 7,4 (4) de los cuidadores presentan un grado de habilidad alto. Estos resultados evidencian que la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares o informales de los adultos mayores en situación de enfermedad crónica hipertensiva y diabetes es baja, indicando que los cuidadores familiares no tienen una habilidad de cuidado adecuada para resolver las necesidades de atención de las personas bajo su cuidado.

De, Carrillo, G., et al. (2015). Colombia. En el artículo publicado el 20 de Enero del 2015 cuyo objetivo fue: Determinar la habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños con Enfermedad crónica. En los resultados encontrados se observó que los encargados del cuidado en su mayoría son mujeres 91,8 %. Y hombres en 8.2%, con respecto a la edad, el 52,9 % de los cuidadores son jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, seguido por el 44,7 % que se encuentran entre los 36 y los 59 años y solo 2,3 % con 60 o más años. En cuanto a la habilidad de cuidado el 29,4 % se ubicó en nivel alto, el 38, 8 % en nivel medio y el 31,8 % en nivel bajo.

Los resultados de la presente investigación difieren con los estudios mencionados ya que en la presente investigación las habilidades de cuidado oscilan entre el nivel bajo y medio; mientras que los estudios citados de nivel medio a bajo, además las condiciones socioeconómico culturales en las cuales se desarrollaron las investigaciones son muy diversos ya que tienen otras características.

Comparando con los estudios de Rojas, M. (2007). Colombia. En su investigación cuyo objetivo fue: Establecer la Asociación entre la Habilidad de Cuidado del Cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del Adulto Mayor que vive situación de Enfermedad Crónica. Sus resultados demuestran que la mayoría de los cuidadores familiares son mujeres representado en un 84%, seguido de un 16% correspondiente a los hombres; en relación con la edad del cuidador, se evidencia que el mayor rango de edad (50.98%) se encuentra entre los 36 a 59 años, seguido de los mayores de 60 años, y casi en un cuarta parte (18.63%) se encuentra en el rango comprendido entre 18 a 35 años de edad. En cuanto a la habilidad de cuidado del familiar, la cuarta parte de los cuidadores (24.51%), tiene habilidad de cuidado alta, menos de la mitad representado en un 44.12% tiene habilidad moderada y el 31.3% baja. Estos datos permiten ver que el 75.49% de los cuidadores no tienen una habilidad de cuidado óptima.

Dávila, R. (2010). Perú. En su estudio cuyo objetivo fue determinar el efecto de la implementación de una “Red de apoyo social Adventista” en la habilidad del cuidado de los familiares cuidadores de personas con enfermedad crónica del Centro poblado Virgen del Carmen - La era; los resultados indican que 80% de los cuidadores presentaron un nivel alto de habilidad de cuidado.

Los resultados de la presente investigación difieren con los estudios mencionados ya que en la presente investigación las habilidades de cuidado oscilan entre el nivel bajo a medio y en los estudios citados de nivel alto a medio; en ambos casos las condiciones socioeconómico culturales en las cuales se desarrollaron las investigaciones son muy diversos.

Comparando con los estudios de, Castro, S. (2009). Bogota. En su estudio cuyo objetivo fue: Describir el nivel de habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con Insuficiencia Cardiaca. Sus resultados arrojados en el presente estudio, en

la variable género se encontró que la mayoría de los cuidadores son mujeres, representados en un 83.3% seguido de un 16.7% correspondientes a los hombres; respecto a la edad del cuidador, se demostró que el rango de edad predominante es entre (38 a 47 años) representando un 38.1%, seguido de los de (48 a 57 años) con un 21.4%, y el rango de edad (18 a 37 años) representan en un 26,2%; en cuanto al nivel de habilidad general, se evidencia que: el 7% de participantes poseen un alto nivel de habilidad para brindar un cuidado integral, el 91% de participantes poseen un nivel de habilidad general bajo, y un 2% poseen un nivel de habilidad general medio.

Finalmente, en el estudio se demostró que el nivel de habilidad general que poseen los cuidadores familiares es bajo, indicando que el grupo de cuidadores del estudio necesita intervención por parte del profesional de salud que garantice el fomento de conocimientos adecuados.

Los resultados de la presente investigación son similares con los estudios mencionados ya que en ambas investigaciones las habilidades de cuidado oscilan entre el nivel bajo y medio con mayor predominancia. Debemos resaltar que, la habilidad de cuidado del familiar cuidador, es el potencial de cuidado o conjunto de destrezas, capacidades de las que dispone una persona adulta que asume el rol de cuidador principal de su familiar que padece enfermedad crónica, brinda apoyo tanto físico como emocional, de manera permanente y comprometida. Una persona con habilidad de cuidador experimenta una sensación de pertenencia, de vínculo, es estable y resistente al estrés.

El cuidador es capaz de comprender que tanto él como la persona bajo su cuidado, son en todo momento seres humanos activos, trascendentes y totales, que pertenecen a un contexto con el cual interactúan, que tienen una historia individual, una historia compartida y que tienen capacidad de desarrollarse en la habilidad de cuidar.

La experiencia de cuidado varía con el género; la mujer, por su naturaleza, comprende y entiende el cuidado como una situación de diario vivir. Ella cuida de sus hijos, de sus padres y de quienes la rodean. Tiende a ser detallista y observadora y su manera casi instintiva busca en la mayoría de los casos, preservar la vida. La mujer entiende con familiaridad, aspectos de las situaciones de enfermedad, de los problemas diarios y de la conservación del entorno. El varón por el contrario, busca ser planificador, organizador y responsable, es más práctico y en ese sentido, participa y colabora en el

cuidado. Las mujeres, en la mayoría de las familias, son cuidadoras principales y conforman la parte más importante de las redes de apoyo y soporte social de quienes están enfermos o incapacitados, desarrollando su potencial de cuidado de múltiples formas.

La habilidad de cuidado y así como la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo, asume que las habilidades esenciales del cuidado son conocimiento, valor y paciencia; pero a pesar de estas características es necesario tener conocimiento y actitud; en el caso de los cuidadores familiares del presente estudio lo tienen pero necesitan mayor capacidad, experiencia y voluntad hacia el cuidado.

Los resultados de nuestra investigación es similar a muchos estudios y a los reportados en la literatura, en donde se evidencia que la mayoría de cuidadores son del sexo femenino, quienes tradicionalmente asumen el rol de cuidador en el hogar; en la mayoría de las familias, el único miembro que asume la mayor responsabilidad del cuidado es la mujer, históricamente se le ha confiado a la mujer el cuidado del hogar, de los hijos y de los enfermos, una obligación moral, la cual la asumen desde un ámbito personal y social, sin omitir que posee responsabilidades y obligación en lo que presume al cuidado familiar.

El acto de cuidar está realmente ligado al género femenino, ya sea por un legado cultural con componente histórico o por tradición familiar, en donde la mujer era generalmente delegada al cuidado de su hogar y de los miembros de la familia, sus características de delicadeza, dedicación y abnegación. En donde las mujeres son las que asumen el papel de cuidadoras principales de un familiar, factor que está relacionado con el rol que culturalmente se le ha dado a la mujer en nuestra sociedad, en la cual son estas las que asumen las labores del hogar y del cuidado.

Con lo anterior el profesional de enfermería debe centrar sus acciones en la creación de estrategias en las que la mujer cuidadora implemente conductas de autocuidado para disminuir la sobrecarga que genera los diferentes roles a la que es sometida y de esta manera contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida tanto del familiar cuidador como del adulto mayor con hipertensión arterial que está bajo su cuidado.

Por lo general los cuidadores familiares son de mediana edad o mayores en el rango de 36 a 59 años, que para muchos teóricos se constituye en un factor de riesgo generador de sobrecarga por encontrarse en una edad productiva en la que asumen no sólo la función de proveedor económico del hogar, sino la formación de los hijos, y cuidado de los pacientes con Hipertensión Arterial, supliendo diferentes roles. De igual forma se corrobora lo afirmado en la literatura que hay un mayor número de cuidadores de la generación intermedia; que debe atender además de la carga laboral, la crianza de sus hijos y el cuidado de los familiares que se encuentran en situación de enfermedad.

Comparando con los resultados obtenidos y los antecedentes podemos decir que existen similares resultados, los cuales nos demuestran que los cuidadores familiares no tienen la habilidad para brindar un óptimo cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial, porque asumen la responsabilidad de desempeñar la actividad de cuidar sin estar preparados para ello, por la falta de destreza, capacidad, conocimientos, tiempo, paciencia, de organización, apoyo tanto físico como emocional, por el aislamiento y la sobrecarga de actividades que vienen experimentando, lo que ocasiona que comprometan su salud y bienestar y por lo tanto no tengan la habilidad de cuidado adecuada para resolver las necesidades de atención de las personas adultos mayores que se encuentran bajo su cuidado, a pesar del tiempo en el ejercicio del cuidado y la relación con la persona cuidada

La mayor parte de los cuidadores familiares que responden por sus seres queridos en situación de enfermedad crónica no tienen condiciones óptimas para la prestación del cuidado ni en la habilidad total ni en los componentes que la constituyen. Esto indica que la mayor parte de los cuidadores familiares que responden por los adultos mayores con Hipertensión Arterial, no tienen las capacidades necesarias para la prestación del cuidado, a pesar del tiempo en el ejercicio del cuidado y la relación con la persona cuidada; a pesar de que todas las personas tenemos el don de cuidar, especialmente las mujeres; el desarrollar cada uno de los componentes y articularlos en el cuidado, es un proceso, que debe llevar a una reflexión seria de nuestro actuar, de nuestro conocimiento y el del otro, de nuestra interacción con la familia, con los demás, así como de nuestro bienestar espiritual.

Teniendo en cuenta que el rol del cuidador es definitivo para la persona que vive situación de enfermedad crónica, que de este nivel de habilidad puede depender el alivio de un estado de incertidumbre permanente, es esencial fortalecer dicho nivel. Más allá del tipo, la intensidad y el tiempo que tenga el cuidador ejerciendo su rol, es importante garantizarle un conocimiento adecuado, un respaldo suficiente en términos de soporte social, idoneidad en la toma de decisiones y un redimensionamiento de la experiencia misma. Es concluyente cuando se afirma que no todos los individuos están dotados de las mismas habilidades frente al cuidado, en especial en la dimensión de la comprensión que hay que tener cuando las personas son las responsables directas del cuidado de sus parientes. Además, la edad es un factor muy influyente porque entre más joven es el cuidador menores son las posibilidades para establecer una relación de cuidado basada en la comprensión por las limitaciones del otro.

Enfermería tiene la urgente necesidad de proponer alternativas de intervención que velen por este segmento desprotegido y vulnerable de la población. Enfermería debe generar un respaldo que modifique los componentes cognitivos y actitudinales para que los individuos potencien su capacidad de cuidadores protegiéndose así mismos y a las personas que, por situación de enfermedad crónica, dependan de dicha habilidad. En muchas ocasiones las familias buscan evadir estas responsabilidades por falta de la capacitación, de motivación y de respaldo adecuado.

Por lo que es importante resaltar que los cuidadores familiares requieren de un soporte social por parte de los integrantes más cercanos de la familia y de los profesionales de enfermería el cual debe crear programas de capacitación para fortalecer a la familia y a los adultos mayores en estado de cronicidad.

En la tabla/figura N° 02: Se observa según la habilidad del familiar en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial, que del 100% (61), en la *dimensión relación* el 39.3% (24) tienen nivel bajo de habilidad en el cuidado, el 32.8% (20) tienen nivel medio de habilidad en el cuidado, y el 27,9% (17) tienen nivel alto de habilidad en el cuidado; en la *dimensión comprensión* el 41% (25) tienen nivel medio de habilidad en el cuidado, el 36% (22) tienen nivel bajo de habilidad en el cuidado, y el 23% (14) tienen nivel alto de habilidad en el cuidado; en la *dimensión modificación de la vida* el 44.3% (27) tienen nivel bajo de habilidad en el cuidado, el 49,3% (24) tienen nivel

medio de habilidad en el cuidado y el 16,4% (10) tienen nivel alto de habilidad en el cuidado.

Según (Barrera, 2008, p. 84), Indica que la *relación* es la acción de contacto con la persona cuidada para asistirlo con orientación, actitud y oportunidad y referencia de su situación: sobrecarga, restricción, dependencia, auto abandono y búsqueda de apoyo. Según diferentes estudios, coincide en los aspectos incluidos en esta dimensión del instrumento y habla que la carga subjetiva de un buen indicador del cuidado; la falta de tiempo libre, deterioro de la relación con la persona cuidada, expectación de la autosuficiencia reflejada en la capacidad para cuidar al familiar y falta de recursos para asumir el cuidado, el poco reconocimiento de la labor desempeñada. **Comprensión:** Es la capacidad de comprender y entender la situación con facilidad para organizarse con la presencia requerida, el razonamiento para intercambiar, reconocer logros obtenidos y reafirmación de su cuidado; **Modificación de los estilos de vida:** Es la capacidad de aceptar los cambios generados por la situación de ser cuidador familiar como la ganancia personal que puede trascender a otros.

Según los resultados obtenidos podemos evidenciar que respecto a la dimensión relación la familia no tiene un nivel adecuado para el cuidado por la falta de información, el cansancio de ser cuidadores, por no estar en las condiciones de solucionar problemas que se presenten, por la angustia, sobrecarga de labores, porque se sienten con la obligación de cuidar a su familiar sin recibir la ayuda adecuada; sin embargo se evidencia con respecto a la dimensión comprensión que el familiar tiene un nivel medio de habilidad de cuidado porque trata de entender el comportamiento del familiar, comprender el proceso de la enfermedad y trata de mantener la calma para brindar el cuidado; sin embargo en la dimensión modificación de la vida los familiares no aceptan ser los únicos cuidadores, sienten que se han aislado de los demás, presentando modificaciones tanto en su vida personal como social afectando su bienestar físico y por consiguiente afectando al familiar que se encuentra a su cuidado.

El cuidador hábil, tiene la posibilidad de mantener un vínculo significativo, de hacer actividades de una forma estética o armónica, de tomar decisiones pertinentes para determinar el curso de la acción que debe realizar y poder conducir de manera honrosa su actividad.

Los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad. Así mismo podemos determinar que el cuidador familiar es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones.

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

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

Ser familiar cuidador no es nada fácil, ya que tiene que enfrentarse a las diferentes circunstancias de la vida cotidiana en función a las necesidades de la persona cuidada, esto significa estar disponible para los momentos de verdad en su labor, es saber escuchar y tener el valor, el conocimiento y la paciencia para cuidar. Para ello, requiere de una capacitación mínima, debe ser capaz de reconocer al ser cuidado en todos los aspectos de la vida y aceptar ser cuidador.

VII. CONCLUSIONES.

- La mitad de los familiares cuidadores tienen nivel bajo de habilidad en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial. Mientras que una cuarta parte tiene habilidades de cuidado de nivel alto y un pequeño porcentaje de nivel medio.
- La mitad de los familiares cuidadores de sexo femenino tienen habilidades de cuidado de nivel bajo, seguida del nivel medio y alto en la misma proporción. Mientras que los familiares cuidadores de sexo masculino en casi la mitad también tienen habilidades de cuidado de nivel bajo, seguida del nivel alto y nivel medio.
- Los familiares cuidadores de todos los grupos etareos en la mitad tienen habilidades de cuidado de nivel bajo, seguida del nivel medio en los grupos etareos de los menores de 17 años, 36 a 59 años y 60 a más años; solo los familiares de 18 a 35 años sus habilidades de cuidado oscilan de nivel bajo a alto seguida del medio.
- Las habilidades de cuidado de los familiares cuidadores en la *dimensión de Compresión* oscila de nivel medio a bajo y porcentaje mínimo del nivel alto. Mientras que en las *dimensiones de Relación y Modificación de la vida*, las habilidades de cuidado oscilen de nivel bajo a medio con ligera tendencia hacia el nivel alto.

VIII. RECOMENDACIONES

A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

- En coordinación con las diferentes Escuelas Profesionales, con participación de los docentes, estudiantes y personal administrativo elaborar un plan de intervención para la formación de “habilidades en el cuidado” dirigidos a los familiares de adultos mayores que padecen alguna enfermedad crónica como la Hipertensión Arterial.
- Capacitar a los estudiantes sobre las habilidades del cuidado, y paralelamente insertar en las asignaturas de línea estos temas, ya que son la razón del que hacer del profesional de enfermería.
- Desarrollar talleres con temas de habilidad en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial donde los estudiantes se interrelacionen, de manera liberal, sin temor y puedan manifestar sus sentimientos donde se vean involucrados los docentes como soporte anímico de comprensión, con la finalidad de que los estudiantes asuman sentimientos de autoconciencia.
- Desarrollar programas de promoción y prevención sobre el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial.
- Realizar trabajos de investigación con familiares cuidadores incluyendo otras variables de estudio.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

- Elaborar y desarrollar protocolos e instrumentos de acción multisectorial, para la labor comunitaria con familiares cuidadores de adultos mayores.
- Socializar los resultados de la presente investigación con los colegios, líderes comunales, etc. para sensibilizar y contribuir al cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

De libros:

- Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación; manual para el desarrollo del personal de salud*. Segunda Edición. Editorial Organización mundial para la salud. Washington-EE.UU.
- Hernández, R., et al. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México. Mc Grau-Hill. Interamericana editores, S. A.
- Porter, R., & Kaplan, J. (2002). *Manual Merck*. Diecinueveava edición. Editorial Médica Panamericana. España.
- Supo, J. (2014). *Metodología de la Investigación Científica para las ciencias de la Salud*. 2da Ed. Edit. Bio estadística EIRL. Arequipa. Perú.

De tesis y monografías:

- Barrera, L., et al. (2006). *Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional (Argentina, Guatemala y Colombia)*. Universidad Antioquia – Facultad de Enfermería. Colombia.
- Blanco, L. (2011). *Nivel de habilidad que desarrolla el familiar durante el cuidado del adulto en situación de enfermedad crónica*. (Tesis para optar el título de Maestría en Salud Publica). Universidad Nacional de la Patagonia. Argentina.
- Castro, S. (2009). *Nivel de Habilidad del Cuidador Informal en el Cuidado del Paciente con Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional II y III en una Institución de III Nivel, Bogotá 2009*. (Tesis de grado en Enfermería). Pontifica Universidad Javeriana. Bogotá.
- De la Rica, M., & Hernando. (1994). *cuidados del anciano*; revista rol de enfermería.
- Díaz, J. (2007). *Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital San Rafael de Girardot*. (Tesis para optar al título de Especialista en Geriatria). Universidad Nacional de Colombia.

Dávila, R. (2010). *Efecto de la implementación de una "Red de Apoyo Social Adventista" en la habilidad del cuidado de los familiares cuidadores de personas con enfermedad crónica del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, 2010.* (Tesis para optar el título de licenciado en enfermería). Universidad Peruana Unión. Lima-Perú.

Rojas, M. (2007). *Asociación entre la Habilidad de Cuidado del Cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del Adulto Mayor que vive situación de Enfermedad Crónica, en la ciudad de Girardot.* (Tesis para optar la especialidad en Gestión en Gerontología). Universidad Nacional de Colombia.

Tizoc, A., et.al. (2012). *Nivel de habilidad del cuidador familiar en el cuidado a pacientes con enfermedad crónica del servicio de la UNEME del Hospital general de Cuiticán – México.* (Tesis para optar el título de Maestría en Salud Pública). Universidad de las Américas Puebla. México.

Artículos de revistas:

Antolinez, B. (2006). *Espiritualidad y Cuidado. Arte y Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado.* Universidad de la Salle. Bogotá – Colombia.

Barrera, L. (2006). *El arte y la ciencia del cuidado.* Universidad Antioquia – Facultad de Enfermería. Colombia.

Canam, C. (1999). *Calidad de vida para cuidadores familiares de personas con problemas crónicos de salud.* Universidad Nacional de Colombia. Folleto de educación continuada de la Association of Rehabilitation Nursing, vol 24 N° (5).

Gómez, J., et al. (2013). *Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidador al adulto mayor con enfermedad crónica, Sincelejo - Colombia.* Revisalud Unisucre, vol. I.

Islá, P. (2000). *El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia.* Cultura de los Cuidados, N° (7).

Lombera, F. (2009). *Guías de práctica clínica de la SEC en hipertensión arterial.* Rev Esp Cardiol. Vol. 53, n° 01.

- Méndez, J., et al. (2005). *Enfermedades Crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de America Latina y el Caribe*. Revista Panamericana de Salud Pública, vol.17, N° (5-6).
- Pinto, N. (2005). *Modelo de cuidado en el hogar para pacientes que viven con enfermedad crónica*. Universidad de la Salle. Bogotá.
- Pinto, A., et al. (2005). *Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "cuidando a los cuidadores"*. Aquichán, vol 5 (1).
- Pinto, N. (2006). *Promoción del estilo de vida saludable para la prevención de la enfermedad crónica en el Municipio de Funza*. Universidad de la Salle. Bogotá,
- Pinzon, R., & María, L. *Soporte social y afrontamiento a la enfermedad en adultos jóvenes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria*. Citado por: Barrera, L., et al. (2006). Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. Salud Pública, vol.8, N° (2).
- Robles, L. (2004). *Cuidado en el hogar de los enfermos crónicos: un sistema de autoatención*. Cad Saúde Pública.
- Sosa, J., et al. (2001). *Estilos de vidas y prevalencia de hipertensión arterial en tres comunidades peruanas*. Rev. Peruana.
- Venegas, B. (2006). *Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada*. Revista Aquichan, vol. 6 N° 1. Chía Colombia.
- Vargas, E. (2010). *Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica*. Inv Enf, N° (12).

Sitios de red:

- Barrera, L., et al. (2006). *La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXIV, N (1), p. 36-46. Universidad de Antioquia Medellín, Facultad de Enfermería. Colombia. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215400003>. Acceso 23-08-2015.
- Carrillo, G., et al. (2015). *Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños con enfermedad crónica*. Revista Salud Pública, vol. 17 N° (3), p. 394-403. Facultad de

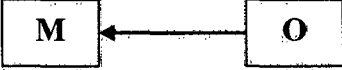
- Enfermería. Universidad Nacional de Colombia Bogotá.
<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n3.32408>. Acceso 23-08-2015. Acceso 23-08-2015.
- Garrido, A. (2010). *Cuidando al cuidador*. Revista española de geriatría y gerontología.
http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?f=7064&ip=190.65.180.229&articuloid=13050198&revistaid=124. Asesado el 15 de Octubre del 2015.
- INEI. (2014). *Estimaciones y proyecciones de población por sexo, según Departamento, Provincia y Distrito*. Disponible en:
<http://www.inei.encuestanacionaldehogares/2014/PERU>. Acceso 23-08-2015.
- Lombo, L. (2008). *Hipertensión arterial el asesino silencioso*. Hospital universitario. Fundación Santa Fe de Bogotá.
http://74.125.45.104/search?q=cache:JVjS76k77m8J:WWW.fsfb.org.co/contenido/contenido.aspx%3FcatID+hipertensi3n+arterial+en+países+en+desarrollo/Parte1_Secci3n1.pdf. Acceso 10_07_2015.
- Louro, I. (2005). *Modelo de Salud del grupo familiar*. Revista Cubana Salud pública.
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu11405.htm#cargo. Accesado el 15 de Octubre del 2015.
- Moreno, M. (2006). *Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud – Colombia*.
<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos> Acceso 23-08-2015.
- Parra, S., & Prens, M. (2010) *Nivel de habilidad del cuidado de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica*.
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis03.pdf>. Acceso 23-011-2015.
- Quinteros, B. (2008). *Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson*. Ciencia y Sociedad. Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/870/87011272002.pdf>
 Acceso 23-11-2015.

Rodríguez, Y., et al. (2008). *Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. Camagüey, Cuba.*
<http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n4/t0409408.gif>. Acceso 23-08-2015.

Sánchez, B. (2006). *El cuidado de la salud de personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina.* Actualizaciones en enfermería.
<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos>. Acceso 23-08-2015.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	MARCO METODOLÓGICO
<p>¿Cuál es el nivel de habilidad en el cuidado del adulto mayor con Hipertensión Arterial, desde la percepción del familiar cuidador. Hospital Regional Virgen de Fátima?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar el nivel de habilidad en el cuidado del adulto mayor con Hipertensión Arterial, desde la percepción del familiar cuidador, Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas 2015.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caracterizar a la población objeto de estudio. ➤ Valorar las habilidades en el cuidado del adulto mayor con Hipertensión Arterial, 	<p>Habilidad en el cuidado del adulto mayor con Hipertensión Arterial, desde la percepción del familiar cuidador, Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas 2015.</p>	<p>Tipo y diseño de investigación: La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se midió la variable fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis estadístico simple de frecuencias (Supo, 2014, p. 1 - 2).</p> <p>El diagrama de ese tipo de estudio es el siguiente:</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph LR O[O] --> M[M] </pre> </div> <p>Dónde:</p> <p>M: familiar cuidador</p> <p>O: habilidad del familiar en el cuidado.</p> <p>Población y muestra:</p> <p>Universo:</p> <p>La población estuvo constituida por 110 familiares de adultos mayores con hipertensión arterial, Hospital Regional Virgen de Fátima, durante el año 2015.</p>

desde la percepción del familiar, según las dimensiones de relación, comprensión y modificación de la vida, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2015.

FAMILIARES CUIDADORES	Total
Familiares cuidadores directos	73
Familiares cuidadores no directos	37
Total	110

Fuente: Padrón de pacientes con HTA / HRVF - 2015

Criterios de inclusión:

- Familiar cuidador directo del adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial inscrito en el Centro del Adulto Mayor.
- Familiar cuidador que voluntariamente decidió participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Familiar no cuidador del adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial inscrito en el Centro del Adulto Mayor.

Población:

La población estuvo constituida por 73 familiares cuidadores directos de los adultos mayores con hipertensión arterial, Hospital Regional Virgen de Fátima, durante el año 2015.

FAMILIARES CUIDADORES	Total
Familiares cuidadores directos	73

Fuente: Padrón de pacientes con HTA / HRVF - 2015

			<p>Muestra:</p> <p>La muestra estuvo conformada por 61 familiares cuidadores directos de adultos mayores con hipertensión arterial, Hospital Regional Virgen de Fátima, durante el año 2015.</p> <p>Muestreo:</p> <p>Se utilizó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple o método de la rifa. En la siguiente forma: donde primero se introdujo 73 balotas en una bolsa y luego se fue sacando 61 unidades muestrales los mismos que constituyeron como parte de la muestra a quienes se le administró el instrumento.</p> <p>Método, técnica e instrumentos de recolección de datos.</p> <p>Método y técnica.</p> <p>Se utilizó el método de la encuesta. Y la técnica del cuestionario. (Canales, 1994, p. 223).</p> <p>Instrumento de recolección de datos.</p> <p>Para recolectar los datos se utilizó el instrumento ya validado y confiable denominado “test de habilidades del cuidador familiar”. La validez se realizó mediante el juicio de expertos cuyo valor fue $VC = 6.0139 > VT = 1.6446$ considerado como adecuado. La confiabilidad se halló mediante la prueba piloto donde los resultados se sometieron al coeficiente alfa de Cronbach cuyo valor</p>
--	--	--	---

			<p>fue 0.80 indicando una fuerte confiabilidad.</p> <p>El instrumento estuvo constituido por 3 dimensiones: Relación, comprensión y modificación de la vida; con un total de 55 ítems, con respuestas de:</p> <p>Nunca = 1 A veces = 2 Casi siempre = 3 Siempre = 4</p> <p>Los ítems 3,12,13,14,15,16,17,18, 21, 22, 23, 50, 51, 52 tienen valores de: siempre (1), casi siempre (2), a veces (3) y nunca (4).</p> <p>Análisis de datos.</p> <p>Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico SPSS – 21, hoja de cálculo Excel. Para analizar los resultados se utilizó la estadística descriptiva simple de frecuencias.</p> <p>Presentación de datos.</p> <p>Los resultados fueron presentados en tablas simples, tablas de contingencia y figura de barra.</p>
--	--	--	---

ANEXO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORIAS			ESCALA	TIPO DE VARIABLE
							DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	VARIABLE		
Habilidades del familiar en el cuidado	Es la actitud innata, talento, destreza o capacidad ostenta una persona para llevar acabo y por supuesto con éxito, determinada actividad.	La habilidad de cuidado del familiar cuidador, es el potencial de cuidado o conjunto de destrezas, capacidades de las que dispone una persona adulta que asume el rol de cuidador principal de su familiar que padece enfermedad crónica, brinda apoyo tanto físico como emocional, de manera permanente y comprometida. Una persona con habilidad de	Relación	Orientación	Es la guía basada en información (el cuidador conoce de la enfermedad, tratamiento, pronóstico).	27	Nivel alto (81 a 108 puntos). Nivel medio (54 a 80 puntos) Nivel bajo (27 a 53 puntos)	Nivel alto (12 a 16 puntos). Nivel medio (08 a 11 puntos) Nivel bajo (04 a 07 puntos)	Nivel alto (166 a 220 puntos). Nivel medio (110 a 165 puntos) Nivel bajo (55 a 109 puntos)	Variable: Ordinal Ítems: Likert.	Cuantitativa ordinal
				Actitud	El cuidador es capaz de establecer una relación buena con su familiar enfermo.			Nivel alto (09 a 11 puntos). Nivel medio (06 a 08 puntos) Nivel bajo (03 a 05 puntos)			
				Oportunidad	Es capaz de aprovechar los momentos adecuados de relacionarse con resultados importantes que enriquecen, dan ganancia, valor y aceptación.			Nivel alto (12 a 16 puntos). Nivel medio (08 a 11 puntos) Nivel bajo (04 a 07 puntos)			
				Sobrecarga	Es el peso desagradable que se siente con las responsabilidades del cuidado del familiar enfermo, manifestado por intranquilidad, obligación y afectación del presupuesto disponible						
				Restricción	Es la limitación para relacionarse con el cuidado del familiar en sus capacidades para responder, prevenir y sentirse culpable.						

	cuidadora experimenta una sensación de pertenencia, de vínculo, es estable y resistente al estrés.		Dependencia	Es el condicionamiento de la capacidad de relacionarse, reconociendo su propia capacidad y la necesidad de ayuda de otros.	18		Nivel alto (09 a 11 puntos). Nivel medio (06 a 08 puntos) Nivel bajo (03 a 05 puntos)					
			Auto abandono	En su relación desampara a sí mismo en su propia salud, el tiempo disponible para sí mismo, para satisfacer sus necesidades y desarrollo.								
			Búsqueda de apoyo	La forma de encontrar y reconocer apoyo en su relación con su familiar, para capacitarse, satisfacer necesidades y fortalecerse.								
		Comprensión	Comprensión	Entender y aprender la situación del familiar enfermo, su comportamiento, habilidad para el cuidado, proceso de la enfermedad, tratamiento y aceptación.			Nivel alto (55 a 72 puntos). Nivel medio (37 a 54 puntos) Nivel bajo (18 a 36 puntos)				Nivel alto (11 a 14 puntos). Nivel medio (08 a 11 puntos) Nivel bajo (04 a 07 puntos)	
			Intercambio	Es la compensación recíproca del cuidado que se da al familiar enfermo proporcionando confianza, satisfacción y búsqueda de oportunidades para informarse y compartir.								Nivel alto (10 a 12 puntos). Nivel medio (07 a 09 puntos) Nivel bajo (03 a 06 puntos)
			Organización	Es la disposición para disponer y ordenar las actividades dirigidas a la persona cuidada, delegando y utilizando apoyos.								
			Presencia	Es la asistencia con la permanencia requerida para el familiar enfermo, teniendo en cuenta la disponibilidad, la								

					comprensión de las reacciones y situaciones del enfermo como el dolor y final de la vida.			Nivel bajo (02 a 04 puntos)		
				Razonamiento y reafirmación	Es la reflexión que permite interpretar y explicar las reacciones de cuidar al familiar enfermo. Sentirse bien, satisfacer sus necesidades y pensar en su propio cuidado.			Nivel alto (10 a 12 puntos). Nivel medio (07 a 09 puntos) Nivel bajo (03 a 06 puntos)		
				Logros	Reconocer los que se consigue como cuidador, como tiempo para sí mismo, para tomar decisiones, tener paciencia, valorar apoyos y tener fortaleza.			Nivel alto (12 a 16 puntos). Nivel medio (08 a 11 puntos) Nivel bajo (04 a 07 puntos)		
			Modificación de la vida	Ganancia	Son los logros adquiridos como cuidador, aceptación de la situación, la tranquilidad, la capacidad para pedir ayuda y reconocer los valores importantes de la vida.	10	Nivel alto (31 a 40 puntos). Nivel medio (21 a 30 puntos) Nivel bajo (10 a 20 puntos)			
		Cambio		Los efectos de los cambios realizados como cuidadores familiares, mejorar la actitud negativa con optimismo, el aislamiento, la distribución del tiempo y tareas.				Nivel alto (10 a 12 puntos). Nivel medio (07 a 09 puntos) Nivel bajo (03 a 06 puntos)		
		Trascendencia		El cuidador reconoce, difunde y trasmite la experiencia de cuidado, enseñando a otros, comparte como experto, modifica positivamente su vida.						

Ítems:

HABILIDAD DEL FAMILIAR	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
RELACIÓN				
ORIENTACIÓN				
1. Tengo la información necesaria para cuidar a mi familiar enfermo.				
2. Me produce disgusto las relaciones de mi familiar.				
3. Me angustia el cuidado de mi familiar.				
4. Puedo tomar decisiones con seguridad sobre el cuidado de mi familiar.				
ACTITUD				
5. Me preocupa enfermarme.				
6. Mi labor como cuidador en general es bien valorada.				
7. Soy capaz de solucionar los problemas de cuidado de mi familiar.				
OPORTUNIDAD				
8. Busco enriquecerme, con la experiencia de otros cuidadores.				
9. La experiencia de otras personas me ha sido útil para mejorar el cuidado que doy a mi familiar.				
10. He ganado experiencia con el cuidado de mi familiar.				
11. La relación con mi familiar, me dan fortaleza para continuar respondiendo con su cuidado.				
SOBRECARGA				
12. Tengo cansancio físico por las responsabilidades de cuidado que tengo.				
13. Cuidar a mi familiar es demasiada responsabilidad sobre mí.				
14. Nadie me ayuda con la responsabilidad de cuidar a mi familiar.				
15. El presupuesto disponible para el hogar resulta insuficiente con el cuidado de mi familiar.				
RESTRICCIÓN				
16. No puedo responder por el cuidado que necesita mi familiar.				
17. Tengo limitaciones para dar el cuidado que requiere mi familiar enfermo.				
DEPENDENCIA				
18. Necesito ayuda de otro para cuidar a mi familiar.				

19. Puedo ocuparme en otras actividades deferentes al cuidado de mi familiar.				
20. Hay otras personas que pueden ayudarme a cuidar bien a mi familiar.				
AUTO ABANDONO				
21. Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera.				
22. Mi salud ha pasado a un segundo plano frente a la de mi familiar enfermo.				
23. Lo único importante es cuidar a mi familiar enfermo.				
BUSQUEDA DE APOYO				
24. Recibo ayuda de mis personas cercanas cuando la necesito para el cuidado de mi familiar enfermo.				
25. Recibo apoyo de personal de salud capacitado para cuidar a mi familiar.				
26. La fe en Dios me ayuda en el cuidado de mi familiar.				
27. Mis personas cercanas conocen el cuidado que requiere mi familiar enfermo.				
COMPRENSIÓN				
COMPRENSIÓN				
28. Logro comprender los comportamientos difíciles de mi familiar enfermo.				
29. He aprendido a usar mis conocimientos en el cuidado de mi familiar enfermo.				
30. Comprendo el proceso de la enfermedad de mi familiar.				
31. Comprendo el tratamiento que tiene mi familiar.				
INTERCAMBIO				
32. Confió en la ayuda que me ofrecen mis personas cercanas para cuidar a mi familiar.				
33. Estoy satisfecho con la forma como cuido a mi familiar enfermo.				
34. Comparto con otros mis sentimientos sobre el cuidado de mi familiar.				
ORGANIZACIÓN				
35. Puedo delegar funciones del cuidado de mi familiar enfermo a otras personas cercanas.				
36. Organizo con el apoyo de otras personas el cuidado de mi familiar.				
37. Pido que me reemplacen en el cuidado de mi familiar, cuando tengo otras actividades pendientes.				

PRESENCIA				
38. Estoy presente cuando mi familiar enfermo me necesita.				
39. Pienso que hare, cuando mi familiar enfermo no este.				
RAZONAMIENTO Y REAFIRMACIÓN				
40. Reflexiono en mi propio cuidado a la vez que cuido a mi familiar.				
41. Hago bien mi labor de cuidado de mi familiar.				
42. Las personas cercanas reconocen mi labor de cuidado de mi familiar.				
LOGROS				
43. Tengo paciencia para cuidar a mi familiar.				
44. Valoro los apoyos que recibo en el cuidado de mi familiar.				
45. Tengo fortaleza para seguir adelante con el cuidado de mi familiar.				
GANANCIA				
46. Logro aceptar la situación de enfermedad de mi familiar.				
47. Estoy tranquilo con el cumplimiento del deber de cuidar a mi familiar.				
48. Soy capaz de ayudar a otros cuidadores de familiares enfermos.				
49. Con la experiencia de cuidado de mi familiar he aprendido lo que en la vida es importante.				
CAMBIO				
50. Me he aislado por cuidar a mi familiar enfermo.				
51. Las tareas de cada uno de mis familiares han cambiado en su distribución para el cuidado de mi familiar.				
52. El tiempo es insuficiente para todo lo que debo hacer, más el cuidado de mi familiar.				
TRASCENDENCIA				
53. Enseño a otros lo que he aprendido al cuidar a mi familiar enfermo.				
54. Lo que aprendo sobre el cuidado lo aplico con mi familiar enfermo.				
55. Mi vida se ha modificado positivamente gracias a la experiencia de cuidar a mi familiar.				

Gracias.

ANEXO 04

Tabla 03: Habilidad del familiar según sexo en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas – Amazonas 2015.

SEXO	NIVEL DE HABILIDAD DEL FAMILIAR CUIDADOR						TOTAL	
	Alta		Media		Baja			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Masculino	4	36.4	2	18.2	5	45.4	11	18.0
Femenino	12	24	13	26	25	50	50	82.0
TOTAL	16	26.2	15	24.6	30	49.2	61	100

Fuente: Encuesta aplicada al familiar cuidador

ANEXO 05

Tabla 04: Habilidad del familiar según sexo en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas - Amazonas 2015.

GRUPOS ETAREOS	HABILIDAD DEL FAMILIAR						Total	
	CUIDADOR							
	Alta		Media		Baja		fi	%
< 17 años	0	0	1	33.3	2	66.7	3	4.9
18 a 35 años	9	40.9	3	13.6	10	45.5	22	36.1
36 a 59	6	20.0	9	30.0	15	50.0	30	49.2
60 a más	1	16.7	2	33.3	3	50.0	6	9.8
TOTAL	16	26.2	15	22.9	30	49.2	61	100

Fuente: Encuesta aplicada al familiar cuidador

ANEXO 06

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el panel de expertos, a través de expertos y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ($n = 70$), al 5% de significancia estadística.

A) PRUEBA BINOMIAL

1) Hipótesis estadísticas

H₀: $P = 50\%$ versus **H_a:** $P > 50\%$

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La Hipótesis alternativa (H_a) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “adecuado” o “inadecuado”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%); $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con $n = 3$ y $P = 0.50$ (50%).

4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$

5) Valor calculado (VC)

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] = (0.5)^7 - (0.5)^{7-k}$

El cálculo de esta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial. **VC = 6.0139.**

6) Decisión estadística

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de $\alpha = 0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la columna 7 de la tabla.

Ítems	Adecuado	%	Inadecuado	%	p valor $\leq \alpha$	Significancia Estado
1	7	100	0	0	0.0078125	**
2	7	100	0	0	0.0078125	**
3	7	100	0	0	0.0078125	**
4	6	85.7	1	14.28	0.0546875	-
5	7	100	0	0	0.0078125	**
6	7	100	0	0	0.0078125	**
7	7	100	0	0	0.0078125	**
8	7	100	0	0	0.0078125	**
9	7	100	0	0	0.0078125	**
10	7	100	0	0	0.0078125	**
	6		1		6.0139	
	9					

Fuente: apreciación de los expertos.

*: Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

B) PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES

1) Hipótesis estadística

$H_a: P > 50\%$

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (H_a) indica que el instrumento de medición es válido, entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados debe ser mayor que el 50%, ya que la calidad del ítem se establece como "adecuado: Sí" o "inadecuado: No".

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$$\alpha = 0.05 (5\%); \quad (1 - \alpha) = \gamma = 0.95 (95\%)$$

3) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar "validez del instrumento de medición" es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son "válido" y "no válido" y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 30, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

Fórmula

$$Z = \frac{p - P}{\sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}} \quad N(0,1)$$

Donde:

Z: Se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1.

p es el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

N es el número de jueces consultados (muestra).

4) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal VT = 1.6449

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/Ho) y aceptación (RA/Ho) de la hipótesis nula es:

$$\text{Al } 5\%: \quad \text{RR/Ho: } VC > 1.6449; \quad \text{RA/Ho: } VC < 1.6449.$$

5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de: N = 70, P = 50% y p = 100%. De donde resulta que: VC = 6.0139

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado (VC = 6.0139) con el valor teórico (VT = 1.6449) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al

95% de confianza estadística. Con este resultado, se acepta la validez de los instrumentos de medición.

- Entonces como $VC = 6.0139 > VT = 1.6449$
- Con este resultado se evidencia la aceptación del instrumento de medición.

MATRIZ DE RESPUESTAS DE LOS EXPERTOS PROFESIONALES DE CONSULTA SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

ITEM	EXPERTOS							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	
01	1	1	1	1	1	1	1	7
02	1	1	1	1	1	1	1	7
03	1	1	1	1	1	1	1	7
04	1	1	1	0	1	1	1	6
05	1	1	1	1	1	1	1	7
06	1	1	1	1	1	1	1	7
07	1	1	1	1	1	1	1	7
08	1	1	1	1	1	1	1	7
09	1	1	1	1	1	1	1	7
10	1	1	1	1	1	1	1	7

Respuesta de los expertos: 1 = Sí 0 = No

ANEXO 06

**EVALUACIÓN DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

Fórmula de Alfa de Cronbach.

Estadísticos descriptivos		
	N	Varianza
VAR00001	4	0.000
VAR00002	4	0.000
VAR00003	4	0.000
VAR00004	4	.250
VAR00005	4	.250
VAR00006	4	.333
VAR00007	4	.250
VAR00008	4	0.000
VAR00009	4	.333
VAR00010	4	.333
VAR00011	4	.333
VAR00012	4	0.000
VAR00013	4	0.000
VAR00014	4	.250
VAR00015	4	0.000
VAR00016	4	0.000
VAR00017	4	.333
VAR00018	4	0.000
VAR00019	4	.333
VAR00020	4	.250
VAR00021	4	0.000
VAR00022	4	.333
VAR00023	4	0.000
VAR00024	4	0.000
		3.583
suma	4	9.583
N válido (según lista)	4	

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_{IS}^2}{S_T^2} \right]$$

Resultado: Con una confiabilidad de 0.67

Máxima confiabilidad por Spearman Brown:

$$R_{ip} = \frac{2(r_{ip})}{1 + r_{ip}}$$

Aplicando la fórmula el valor de confiabilidad es:

$$R_{ip} = 0.80$$

Se determina que el instrumento se acepta con una fuerte confiabilidad.