



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
VICERRECTORADO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN DE POSGRADO**

**Ansiedad, depresión, soledad y rol del cuidador de adultos mayores con
enfermedad crónica**

**Trabajo de Titulación para optar al título de Magister en Salud Pública,
mención en enfermería familiar y comunitaria**

Autor:

Lcda. Gabriela Elizabeth Damián Sinchiguano

Tutor:

PhD. Carlos Gafas González

Riobamba, Ecuador. 2023

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Gabriela Elizabeth Damián Sinchiguano, con cédula de ciudadanía 0605069566, autor (a) (s) del trabajo de investigación titulado: ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD Y ROL DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 7 de noviembre del 2023.



Lcda. Gabriela Elizabeth Damián Sinchiguano

C.I: 0605069566

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Carlos Gafas González catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: "ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD Y ROL DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA", bajo la autoría de Gabriela Elizabeth Damián Sinchiguano; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 07 días del mes de noviembre de 2023.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'C' followed by the name 'Gafas' and a final flourish.

PhD. Carlos Gafas González

C.I: 1756344519



Riobamba, 18 de octubre de 2023

ACTA DE SUPERACIÓN DE OBSERVACIONES

En calidad de Tutor designado por la Comisión de Posgrado, CERTIFICO que una vez revisado el Proyecto de Investigación y/o desarrollo denominado "ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD Y ROL DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA", dentro de la línea de investigación **Salud**, presentado por la maestrante **Damián Sinchiguano Gabriela Elizabeth**, portador de la CI. **0605069566**, del programa de **Maestría en Salud Pública, mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**, cumple al **100%** con los parámetros establecidos por la Dirección de Posgrado de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

**PhD. Carlos Gafas
Gonzalez
TUTOR**



Riobamba, 24 de octubre de 2023

ACTA DE SUPERACIÓN DE OBSERVACIONES

En calidad de miembro del Tribunal designado por la Comisión de Posgrado, CERTIFICO que una vez revisado el Proyecto de Investigación y/o desarrollo denominado "ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD Y ROL DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA", dentro de la línea de investigación **Salud**, presentado por la maestrante **Damián Sinchiguano Gabriela Elizabeth**, portador de la CI. **0605069566**, del programa de **Maestría en Salud Pública, mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**, cumple al **100%** con los parámetros establecidos por la Dirección de Posgrado de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

**Yolanda Elizabeth Salazar
Granizo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**



Riobamba, 18 de octubre de 2023

ACTA DE SUPERACIÓN DE OBSERVACIONES

En calidad de miembro del Tribunal designado por la Comisión de Posgrado, CERTIFICO que una vez revisado el Proyecto de Investigación y/o desarrollo denominado "ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD Y ROL DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA", dentro de la línea de investigación **Salud**, presentado por la maestrante **Damián Sinchiguano Gabriela Elizabeth**, portador de la CI. **0605069566**, del programa de **Maestría en Salud Pública, mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**, cumple al **100%** con los parámetros establecidos por la Dirección de Posgrado de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

**PhD. Angélica Herrera
Molina
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**



Dirección de Posgrado
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN,
VINCULACIÓN Y POSGRADO

en movimiento

Riobamba, 06 de noviembre del 2023

CERTIFICADO

De mi consideración:

Yo Carlos Gafas González, certifico que Gabriela Elizabeth Damián Sinchiguano con cédula de identidad No. 0605069566 estudiante del programa de maestría en Salud Pública, mención en enfermería familiar y comunitaria, cohorte Primera (2021-2022), presentó su trabajo de titulación bajo la modalidad de Proyecto de titulación con componente de investigación aplicada/desarrollo denominado: ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD Y ROL DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA, el mismo que fue sometido al sistema de verificación de similitud de contenido URKUND identificando el porcentaje de similitud (2%) en el texto.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

PhD. Carlos Gafas González

CI: 1756344519

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a aquellos cuyo compromiso con la investigación y el conocimiento impulsan la comprensión de las complejas interacciones entre ansiedad, depresión, soledad y el rol del cuidador en el contexto de adultos mayores con enfermedad crónica no transmisible. Que este trabajo contribuya al incremento de la base de conocimiento y contribuya a la mejora de la calidad de vida de este grupo poblacional.

Agradezco a mi tutor de tesis por su guía excepcional, así como a mis valiosos colegas cuya perspicaz discusión y sugerencias contribuyeron significativamente a dar forma a este trabajo. Asimismo, expreso mi profundo agradecimiento a mis seres queridos por su apoyo inquebrantable en este viaje académico, su confianza en mí fue mi mayor motivación. Este logro es un reflejo del trabajo en equipo y el apoyo mutuo.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que contribuyeron de manera significativa a la realización de esta investigación. A mi tutor, por su orientación experta, paciencia y valiosos comentarios que guiaron cada paso del proceso. Al centro de salud Sangay por su colaboración y voluntad de compartir la información que enriquecieron este trabajo.

Agradezco a mi familia y amigos por su apoyo constante, comprensión y palabras de aliento a lo largo de este desafiante camino, su apoyo fue la fuerza impulsora detrás de mis esfuerzos. Finalmente, quiero expresar mi gratitud a la Universidad Nacional de Chimborazo por brindarme la oportunidad de crecer y contribuir al conocimiento en este campo. Este logro es un esfuerzo colectivo y no habría sido posible sin todos ustedes.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE	Pág.
DECLARATORIA DE AUTORÍA	
DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR	
ACTA DE SUPERACIÓN DE OBSERVACIONES DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I	14
1. INTRODUCCIÓN	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
4. HIPÓTESIS	17
5. JUSTIFICACIÓN	18
6. OBJETIVOS	20
5.1 GENERAL	20
5.2 ESPECÍFICOS	20
CAPÍTULO II	21–26
MARCO TEÓRICO	21
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	21
CAPÍTULO III	27–31
METODOLOGÍA	25
1. TIPO DE ESTUDIO	25
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
CAPÍTULO IV	37–43
1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44-45
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE ACCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA DIRIGIDAS AL FOMENTO DEL CUIDADO TRANSICIONAL, EN LOS COMPONENTES DE CLARIFICACIÓN, ENSAYO Y MODELACIÓN DEL ROL DEL CUIDADOR, DESDE UNA PERSPECTIVA SALUBRISTA	46-58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59-67
ANEXOS	68-83

ÍNDICE DE TABLAS	PÁG
TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y CUIDADORES	37
TABLA 3. VARIABLE ADOPCIÓN DEL ROL	39
TABLA 4. VARIABLES ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD	39
TABLA 5. CATEGORÍAS QUE MIDEN SUBORDINACIÓN E INTERDEPENDENCIA ENTRE LAS VARIABLES CLÍNICAS EN ESTUDIO	40

RESUMEN

Las consecuencias de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles representan un desafío creciente para la salud pública, dada su repercusión en términos biológicos, psicológicos y sociales. La persistencia de estas afecciones que no siempre alcanzan la curación en los adultos mayores genera la demanda de cuidadores secundarios, como una estrategia esencial para abordar las necesidades de atención médica que este grupo de pacientes requiere. En este contexto, es esencial adoptar comportamientos orientados hacia la promoción de la salud, los cuales contribuyan al mantenimiento de un equilibrio en el proceso salud-enfermedad. **Objetivo** Determinar el vínculo entre la ansiedad, depresión y soledad con la adopción del rol del cuidador de adultos mayores con ECNT atendidos en el Centro de Salud Sangay, que permita proponer acciones educativas de enfermería dirigidas al fomento del cuidado transicional. **Materiales y métodos** Se desarrolló una investigación descriptiva, analítica, de corte transversal y carácter cuantitativo, se trabajó con la totalidad de la población de estudio, conformada por datos anonimizados de 45 cuidadores de adultos mayores con ECNT. **Resultados** Se identifica la presencia de ansiedad, soledad y depresión en los cuidadores informales. En este conjunto de manifestaciones, la ansiedad ocupó niveles clínicamente significativos, factor que se comporta de forma negativa para la adopción del rol. **Conclusiones** Los cuidadores familiares son esenciales para el bienestar de las personas con ECNT, y su propia salud emocional influye directamente en la calidad del cuidado brindado. Los resultados de esta investigación enfatizan la importancia de implementar intervenciones de apoyo psicoemocional a los cuidadores, reconociendo su vital contribución al sistema de atención de salud.

Palabras claves: cuidado transicional, cuidadores, ansiedad, soledad, depresión.

ABSTRACT

The consequences of Chronic Non-Communicable Diseases represent a growing challenge for public health, given their biological, psychological, and social impact. The persistence of these conditions that do not consistently achieve cure in older adults generates the demand for secondary caregivers as an essential strategy to address the health care needs that this group of patients requires. In this context, adopting behaviors oriented toward health promotion is necessary to maintain a balance in the health-disease process. Objective: Determine the relationship between anxiety, depression, and loneliness with the adoption of the role of caregiver for older adults with NCDs treated at the Sangay Health Center, which allows proposing nursing educational actions aimed at promoting transitional care. Materials and methods A descriptive, analytical, cross-sectional, and quantitative research was developed, working with the entire study population, comprised of non-sensitive, anonymized data from 45 caregivers of older adults with NCDs. Results The presence of anxiety, loneliness, and depression in informal caregivers is identified. In this set of manifestations, concern occupied clinically significant levels, a factor that behaves negatively for adopting the role. Conclusions Family caregivers are essential for the well-being of people with NCDs, and their emotional health directly influences the quality of care provided. The results of this research emphasize the importance of implementing psychoemotional support interventions for caregivers, recognizing their vital contribution to the health care system.

Keywords: transitional care, caregivers, anxiety, loneliness, depression.

Reviewed by:
Mgs. Maria Fernanda Ponce
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 0603818188

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), también denominadas como enfermedades crónicas, constituyen patologías de larga duración, las que conjugan una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales; dimensiones que se corresponden con el modelo epidemiológico de Lalonde,⁽¹⁾ lo que explica que la conducta a seguir para la atención a individuos con estas afecciones requiere de un análisis multicausal, puesto que no siempre alcanzan la curación. En este sentido, se precisa de la adopción de conductas generadoras de salud que contribuyan al equilibrio del proceso salud-enfermedad.

Desde una concepción centrada en el componente biológico de la salud humana, las ECNT poseen dos generalidades: una, en la que la persona experimenta daño del funcionamiento de uno o más órganos del cuerpo; otra, cuando la progresión del proceso patológico predispone a la instauración de limitaciones orgánicas o funcionales, las que en ocasiones conducen a la incapacidad total o parcial, requiriendo el apoyo de un cuidador.^(2,3)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT afectan en su mayoría a los países de ingresos bajos y medios, donde se registra que más del 75 % (32 millones) de las muertes obedecen a esa causalidad. Así también, ese organismo internacional determina como las principales causas las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.⁽²⁾ En Latinoamérica, reportes de la *Global Burden of Disease* comunican que más del 50% de los pacientes con esta condición padecen sobrepeso/obesidad.^(4,5)

En el Ecuador, según datos publicados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), que comunica información compendiada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se conoce que en el 2019 las enfermedades crónicas no transmisibles representaron el 52,4 % del total de muertes, de ellas 8.574 a causa de enfermedades isquémicas del corazón.⁽⁶⁾

En este contexto nacional, el incremento de la densidad de población de adultos mayores se corresponde con las estimaciones establecidas por la OMS, entidad que plantea un aumento del 34 % entre los años 2020 y 2030 para todas las naciones.^(7, 8) Con base a ese análisis, la Dirección de Población del Adulto Mayor del Ministerio de Inclusión Económica y Social reporta que en el país existen 1.049,824 personas en esa etapa del ciclo vital, lo que representa el 6,5 % del total de la población general.⁽⁹⁾

La magnitud de esta explosión demográfica en el territorio nacional, hace que la realidad ecuatoriana sea similar a la del resto de los países de América Latina, ámbito en el que se aprecia una duplicación de las cifras de personas mayores de 65 años. Esa razón conlleva a que organismos internacionales en el campo de la Salud y multilaterales, determinen al envejecimiento poblacional como un problema sanitario, común para muchos países de la

región en el que la presencia de ECNT se hacen cada vez más frecuente en ese tipo de individuos, fenómeno que se relaciona con la acelerada urbanización, adopción de estilos de vida poco saludables, incremento de las comorbilidades, aumento de las limitaciones físicas y psicológicas propias de la senectud; entre otros factores que lo condicionan.^(8,10)

Las alteraciones provocadas por las ECNT constituyen en un problema creciente y prioritario para la salud pública, debido a las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales que de estas se derivan.⁽¹¹⁾ Su persistencia a lo largo del ciclo vital genera la necesidad de cuidadores, con énfasis para los adultos mayores como vía para enfrentar situaciones de cuidado de la salud de este tipo de pacientes.

La progresión de la enfermedad crónica en las personas que la padecen ha permitido el surgimiento de los cuidadores familiares como una forma de cuidado natural de los seres humanos.⁽¹²⁾ El cuidador de un adulto mayor se hace responsable de atender las necesidades diarias de la persona dependiente, el que le suministra apoyo físico y emocional. En esta relación cuidador-adulto mayor con ECNT receptor del cuidado; con frecuencia, el primero tiende a ver afectada su calidad de vida y el funcionamiento de sus actividades de la vida diaria y de su dinámica familiar.^(11, 12)

La evidencia científica demuestra que el cuidador familiar, secundario o en el hogar de las personas mayores de edad con ECNT, desarrollan sentimientos de soledad, sobrecarga emocional, depresión, exclusión, restricción de libertad personal y de su tiempo de ocio y descanso, así como un impacto fisiológico, el que con mayor frecuencia se refleja en el aumento de la tensión arterial y problemas cardiovasculares, gastrointestinales, cefalea y alteraciones osteomioarticulares.^(11, 12, 13)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuidar a personas con ECNT emerge como una responsabilidad que conlleva, no solo el conocimiento y manejo de del régimen terapéutico sino también una carga emocional, manifestada en niveles de estrés y ansiedad significativos. Estos factores, a menudo, dan lugar a comorbilidades adicionales entre los cuidadores y contribuyen a la disrupción del equilibrio familiar, repercutiendo en las esferas sociales, personales y económicas de la unidad familiar en cuestión.^(11, 14)

Partiendo de la riqueza posicionada en el aprendizaje de roles que conlleva el cuidado de personas con ECNT, resulta necesario identificar los impactos negativos en sus diferentes dimensiones. Este análisis profundo, no solo permite comprender los desafíos que surgen durante el proceso de transición hacia el rol de cuidador, sino que también brinda la oportunidad de implementar medidas de apoyo específicas, facilitando así una transición más fluida y una adopción efectiva y sostenible de este rol fundamental.^(14, 15)

Desde esa perspectiva, la educación a cuidadores para fortalecer la adopción de ese rol debe constituir una prioridad para los sistemas sanitarios. En el caso de Ecuador se identifica el pronunciamiento de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo,⁽¹⁶⁾ para que en el país sean diseñadas, y fortalecidas las políticas públicas existentes, dirigidas al desarrollo de acciones de prevención de enfermedades y sus complicaciones en ese sector prestador de cuidados a la salud humana de los adultos mayores.

A partir de ese análisis y de la identificación de la necesidad de incrementar el cuerpo teórico del conocimiento en el área de Enfermería, relativo al rol del cuidador en el contexto ecuatoriano, para disminuir la sobrecarga de cuidadores de adultos mayores con ECNT; elemento empírico indagado en intercambios de experiencias entre la investigadora y profesionales de esa disciplina y la pobre disponibilidad de evidencias científicas sobre el particular, se identifica la relevancia de estudiar el vínculo entre las variables clínicas (ansiedad, depresión y soledad) que al presentarse de forma aislada o conjugadas, afectan la adecuada adopción del rol del cuidador de adultos mayores con ECNT.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En correspondencia con la información anonimizada, sobre las variables de estudio recolectadas en los registros de atención de salud del contexto investigado a los cuidadores familiares de adultos mayores con ECNT, mediante la aplicación de los procedimientos estandarizados del MSP para la prestación de servicios a la población; se establece la siguiente pregunta investigativa:

¿Cuál es el vínculo existente entre ansiedad, depresión y soledad con la adopción del rol del cuidador de personas con ECNT, atendidos en el Centro de Salud Sangay del cantón Palora en Ecuador?,

A punto de partida de la interpretación de los resultados a obtener sobre el vínculo entre las variables de estudio se podrá encontrar una explicación a la analogía de subordinación e interdependencia existentes entre estos constructos y proponer acciones educativas de enfermería para robustecer el rol del cuidador.

HIPÓTESIS

En base a lo expuesto se plantea la siguiente hipótesis la presencia de ansiedad, soledad y depresión afectan negativamente la capacidad de adopción del rol de los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica no transmisibles.

En esta hipótesis, se establece un vínculo de subordinación e interdependencia entre la ansiedad, soledad y depresión y el rol del cuidador. Se predice que un aumento en los niveles de estas variables clínicas estará relacionado con una disminución de la adopción del rol del cuidador en sus componentes de respuesta, organización y ejecución del rol.

JUSTIFICACIÓN

Las ECNT son consideradas la principal causa de muerte y de discapacidad a nivel mundial, dichas enfermedades llegan a precisar de cuidados a mediano y largo plazo para proveer asistencia parcial o en ocasiones total y de suplencia al sujeto enfermo.^(2,11,13,14) Esta compleja demanda de cuidados abarca desde la gestión de tratamientos médicos hasta el soporte emocional continuo, creando un entorno donde la comprensión y mitigación de los impactos negativos en los cuidadores se constituye como un pilar fundamental, para optimizar tanto la calidad de vida del paciente como la del cuidador mismo.

Un cuidador secundario o informal es definido como la persona, familiar o sin vínculo, que asume la responsabilidad parcial o total de la atención y apoyo diario al paciente que presenta enfermedades crónicas, terminales o algún problema de salud que impida su autonomía.⁽¹⁴⁾ De forma mayoritaria, asumir el rol de cuidador resulta un imprevisto; debido, entre otras razones, a que las actividades de cuidado van apareciendo paulatinamente, sin planificación previa y en ocasiones con ausencia de conocimiento para el adecuado desempeño de esta tarea.⁽¹⁵⁾

La adopción de este rol como parte de las actividades de la vida diaria del cuidador, requiere de entrenamiento que le permita modificar su estilo de vida, sin que esto genere deterioro de sus relaciones laborales, interpersonales e intrafamiliares, ni daño a su salud física y mental.^(13,15) La creciente dependencia de pacientes con ECNT, no solo repercute en una mayor demanda de recursos, sino que conlleva a una serie de cambios en la estructura familiar. Establecer estos de forma óptima, constituye un reto para la salud pública contemporánea, contribuyendo a la disminución de la disfunción familiar y daños a la salud individual y colectiva.

Análisis de esta problemática en diferentes contextos, permite apreciar un amplio abanico de coincidencias en cuanto a la presencia de relaciones de conexión, subordinación e interdependencia entre variables como ansiedad, depresión y soledad, las que con mayor frecuencia se vinculan con la limitación del rol del cuidador de adultos mayores con ECNT.^(17,18,19,20)

La adopción del rol de cuidador familiar o secundario de una persona con enfermedad crónica no transmisible resulta un proceso complejo que exige tiempo y dedicación, puesto que para ejercer un nuevo rol, el cuidador deberá considerar diversos factores como son: sentimientos, relaciones y nuevas tareas a realizar que pueden afectar el proceso de cuidado como tal.^(21,22)

Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia expresan que, autores como *Afaf Ibrahim Meleis* en su concepto sobre la teoría transicional, define al cuidado como una serie de cambios en el diario vivir que permite comprender las causas que influyen en una persona para facilitar o impedir el logro de una transición.⁽²³⁾

Concebida esta última, al decir de autores como Chaparro y Carreño,⁽¹²⁾ mencionan el cuidado transicional siendo conjunto de cambios que enfrenta el cuidador familiar de la persona con ECNT que lo llevan a experimentar sensación de adversidad, lo que puede generarle falta de control, modificación de las dinámicas laborales, afectación financiera, desarrollo de responsabilidad ante nuevas tareas para el cuidado, resolución de problemas y toma de decisiones; además de cambios en ámbito familiar, relaciones sociales y de pareja.

La transición de una persona que se convierte en cuidador contempla las etapas siguientes: imposición, organización y adopción del rol, las que permitirán concretar el cuidado transicional.⁽¹⁴⁾ Sin embargo, en el trayecto de cada una pueden presentarse factores que dificulten la concreción de ese proceso. Este nivel de precisión realza la importancia de brindar apoyo al cuidador y de identificar posibles factores que limiten su prestación de cuidados, para así intervenir de forma oportuna con acciones de clarificación, ensayo y modelación que desde la perspectiva de enfermería potencien la adopción del rol del cuidador.

La novedad científica del estudio que se presenta, radica en el establecimiento por primera vez, en la APS y en el Centro de Salud Sangay del MSP ubicado en el cantón Palora de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, la realización de una investigación compartida entre la UNACH y esa unidad operativa de primer nivel de atención, para determinar el vínculo entre variables clínicas como la ansiedad, depresión y soledad con la adopción del rol del cuidador de adultos mayores con ECNT, que permita proponer acciones dirigidas a la prevención de la sobrecarga en los responsables de ese tipo de cuidado a la salud humana, en ese contexto de estudio.

La contribución teórica por alcanzar se concretará en la sistematización de la información anonimizada, sobre el rol del cuidador en un contexto rural ecuatoriano, desde una perspectiva salubrista, elemento que conducirá a la potenciación de acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en un grupo poblacional de alta vulnerabilidad, debido a su condición de cuidador familiar.

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar el vínculo entre ansiedad, depresión y soledad con la adopción del rol del cuidador de adultos mayores con ECNT atendidos en el Centro de Salud Sangay del cantón Palora en Ecuador, que permita proponer acciones educativas de enfermería dirigidas al fomento del cuidado transicional.

ESPECÍFICOS

- Describir el perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares de personas con ECNT.
- Categorizar los niveles de depresión, ansiedad y soledad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica incluidos en el estudio.
- Identificar la capacidad para la adopción del rol del cuidador familiar de personas con ECNT del contexto de estudio.
- Explicar la subordinación e interdependencia existente entre los constructos depresión, ansiedad, soledad y adopción del rol del cuidador de personas con ECNT.
- Proponer acciones educativas de enfermería dirigidas al fomento del cuidado transicional, en los componentes de clarificación, ensayo y modelación del rol del cuidador, desde la perspectiva salubrista.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Conceptualización sobre el adulto mayor

El término adulto mayor proviene del latín *adultus*, que significa crecer o madurar, y mayor del latín *maior*, cuyo significado se refiere a grande en edad; así hace mención a los últimos años de vida de una persona o a la edad máxima de un ser humano, una etapa por la que se ha vivido o experimentado situaciones que generan aprendizaje y cambios a nivel físico, psicológico y social.⁽²⁴⁾

De acuerdo a la definición otorgada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁽²⁵⁾ se denomina adulto mayor, anciano o persona de la tercera edad a todo individuo que supera los 65 años de edad, el mismo que posee características específicas en las esferas biopsicosociales alcanzadas durante su ciclo vital; el envejecimiento de este grupo poblacional a lo largo del tiempo ha estado presente en todos los países con el objetivo de crear políticas públicas, sistemas sanitarios y sociales que garanticen una vejez saludable.^(26,27,28)

Según los informes de la Organización Mundial de la Salud, desde un punto de vista biológico, el envejecer es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a una mayor predisposición de padecer enfermedades y, en última instancia, el fallecimiento. Estos cambios no son lineales ni equivalentes, la diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión aleatoria, sino resulta del conjunto de estilos de vida, afecciones de salud entre otras.⁽⁷⁾

Impacto del envejecimiento poblacional en el mundo y el Ecuador

La disminución de la fecundidad y el descenso en el crecimiento de la población han sido atribuidos como causa del constante aumento en la esperanza de vida a lo largo del tiempo, por lo cual Organismos internacionales coinciden en un incremento progresivo de la población adulta mayor hasta mediados del siglo XXI.⁽²⁹⁾

El aumento demográfico de este grupo poblacional acarrea repercusiones a nivel económico y social. El primero tiende a verse afectado dado que el adulto mayor, por lo general, es considerado productivamente inactivo, y representa un costo elevado para los estados en materia de servicios de salud y pensiones o bonos.^(29,30,31,32) Social puesto que el envejecimiento trae consigo el riesgo de sufrir dependencia, necesitando cuidados de otras personas debido a una discapacidad, enfermedad crónica o situaciones que pueden limitar su capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD).

El proceso del envejecimiento fisiológicamente progresivo, puede sufrir un desequilibrio por factores internos o no modificables como la edad, sexo, raza y factores genéticos; y externos o modificables a través de acciones de promoción de salud y prevención primaria para la modificación de hábitos tóxicos y estilos de vida; estas a su vez son utilizadas como vía para evitar el deterioro orgánico, lograr una vida sana, retrasar los síntomas del envejecimiento, y evitar enfermedades.⁽²⁹⁾

Enfermedades Crónicas No transmisibles de mayor morbi-mortalidad

En el análisis de las causas de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor a nivel mundial, de acuerdo a los reportes de la OMS siete de las 10 principales causas de muerte son ECNT en las que predominan las enfermedades cardiovasculares con un 30%, seguido de las enfermedades pulmonares crónicas; de igual manera asocian a la hipertensión arterial (HTA) como un factor de riesgo importante en pacientes longevos, se estima que en el transcurso de los próximos 10 años, habrá 20,7 millones de muertes por enfermedad hipertensiva, en la región de las Américas.^(32,33,34)

Estas estimaciones aducen un problema de salud pública puesto que la mortalidad no genera incremento en los costos sanitarios sino la morbilidad por presencia de ECNT, sus largos periodos en tratamiento y que eventualmente por complicaciones llevan a la muerte. Así también diversos estudios destacan la necesidad de prestar una mayor atención en el contexto mundial, regional, nacional y local al desarrollo de acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y neumopatías crónicas, tal como se establece en la agenda para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas.^(32,33,34)

Cuidadores y enfermedades crónicas no transmisibles

El proceso de envejecimiento de la población ligado a los cambios demográficos antes mencionados representa un incremento importante en la aparición de ECNT y un factor de riesgo para mantener la autonomía. El deterioro funcional no identificado oportunamente conlleva a un pronóstico desfavorable en el adulto mayor, así como la demanda de medidas necesarias para su afrontamiento; ocasionando problemas de dependencia en el desarrollo de AVD, situación que se exacerba durante la enfermedad.^(36,37)

La dependencia resulta en la necesidad de ayuda que posee una persona para realizar las AVD, derivadas de la edad, enfermedad y/o discapacidad; unida a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Ante este hecho el cuidado es inminente y dado la imposibilidad de mantener a profesionales sanitarios supliendo las diferentes necesidades del paciente todo el tiempo, un cuidador informal asume la responsabilidad del cuidado.^(38,39)

Cuidador informal o secundario se denomina a la persona familiar o no profesional que presta cuidados a la o las personas en situación de dependencia que convive o no con ella y/o con la que normalmente está vinculada afectivamente.^(38,39) La provisión de cuidados demanda una gran cantidad tiempo y energía para el cuidador, en un estudio realizado en España se reporta que aproximadamente el 95,9% de las personas cuidadoras de adultos mayores presta cuidados de 6 a 7 días a la semana y de esta cifra el 38,9% dedica al menos 16 horas diarias a esta labor.⁽³⁹⁾

Por lo general el rol de cuidador lo asume un solo familiar, en ocasiones sin conocimientos previos lo que trae consigo sentimientos de sobrecarga y vulnerabilidad, resultando en el abandono del cuidado o fracaso en el mismo. Las repercusiones en los cuidadores informales implican problemas en su salud física y mental presentando depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, etc. Desde esa perspectiva, resulta necesario analizar las posibles repercusiones emocionales que puedan precipitar una crisis o amenaza a la estabilidad física, mental, social y económica del cuidador para actuar oportunamente.^{(14,16).}

Ansiedad, depresión y soledad en el cuidador

El cuidador primario o familiar puede verse afectado en el aspecto físico, psicológico e incluso el económico por el tiempo dedicado al paciente así como la cantidad de tareas inherentes al cuidado que deben realizar, esta condición a su vez conlleva al desarrollo de estrés mismo que como consecuencia genera ansiedad y depresión, dichas condiciones pueden desencadenar un trastorno mental.⁽⁴⁰⁾

Dentro de las afecciones más frecuentes en los cuidadores informales la evidencia bibliográfica disponible menciona en conjunto a la ansiedad, depresión y soledad. El termino depresión es asociado a la reacción disfuncional a estresores psicosociales identificables que ocurren dentro de un corto tiempo; la ansiedad interpretado como un estado emocional en el que la persona experimenta una sensación de temor, aprensión y desastre inminente pero no incapacitante la descrita resulta un signo predictor de la depresión ambas correlacionándose entre sí.^(41, 42,43)

Por otro lado, la soledad visto como un estado de tristeza o desánimo consecuencia de la falta de compañía o de estar separado de los otros por periodos medianos y largos de tiempo; este signo es relacionado con el aislamiento social y abandono que a menudo los cuidadores experimentan. Por tanto las afecciones mencionadas con frecuencia dan lugar a problemas físicos, mentales y socioeconómicos que incrementan la carga en el cuidador, afectan su calidad de vida y los cuidados prestados.^(41, 42,43)

Cuando se analizan las implicaciones en el rol del cuidador, la literatura ha destacado algunas repercusiones bien conocidas, entre las que se incluyen la soledad, la ansiedad y la depresión. En un estudio realizado por Flores, Rodríguez y otros⁽⁴⁴⁾ con el objetivo de evaluar el nivel de soledad, rumiación y estrés en relación con el bienestar subjetivo de los cuidadores de pacientes crónicos, se concluyó que la relación de pareja, especialmente en el contexto del

cuidado, ejerce un impacto significativo en el estado emocional de los cuidadores, dando lugar a sentimientos de soledad, rumiación y estrés que alteran su experiencia de bienestar subjetivo.

Lozano⁽⁴⁵⁾ y Fernandez⁽⁴⁶⁾ identificaron un predominio del género femenino en el ejercicio del rol del cuidador en el cual se evidenciaron niveles medios en la ansiedad, así como niveles elevados de depresión. Además, aparece la soledad como efecto de perder relaciones importantes, cambios en la estructura del grupo social y el apoyo percibido, que llegan a considerarse como escasos o insignificantes.

Por otro lado, Martínez Pizarro⁽⁴⁷⁾ destaca entre las causas y factores de riesgo para la aparición de afecciones en el cuidador: mayor edad de la persona dependiente, presencia de agresividad, múltiples patologías físicas y psicológicas, ausencia de colaboración de otros familiares, ausencia de formación e información en el cuidador y falta de integración en grupos de ayuda.

En lo expuesto por Mboungou, Semino, Coronados y Ruiz⁽⁴⁸⁾ mencionan que los cuidadores tienden, por lo general, a reprimir y negar las emociones negativas. Los cuidadores afectados por ansiedad y depresión manifiestan sentimientos de abandono, soledad e impotencia para solucionar problemas de su rutina diaria así también se propone que una intervención adecuada resultaría vital en el proceso de rehabilitación.

Espinosa y Pineda⁽⁴⁹⁾ identificaron la falta de conocimiento sobre las enfermedades y sus cuidados como factor para el desarrollo de alteraciones en la salud del cuidador, presentando manifestaciones físicas y mentales que afectaron su calidad de vida, por lo que destaca la necesidad e importancia de generar apoyo en los diferentes aspectos para mejorar la calidad de vida y en consecuencia la salud mental del cuidador.

Las investigaciones revisadas determinan la importancia de identificar de manera oportuna las afecciones en los cuidadores familiares de pacientes con ECNT, puesto que las mismas pueden repercutir de manera directa en la calidad de vida y en consecuencia en su capacidad para desempeñar el rol del cuidador. El apoyo temprano a los cuidadores familiares se torna fundamental para garantizar un cuidado efectivo y sostenible.

Teorías sobre el cuidado a las personas con dependencia funcional

Los modelos y teorías de enfermería definidas como representación multidimensional para el ejercicio de la práctica del profesional, se enfocan en ideas propias de la disciplina y de otras áreas de las ciencias como la psicología, biología, antropología y comunicación orientando el proceso de cuidar. Lo expuesto hace referencia al apoyo y cuidado que facilitan o mejoran la situación de salud de una persona, familia, comunidad y el medio en que se desarrolla.⁽²³⁾

Es así que para el cuidado en personas se asocian las teorías como la de *Hidalgard Peplau*, de Relaciones Interpersonales, quien expone que los cuidados exigen la capacidad de

comprender la propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y ve en la interacción de roles el factor clave del proceso curativo.⁽²³⁾

Madeleine Leininger, por otro lado destaca el concepto de cuidados culturales como valores o creencias de vida aprendida y transmitida para apoyar o facilitar a las personas a mantener su salud y bienestar o para el afrontamiento de la enfermedad, discapacidad y muerte; y la teoría transicional parte de esta investigación propuesta por *Meleis* quien ve al cuidado como un proceso de transición lleno de circunstancias fisiológicas, psicológicas y sociales que influyen para el logro del mismo.⁽²³⁾

El cuidado a un adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible que tiene dependencia, exige comprender varios factores que influyen en el mismo, puesto que la persona que asumirá el rol del cuidador no siempre se encuentra preparada para realizarlo, y tiende a verse afectado en cuanto a su integridad y a su vez pueden generar repercusiones al receptor del cuidado.

En este contexto, Carreño y Chaparro⁽¹²⁾ con base en la teoría del cuidado transicional de *Meleis* plantean una teoría de situación específica para la adopción del rol del cuidador de la persona en situación de dependencia identificando tres categorías imposición, organización y adopción del rol, que cuando presentan signos positivos resultan en un cuidado adecuado para el paciente.

Acciones educativas de enfermería para el fomento del cuidado transicional

Las intervenciones educativas para el cuidado transicional en el proceso Salud-enfermedad generalmente son lideradas por enfermería y se orientan en aspectos fundamentales como: educación al paciente, seguimiento posterior al alta, adherencia de medicamentos, capacidades de autocuidado, preparación de cuidador o cuidadores, visitas domiciliarias e integración de los actores del sistema de salud.^(36,37,38,52)

El impacto de las intervenciones en la transición se evidencia con la reducción de reingresos hospitalarios, disminución en los costos para el sector salud, mejora de la calidad de vida, y satisfacción del paciente, familia y cuidador. En este contexto mientras más pronto inicien en el paciente, resultaran con mejores resultados para alcanzar el dominio en la adopción del rol.^(36,37,38,39,52)

Experiencias de la implementación de la teoría del cuidado transicional

El proceso de transición de un rol a otro está sujeto a la cantidad de información y conocimientos que posee la persona para asumir el nuevo, como será el caso de un familiar que se convierte en cuidador. En la implementación de la teoría del cuidado transicional Sofia Carreño evidencia a través de un estudio experimental en cuidadores de niños con cáncer el incremento de la competencia del cuidado, cuando se interviene en la transición.^(50,53)

Del mismo modo, Ferreira et al.,⁽⁵⁴⁾ concuerdan en la relevancia del cuidado transicional y en la identificación de las necesidades durante este proceso para fortalecer las áreas de mejora detectadas a través del entrenamiento de los cuidadores. Esto se realiza con el fin de que puedan brindar un cuidado óptimo a los adultos mayores con ECNT dependientes, subrayando también la necesidad de evaluar el cuidado transicional desde las perspectivas tanto del cuidador como del receptor del cuidado.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló una investigación descriptiva, analítica, de corte transversal, en la que se trabajó con la totalidad de la población de estudio, conformada por datos anonimizados, de 45 cuidadores de adultos mayores con ECNT, residentes de forma permanente en la parroquia Sangay del cantón Palora en la provincia de Morona Santiago en Ecuador, los que asisten de forma regular a las actividades del Club de Adultos Mayores del Centro de Salud contexto de estudio.

El diseño de investigación implementado posee un enfoque cuantitativo, mismo que permitió la cuantificación de variables medidas numéricamente y la comprensión de la subordinación e interdependencia existente entre los constructos depresión, ansiedad y soledad para poderlas explicar su enlace con la adopción del rol del cuidador de personas con ECNT, medidas en las categorías de insuficiente, básica o satisfactoria.

Lo descrito, se acoge al protocolo dirigido a determinar ansiedad, depresión, soledad y rol del cuidador de personas con enfermedad crónica, validado por Chaparro, Sánchez y Carrillo⁽⁵⁴⁾ en un contexto colombiano; el que previo a la obtención de la autorización, emitido por esas investigadoras (Anexo 1), y tomando en cuenta los rasgos compartidos a nivel latinoamericano como la homogeneidad cultural, organización económica, desigualdades sociales entre otras^(55, 56) así también que el protocolo y los instrumentos contenidos en él han sido desarrollados en países como Chile, Argentina, México y Panamá⁽⁵⁷⁾ por lo cual se adoptó al ámbito ecuatoriano con el fin de obtener información que permita, desde un enfoque analítico cuantitativo, describir esta problemática de salud, común en Latinoamérica, con el propósito de enriquecer el estado del arte del tema, desde la perspectiva de la Salud Pública y de la Enfermería comunitaria.

Además, los resultados alcanzados contribuirán a alimentar las investigaciones y publicaciones científicas que responden a los indicadores de evaluación y acreditación de la carrera de Enfermería de la UNACH; así como, aportará información como parte del Nodo Ecuador de la Red Latinoamericana de Cuidado al Paciente Crónico y la Familia-Red CroniFam; liderada por investigadoras de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), las que autorizaron el uso del protocolo validado.⁽⁵⁸⁾ Red de la cual forman parte la investigadora principal y el tutor de tesis.

Para el logro de los objetivos propuestos, los diferentes momentos investigativos se hicieron coincidir con los objetivos específicos, proceso que se describe a continuación:

Primer momento

Dedicado a describir el perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares de personas con ECNT, para lo cual se empleó la encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador

familiar - persona con enfermedad crónica, diseñada por Chaparro, Sánchez y Carrillo para el contexto Latinoamericano, validada por criterio de expertos quienes calificaron al 100% de los ítems como claros, coherentes, suficientes, relevantes y esenciales para cada uno de los componentes⁽⁵⁵⁾.

Este instrumento permitió identificar las necesidades básicas de información para el cuidado de la diada en estudio. Instrumento que contiene 42 ítems y tres dimensiones que evalúan las condiciones y perfil socio demográfico, la percepción de carga y apoyo y los medios de información y comunicación del cuidador y el paciente, este último en su condición de objeto de cuidado.

Segundo momento

Permitió categorizar los niveles de depresión, ansiedad y soledad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica incluidos en el estudio (N=45) en las categorías de normal, dudoso y clínicamente significativo para las variables depresión y ansiedad. La variable soledad se midió en sus grados de ausencia o ligero, moderado y severo.

Para categorizar los niveles de depresión, ansiedad y soledad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica incluidos en el estudio, se emplearon de las siguientes escalas:

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD):** conformada por 14 ítems, creada por *Zigmond y Snaith* en 1983, validada con alfa de Cronbach e índice de confiabilidad de $\alpha=0.86$ ⁽⁵⁹⁾ la que permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en escenarios de la APS. Este segundo contexto coincide con el ámbito de estudio, el que se desarrolló en un Centro de Salud del primer nivel de atención del Ecuador.

El referido instrumento emplea una escala de likert de 0 a 3, mediante el cual valora la presencia de ansiedad y depresión a través de 14 ítems que recogen información sobre estas variables clínicas, 7 para cada una. La calificación de estos ítems considera de cero a siete como normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más como un problema clínico.

- **Escala de Soledad UCLA, en su versión en español para Colombia:** Validada con un alfa de Cronbach de 0,95, con un IC 95 %, el cual fue traducido y adaptado transculturalmente⁽⁶⁰⁾ instrumento que consta de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que se emplean una escala de likert, con la siguiente expresión:

- 1 = Nunca
- 2 = Rara vez
- 3 = A veces
- 4 = Siempre

Tercer momento

Centra su atención en la descripción de la capacidad para la adopción del rol del cuidador familiar de personas con ECNT en los individuos incluidos en el estudio, para lo cual se aplicó el instrumento denominado “Adopción del Rol de cuidador de persona con Enfermedad Crónica-ROL,” validado por Chaparro en un contexto de Colombia,⁽⁶¹⁾ el que evalúa las siguientes dimensiones:

1. Respuestas ante el rol
2. Organización del rol
3. Ejecución el rol

Su construcción consta de 22 ítems, con una confiabilidad total del instrumento por consistencia interna Alfa de Cronbach de 0,816, considerada como aceptable. La medición de las opciones de respuesta se la realiza mediante una escala de Likert con 5 opciones, donde:

- 1= Nunca
- 2 = Casi nunca
- 3 = Algunas veces
- 4 = Casi siempre
- 5 = Siempre

El instrumento descrito combina la cuantificación de esas variables de la siguiente manera: los niveles con respuestas entre 22 y 60 puntos los cuales se consideran como adopción insuficiente del rol. Los resultados entre 61 y 77 expresan adopción básica del rol y las puntuaciones ubicadas entre 78 y 110 se califican como adopción satisfactoria del rol.

Cuarto momento

Caracterizado por un diseño cuantitativo, el que permitió explicar el enlace de subordinación e interdependencia existente entre los constructos depresión, ansiedad, soledad y adopción del rol del cuidador de personas con ECNT; para lo cual, el método inductivo guió la descripción de esas variables clínicas según los niveles de afectación con que se presentaron en los cuidadores de adultos mayores con ECNT.

Para analizar el vínculo entre las variables estudiadas, se empleó la estadística descriptiva, herramienta de la investigación que resumió los datos para facilitar su comprensión; lo que, unido a la interpretación de los resultados de la descripción de la capacidad para la adopción del rol, permitió proponer acciones educativas de enfermería que se describen en el quinto momento investigativo.

Quinto momento

Planteado con el propósito de recopilar información para proponer acciones educativas de enfermería, como recurso para contribuir a la disminución de los niveles de ansiedad, depresión y soledad identificados en la población de estudio.

Desde una perspectiva basada en la necesidad de incrementar el cuerpo teórico del conocimiento en la búsqueda de la evidencia científica en tributo de la importancia del cuidado a los cuidadores, las acciones a proponer estarán dirigidas al fomento del cuidado transicional, en los componentes de clarificación, ensayo y modelación del rol del cuidador, desde la perspectiva salubrista, como vía para el fomento de una adecuada promoción de salud y prevención de enfermedades en el cuidador, elementos que podrán fortalecer la diada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica.

El posicionamiento teórico esgrimido, se basa en la teoría de situación específica para la adopción del rol del cuidador de la persona en situación de dependencia, validado por Chaparro⁽¹⁵⁾ constructo que se describe en el diagrama 1.

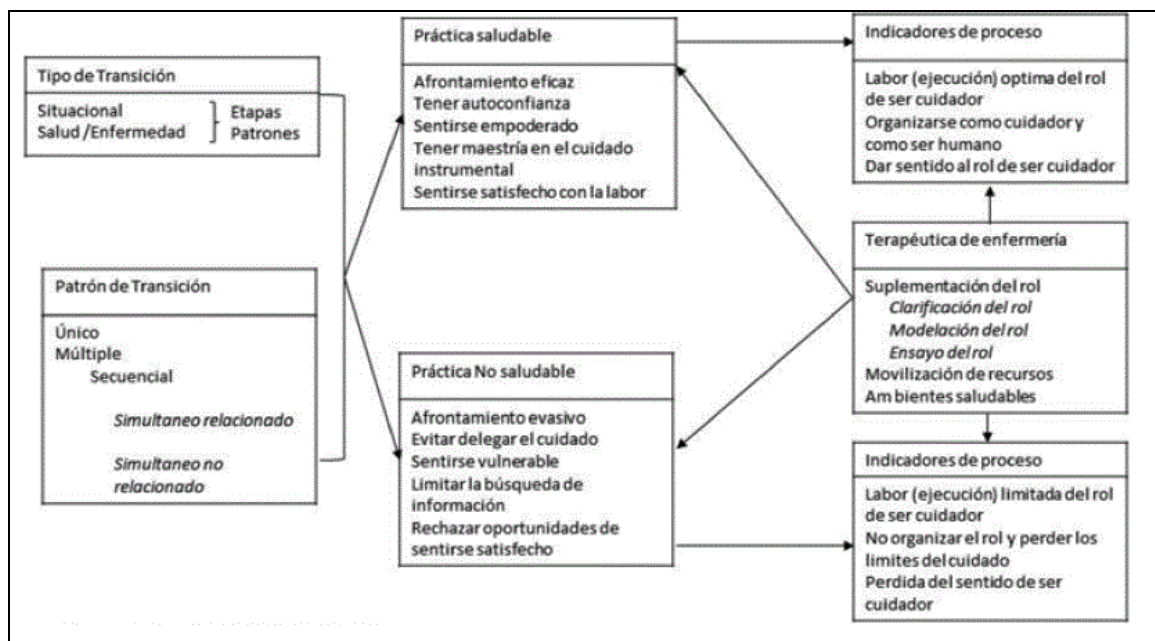


Diagrama 1. Constructo de la adopción del rol del cuidador en el marco de la teoría de Afaf Meleis. **Fuente:** Carreño Moreno et. al.⁽¹²⁾

Consideraciones éticas

La presente investigación se ajusta a los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia y veracidad que regulan el desarrollo de las investigaciones, en las que se obtuvieron datos anonimizados, contenidos en archivos del Centro de Salud contexto de estudio.⁽⁶²⁾

Su ejecución se alinea a las normas nacionales vigentes para los estudios descriptivos en los que se trabajan con datos anonimizados.^(63,64) para los que se establece que previo a su

realización, el investigador deberá contar con una Carta de Interés emitida por la autoridad sanitaria nacional. Para el caso de esta investigación, se cuenta con la autorización de la Dirección del Distrito de Salud 14D02-Huamboya-Pablo Sexto-Palora-Salud y de la Dirección del Centro de Salud Sangay, entidades que representan la autoridad sanitaria nacional (Anexo 2).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1: Descripción de variables

Tipo	Dimensiones	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador	Valor
Sociodemográficas	Género Paciente/cuidador	Sociodemográficas Conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población, a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento.	Nominal	Conjunto de características físicas, mentales y de comportamiento que distinguen entre masculinidad y feminidad	1=Masculino 2=Femenino
	Rango de edad Paciente/cuidador		Nominal	Tiempo vivido por una persona definida en años	Paciente 1=65 a 71 años 2=72 a 90 años 3=Mayor de 90 años Cuidador 1=Adulto joven 18 a 35 años. 2= Adulto maduro 36 a 64 años. 3= Adulto mayor más de 65 años.
	Escolaridad Paciente/cuidador		Nominal	Nivel de estudios que	1=Primaria 2=Secundaria

Tipo	Dimensiones	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador	Valor
				ha aprobado hasta el momento de la encuesta	3=Superior
	Procedencia Paciente/cuidador		Ordinal	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	1=Sangay 2=Paquisha 3=Yutzu 4=Arapicos 5=Palora 6=Sucua 7=Macas 8=Quito 9=Ambato 10=Chinimpi
	Residencia Paciente/cuidador		Nominal	Lugar en el que vive una persona	1=Sangay 2=Paquisha 3=Yutzu 4=Arapicos 5=Chinimpi 6=Chup
	Zona de residencia Paciente/cuidador		Nominal	Área de residencia	1=Rural 2=Urbano
	Estado civil Paciente/cuidador		Nominal	Conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su	1=Casado 2=Soltero 3=Separado 4=Viudo

Tipo	Dimensiones	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador	Valor
				situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones	
	Ocupación Paciente/cuidador		Nominal	Cualquier actividad de producción de bienes o prestación de servicios a cambio de una remuneración o un beneficio	1=Hogar 2=Trabajador independiente 3=Empleado
	Estrato económico Paciente/cuidador		Nominal	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	1=Recibe al menos 1 SBU 2=Recibe de 1 a 2 SBU 3=Recibe de 2 a 3 SBU 4=Recibe al menos de 3 a 4 SBU
	Años con enfermedad crónica Paciente		Nominal	Número de años en las que es paciente lleva diagnosticado con enfermedad crónica	1=6 meses a 3 años 2=3 años 1 día a 6 años 3=6 años 1 día a 9 años 4=9 años 1 día a 12 años

Tipo	Dimensiones	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador	Valor
					5=Más de 12 años
	Cuida a la persona desde el momento de su diagnóstico/Cuidador		Nominal	Condición de cuidador único	1=SI 2=NO
	Horas que requiere cuidado/ Paciente		Nominal	Numero de horas que el paciente precisa la necesidad de cuidados	1=3 a 5 horas 2=5 a 8 horas 3=8 a 10 horas 4=más de 10 horas
Diada cuidador-persona con enfermedad crónica	Percepción de carga ZARIT		Nominal	Medida con la escala de Zarit	1=No sobrecarga 2=Sobrecarga leve 3=Sobrecarga moderada
Nivel de adopción del rol del cuidador	Nivel de adopción del rol	Proceso que atraviesa una persona para convertirse en cuidador y las variables que influyen en este proceso	Nominal	Medida con “ADOPCIÓN DEL ROL DE CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE CRÓNICO (ROL)”	1=Adopción insuficiente del rol 2=Adopción básica del rol 3=Adopción satisfactoria del rol
Ansiedad y depresión	Ansiedad y depresión	Trastornos emocionales complejos que tienden a afectar al	Nominal	Medida con la escala HADS	1=Puntaje normal 2=Puntaje dudoso 3=Clínicamente significativo

Tipo	Dimensiones	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador	Valor
		pensamiento, la conducta y la fisiología de un individuo.			
Soledad	Soledad	Grado de aislamiento en el cual un individuo con carencia de compañía.	Nominal	Medida con la escala UCLA	1=Ausencia o grado ligero de soledad 2=Grado moderado de soledad 3=Grado moderado de soledad

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos mayores con enfermedad crónica y cuidadores

PACIENTE	FRECUENCIA	%	CUIDADOR	FRECUENCIA	%
Género			Género		
Masculino	18	40	Masculino	10	22,2
Femenino	27	60	Femenino	35	77,8
Rango de edad			Rango de edad		
Adulto mayor maduro 65 a 71 años	14	31,1	Adulto joven 18 a 35 años	22	48,9
Adulto mayor 72 a 90 años	29	64,4	Adulto maduro 36 a 64 años	21	46,7
Anciano mayor de 90 años	2	4,4	Adulto mayor más de 65 años	2	4,4
Escolaridad			Escolaridad		
Primaria	21	46,7	Primaria	6	13,3
Secundaria	24	53,3	Secundaria	31	68,9
			Superior	8	17,8
Residencia			Residencia		
Sangay	20	44,4	Sangay	20	44,4
Paquisha	6	13,3	Paquisha	4	8,9
Yutzu	3	6,7	Palora	2	4,4
Arapicos	12	26,7	Arapicos	12	26,7
Chup	1	2,2	Yutzu	3	6,7
Chinimpi	3	6,7	Chinimpi	4	8,9
Zona de residencia			Zona de residencia		
Rural	45	100	Rural	45	100
Estado civil			Estado civil		
Casado	28	62,2	Soltero	8	17,8
Viudo/a	17	37,8	Casado	27	60
			Separado	10	22,2
Ocupación			Ocupación		
Hogar	39	86,7	Hogar	34	75,6
Trabajador independiente	4	8,9	Trabajador independiente	6	13,3
Empleado	2	4,4	Empleado	5	11,1
Estrato económico			Estrato económico		

PACIENTE	FRECUENCIA	%	CUIDADOR	FRECUENCIA	%
Recibe de 1 a 2 SBU	18	40,0	Recibe de 1 a 2 SBU	6	13,3
Recibe de 2 a 3 SBU	23	51,1	Recibe de 2 a 3 SBU	35	77,8
Recibe al menos de 3 a 4 SBU	4	8,9	Recibe al menos de 3 a 4 SBU	4	8,9
Años con la enfermedad crónica			Cuida a la persona desde el momento de su diagnóstico		
6 meses a 3 años	2	4,4	SI	20	44,4
3 años 1 día a 6 años	4	8,9	NO	25	55,6
6 años 1 día a 9 años	11	24,4			
9 años 1 día a 12 años	14	31,1			
Más de 12 años	14	31,1			
Horas que requiere cuidado			Experiencia como cuidador		
3 a 5 horas	11	24,4	SI	4	8,8
5 a 8 horas	25	55,6	NO	41	91,2
8 a 10 horas	7	15,6			
Más de 10 horas	2	4,4			
PULSES			Presencia de enfermedad en el cuidador		
Baja disfunción	6	13,3	Ninguna	40	88,9
Mediana disfunción o dependencia	31	68,9	Diabetes E14	3	6,7
Alta dependencia de cuidador	8	1,8	HTA I10	2	4,4
Quien es su cuidador			Es único cuidador		
Hijo/a	38	84,4	SI	33	73,3
Esposo/a	4	8,9	Otros: hermanos	10	22,2
Otros: nuera	3	6,7	Otros: hijos	2	4,4
Percepción de carga			Percepción de sobrecarga ZARIT		
Baja	4	8,9	No sobrecarga	23	51,1
Moderada	26	57,8	Sobrecarga leve	17	37,8
Alta	13	28,9	Sobrecarga moderada	5	11,1
Muy alta	2	4,4			

Para el presente estudio se incluyeron 45 cuidadores, con un tiempo de dedicación a la actividad del cuidado de su familiar de 6 meses en adelante. En el análisis de las variables sociodemográficas pudo identificarse que en su mayoría fueron mujeres (77,8%, f=35), destacan dos rangos de edad de adulto joven 18 a 35 años (48,9%, f=22) y adulto maduro 36 a 64 años (46,7%, f=21), casadas, que se encargan del hogar (75,6%, f=34), predomina el nivel de instrucción secundaria (68,9% f=31) y que en su relación de cuidado es mamá/papá (84,4% f=34).

En cuanto a los pacientes adultos mayores con enfermedad crónica la mayoría correspondía al género femenino (60%, f=27), con un rango de edad de entre los 72 a 90 años (64,4%, f=29), los pacientes llevaban con enfermedad crónica de 6 años en adelante (56,6%, f=39), la dependencia de un cuidador era en mayor proporción mediana (68,9%, f=31), en cuanto a las horas requeridas para el cuidado fueron entre 5 a horas (55,6%, f=25).

Tabla 3. Variable adopción del rol

ADOPCIÓN DEL ROL N=45	PUNTAJE MÍNIMO	PUNTAJE MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Respuesta ante el rol	17	30	23,73	2,767
Organización del rol	18	30	24,67	2,629
Ejecución del rol	20	30	24,80	2,332
Total	55	90	73,18	6,199

En cuanto a la adopción del rol, variable que mide la capacidad de un cuidador para realizar esa actividad, la puntuación media observada en los tres aspectos de ese proceso no alcanza el puntaje máximo de 30, establecido en el instrumento validado por Carreño identificado como rango superior. Resultados que pudieran estar relacionados con que los cuidadores que conforman la población de estudio se ubican en la clasificación de cuidadores secundarios o informales; individuos que adolecen de una preparación previa para la tarea de cuidar.

Tabla 4. Patrones de variables clínicas según puntajes identificados en la población de estudio

VARIABLES CLÍNICAS	PUNTAJE		MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
	MÍNIMO	MÁXIMO		
Ansiedad	9	15	11,98	1,658
Depresión	4	12	7,18	2,348
Soledad	20	40	29,44	4,294

En relación con las variables ansiedad, soledad y depresión se identificó un valor relevante, con puntajes para la ansiedad (11,98), resultado que se aproxima al rango máximo permitido para esa categoría. En el caso del parámetro depresión (7,18) este apenas sobre pasa la media;

mientras que la variable soledad (29,44) fluctúa entre los límites inferior y superior. Respuestas que influyen en la adecuada adopción del rol.⁽⁵⁴⁾

Tabla 5. Categorías que miden subordinación e interdependencia entre las variables clínicas en estudio

ADOPCIÓN DEL ROL	FRECUENCIA	%
Adopción insuficiente del rol	2	4,4
Adopción básica del rol	34	75,6
Adopción satisfactoria del rol	9	20,0
ANSIEDAD	FRECUENCIA	%
Puntaje normal	0	0
Puntaje dudoso	11	24,4
Clínicamente significativo	34	75,6
DEPRESIÓN	FRECUENCIA	%
Puntaje normal	27	60
Puntaje dudoso	13	28,9
Clínicamente significativo	5	11,1
SOLEDAD	FRECUENCIA	%
Ausencia o grado ligero de soledad	26	57,8
Grado moderado de soledad	19	42,2
Grado severo de soledad	0	0

Las variables de estudio: adopción del rol, ansiedad, depresión y soledad de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica, se expresan de acuerdo a la forma en que estas fueron medidas empleando el instrumento validado por Carreño y Chaparro,⁽¹²⁾ las que clasificaron los niveles según puntajes. Predominó la adopción básica del rol (75,6 %, f=34), con niveles clínicamente significativos de ansiedad (75,6%, f=34). En cuanto a depresión, más de 50 % de los consultados alcanzaron puntajes normales (60 %, f=27); mientras que más de la mitad de la población (57,8 %, f=26) refirió ausencia o grado ligero de soledad.

DISCUSIÓN

En el contexto de la investigación sobre ansiedad, depresión y soledad en cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica no transmisible, resulta fundamental abordar aspectos clave que pueden influir notablemente en el bienestar del cuidador informal; elemento que puede tener repercusiones en la tarea del cuidado.

Con relación a las variables sociodemográficas, la mayoría de los cuidadores correspondieron al género femenino, con un rango de edad de adulto joven (entre 18 y 35 años), nivel de instrucción secundaria y de estado civil casadas. En consonancia con lo observado, Chaparro-Carreño et. al, Aldana y Ruiz, reportan resultados similares; los que plantean que esto pueden deberse a que desde la antigüedad, el cuidado es una actividad atribuida a las mujeres^(12,15,18). Al decir de autores como Arias et al. y García et al. en muchas ocasiones esta es una actividad que se atribuye principalmente a las mujeres, o es derivada de la responsabilidad familiar^(65,66). Sin embargo, es esencial reconocer su importancia más allá de géneros y destacar su contribución integral a la sociedad.

En contraposición a lo registrado en la literatura especializada hasta la fecha, se ha observado un aumento en la incorporación de las mujeres a la vida laboral; elemento que, aunque genera cambios en la estructura de los roles en la familia contemporánea, la figura femenina sigue representado un papel determinante en el rol del cuidado informal. Coincidentemente con los resultados del estudio que se presenta, otros autores también refieren que generalmente, las personas que brindan este tipo de cuidado tienen una mediana edad, bajo nivel de estudios y mantienen una relación familiar directa con el paciente, siendo en su mayoría hijas o cónyuges.^(12, 15, 18, 67)

Predominó la ocupación de actividades del hogar, el desempeño de ser cuidador único, sin reemplazo ni experiencia para el ejercicio del cuidado informal; datos que concuerdan con lo observado por Martínez y por Chaparro Diaz et, al. autores que igualmente observaron que la responsabilidad del cuidado recae en un único individuo sin preparación previa ni apoyo externo^(12,68). Estos resultados reflejan la función de cuidador principal pueden generar una carga física y emocional significativa en la persona encargada del cuidado informal, lo que resalta la importancia de brindar recursos y programas de apoyo para mitigar estos efectos negativos.

Es esencial considerar las implicaciones de estos hallazgos en el diseño de políticas de salud y programas de intervención. La identificación de patrones comunes en diferentes estudios refuerza la necesidad de desarrollar estrategias específicas dirigidas a capacitar a los cuidadores informales, ofrecerles herramientas para manejar el estrés y brindarles acceso a redes de apoyo y servicios de respiro. Esta es una forma de contribuir a mejorar la calidad de vida tanto de quienes reciben el cuidado como de quienes lo proporcionan, promoviendo un equilibrio saludable en la dinámica de la diada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica.

La interpretación de estos resultados puede derivarse de la naturaleza de las enfermedades crónicas; las cuales, al ser afecciones de largo plazo sin una solución definitiva, demandan un aumento constante en los niveles de cuidado a medida que avanzan. Esta exigencia de atención sostenida a la enfermedad puede llevar a que los cuidadores informales releguen sus propias responsabilidades laborales, sociales e incluso de autocuidado, generando un detrimento de su propia salud.^(72,73,74)

Adicionalmente, los cuidadores informales se encuentran con la responsabilidad de proporcionar asistencia y atención para satisfacer tanto las necesidades básicas como las tareas cotidianas de la persona dependiente. Este rol asumido por el cuidador a menudo carece de formación técnica previa, lo que resulta en una actividad impuesta más que una elección de consciente. La falta de preparación adecuada puede añadir presión adicional al cuidador, agravando la carga física y emocional que conlleva el cuidado informal.^(69,70,71)

La realidad es que, en muchos casos, los cuidadores informales se ven enfrentados a una situación para la cual no están equipados, lo que puede llevar a un deterioro de su bienestar mientras luchan por cumplir con las demandas del rol. Es evidente que se requiere una atención renovada hacia el apoyo y la capacitación de estos cuidadores, proporcionándoles herramientas para manejar el estrés, ofreciendo oportunidades de capacitación y estableciendo redes de apoyo sólidas. El abordaje de estas necesidades, requiere trabajar hacia la creación de un entorno sostenible y saludable tanto para quienes brindan el cuidado como para quienes lo reciben.^(69, 70, 71)

La observación en contextos clínicos y la investigación empírica temprana han revelado que asumir el rol de cuidador puede generar niveles significativos de estrés y sobre carga del rol del cuidador. El cuidado al paciente crónico presenta todas las características distintivas de una experiencia de estrés crónico, actividad que genera tensión psicológica prolongada y agotamiento físico, lo que se acompaña de elevados niveles de imprevisibilidad y falta de control; debido a que, en muchas ocasiones, la evolución de un paciente crónico se comporta como una variable aleatoria, sobre la cual el cuidador no tiene ningún control.

Lo descrito coincide con los resultados comunicados por Vitaliano, quien desde hace más de 20 años declaró mediante un metaanálisis que, la sobre carga del rol del cuidador es peligroso para la salud física; debido, entre otras causas, a que la adopción del rol de cuidador familiar es un proceso crónico, estresante, con consecuencias potencialmente negativas para la salud individual del prestador de este tipo de servicios.⁽⁷²⁾

En consonancia con lo descrito, autores como Schulz plantean que la integración del cuidador familiar o informal a la actividad del cuidado del paciente con enfermedad crónica, requiere de aprendizajes que le permitan desarrollar acciones planificadas, mejorar la comprensión de los diferentes tipos de experiencias de cuidado y sus modular sus impactos para evitar efectos negativos sobre su salud.⁽⁷⁰⁾

En opinión de la autora de la investigación que se presenta, lo explicado permite comprender que brindar ayuda que no produzca mejorías en el estado de salud del paciente receptor del cuidado, puede dar lugar al desarrollo de sentimientos de frustración, resignación y tener consecuencias adversas para la salud del cuidador.

Los resultados observados en la presente investigación confirman la presencia de ansiedad, soledad y depresión en los cuidadores informales incluidos en el estudio, variables que interfieren en la adecuada adopción del rol del cuidador al paciente adulto mayor con enfermedad crónica. En este conjunto de manifestaciones, la ansiedad ocupó niveles clínicamente significativos, factor que se comporta de forma negativo para la adopción del rol.

Al respecto diversos estudios precisan el vínculo entre estas variables y la disminución de la calidad del cuidado informal. Así también, se relacionan a la aparición de daños a la salud física y psicológica.^(14,15,41,68) Los cuidadores al desempeñar un rol fundamental en la vida de quienes atienden, a menudo enfrentan desafíos emocionales que merecen una atención especial, en este sentido, analizar el vínculo entre estos factores en aquellos individuos que asumen la responsabilidad de cuidar a otros resulta indispensable.

El alcance progresivo de aptitudes para el adecuado desempeño del rol del cuidador principalmente se relaciona con el logro de competencias para desarrollar esta actividad por el prestador de este tipo de servicios y con el comportamiento del paciente. Este última determinada por la adopción de conductas generadoras de salud por el enfermo, partiendo de la necesidad de comprender que para el mantenimiento de la categoría salud, el enfermo debe aprender a desarrollar mecanismos de autocuidado, mediante la adopción de prácticas saludables y la adaptación a su condición clínica.

Cuando lo descrito no se logra, los cuidadores experimentan sentimientos de incapacidad para defender las necesidades del paciente; lo cual ha sido demostrado por investigaciones anteriores, las que indican que aprender a cuidar y a comunicarse de forma efectiva son elementos trascendentales para robustecer la relación entre el enfermo y su cuidador; al involucrar a ambos en el ejercicio del cuidado.^(12,14,15,41,68)

Cuidar a un miembro de la familia con enfermedad crónica generalmente resulta ser un proceso con posibles consecuencias negativas para la salud física del cuidador, resultado observado en la investigación que se presenta y documentado por varios estudios.^(12,14,15,41,68)

Para contribuir a la mitigación de esta realidad, la autora de la investigación que se presenta propone acciones educativas de enfermería dirigidas al fomento del cuidado transicional, en los componentes de clarificación, ensayo y modelación del rol del cuidador, desde una perspectiva salubrista; diseño que toma como base el marco teórico referencial propuesto por Carreño y Chaparro⁽¹²⁾ investigadoras que confirman que la diada está dada por sujetos del cuidado y reconocen la necesidad de fortalecer a la relación entre sus miembros.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se determinó el vínculo entre la ansiedad, depresión y soledad con la adopción del rol del cuidador de adultos mayores con ECNT, atendidos en el Centro de Salud Sangay del cantón Palora en Ecuador, identificándose un enlace de subordinación e interdependencia entre los componentes de estos constructos, resultado que realza la complejidad sistémica de este proceso; con predominio de la primera de estas variables clínicas.
- La adopción del rol del cuidador es asumida por mujeres adultas jóvenes, las que de forma mayoritaria son amas de casa, con nivel de escolaridad secundaria, en condición de único cuidador del paciente con ECNT.
- Se construyó una propuesta de acciones educativas de enfermería dirigidas al fomento del cuidado transicional, en sus componentes de clarificación, ensayo y modelación del rol del cuidador; como vía para contribuir a la solución del problema de investigación identificado desde una perspectiva salubrista. Entre las principales temáticas que conforman este instrumento se encuentra el abordaje de los aspectos relacionados con el conocimiento de la enfermedad del paciente; así como del bienestar emocional y psicológico del cuidador, enseñanza de técnicas de manejo del estrés, fomento del autocuidado y la creación de espacios de apoyo mutuo entre cuidadores.

RECOMENDACIONES

- Implementar la propuesta de acciones diseñada, como parte de las estrategias de promoción y prevención que desarrollan los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS) que laboran en las unidades operativas de primer nivel del Sistema Nacional de Salud en Ecuador; recurso que puede contribuir a mejorar la adopción del rol del cuidador primario de pacientes con ECNT, y consigo disminuir enfermedades asociadas a la sobrecarga de esta actividad.
- Fomentar la importancia del autocuidado entre los cuidadores, brindándoles herramientas para priorizar su bienestar mientras desempeñan ese rol, realizando el respectivo seguimiento a través de visitas domiciliarias.
- Incorporar, como parte de las visitas domiciliarias a pacientes con ECNT, el seguimiento a sus cuidadores; recurso de promoción de salud centrado en la importancia del autocuidado, el fomento de aprendizajes para una adecuada adopción del rol del cuidador y la prevención de enfermedades.

CAPÍTULO VI. PROPUESTA DE ACCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA DIRIGIDAS AL FOMENTO DEL CUIDADO TRANSICIONAL, EN LOS COMPONENTES DE CLARIFICACIÓN, ENSAYO Y MODELACIÓN DEL ROL DEL CUIDADOR, DESDE UNA PERSPECTIVA SALUBRISTA

COMPONENTE DE CLARIFICACIÓN DEL ROL DEL CUIDADOR

El rol de cuidador puede ser aprendido por clarificación, instrucción, interacción o incluso aprenderlo viendo a otros cuidadores en su desempeño, dentro de la clarificación se identifican dos momentos el primero que aborda el conocimiento del proceso enfermedad y el segundo en el que el cuidador se identifica como tal, en su proceso de cambio del rol.⁽⁷³⁾

Conocimiento proceso – enfermedad

Previo a la clarificación es fundamental reconocer el acervo de información adquirida hasta el momento y diseñar enfoques concretos para fortalecer o reorientar dicho conocimiento. Estas tácticas pueden incluir la revisión crítica de recursos existentes y la búsqueda de fuentes complementarias, así como la interacción activa con expertos para abordar posibles lagunas y asegurar un entendimiento sólido antes de proceder con cualquier proceso de clarificación, caracterizado por:^(73,74,75)

- Relación de confianza.
- Determinación de las necesidades de aprendizaje.
- Valoración del nivel de conocimientos y comprensión de contenidos.

Contenidos	Nivel de conocimiento				
	Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3	Sustancial 4	Extenso 5
Fisiopatología					
Régimen terapéutico (dieta)					
Régimen terapéutico (actividad física)					
Régimen terapéutico (tratamiento farmacológico)					
Prevención de complicaciones					

Contenidos	Nivel de conocimiento				
	Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3	Sustancial 4	Extenso 5
Signos de alarma					

Una vez identificada la necesidad de clarificación, los conocimientos a impartir deben ser dosificados o planificados en algunos encuentros (2 a 3 meses), los que serán guiados por el profesional de enfermería, de modo que el cuidador no se sature de información en un solo encuentro.^(73,74,75)

Primera sesión (2 encuentros durante el primer mes)

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad crónica del paciente.
- Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad.

Segunda sesión (1 encuentro durante el segundo mes)

- Identificar y explicar el régimen terapéutico prescrito del paciente (dieta, actividad física, tratamiento farmacológico).

Tercera sesión (1 encuentro durante el segundo mes)

- Instruir sobre las medidas para prevenir o minimizar las posibles complicaciones.

Identificación del cuidador en su rol (3 encuentros durante el tercer mes)

La clarificación en la identidad del rol del cuidador es realizada con la finalidad de evitar sentimientos de conflictos internos y frustración relacionados con el cambio y adaptación a su nuevo rol:^(73,74,75,76,77)

- Ayudar al cuidador a identificar las conductas necesarias para el desempeño del rol:

CONDUCTA PARA DESARROLLAR POR EL CUIDADOR	CONCEPTUALIZACIÓN	ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA CONDUCTA
Autonomía ^(73,75,76)	Capacidad del cuidador para tomar decisiones informadas y ejercer control sobre sus propias acciones y responsabilidades en el proceso de cuidado. Implica empoderamiento y autorregulación, permitiendo al cuidador equilibrar sus propias necesidades con las demandas de la atención al paciente, promoviendo así un bienestar integral tanto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener una actitud y pensamiento positivo. 2. Comprender al cuidado como una etapa de constante aprendizaje, evitar desanimarse ante algún error. 3. ¡Felicítate! ante los pequeños progresos. 4. Analizar las cualidades y defectos como persona. 5. Evitar comparaciones sobre la evolución del cuidado. 6. Autoconfianza valorando su potencial.

CONDUCTA PARA DESARROLLAR POR EL CUIDADOR	CONCEPTUALIZACIÓN	ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA CONDUCTA
	para el cuidador como para la persona bajo su cuidado.	
Realización de cuidados ^(73,75,76)	Conjunto de acciones, decisiones y compromisos que un individuo asume en el rol de proveer atención, apoyo y asistencia a una persona en situación de vulnerabilidad, ya sea debido a enfermedad, discapacidad o dependencia. Esta realización de cuidados abarca desde tareas prácticas y médicas hasta el respaldo emocional y la coordinación logística. Está guiada por el propósito de mejorar la calidad de vida del receptor de cuidados, manteniendo al mismo tiempo el bienestar y la salud del propio cuidador.	<p>1. Identificar el grado de dependencia de su familiar.</p> <p>a. ¿Mi familiar necesita ayuda con las actividades básicas de la vida diaria ABVD?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bañarse ▪ Vestirse ▪ Alimentarse ▪ Movilizarse ▪ Controlar esfínteres ▪ Arreglo personal <p>b. ¿Mi familiar necesita ayuda con las actividades instrumentales de la vida diaria AIVD?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cocinar ▪ Limpiar ▪ Tomar medicamentos ▪ Usar transportes públicos ▪ Utilizar escaleras <p>2. Clasificar la funcionalidad de la persona que requiere cuidado.</p> <p>Funcional o independiente: Tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.</p> <p>Inicialmente dependiente: La persona requiere de cierta ayuda externa, en especial para las AIVD.</p> <p>Parcialmente dependiente: el individuo necesita ayuda constante en varias de las ABVD, pero aún conserva cierta función.</p> <p>Dependiente funcional: Requiere de ayuda para la mayor parte de las ABVD y necesita que alguien le cuide todo el tiempo.</p>

CONDUCTA PARA DESARROLLAR POR EL CUIDADOR	CONCEPTUALIZACIÓN	ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA CONDUCTA
		<p>3. Fomentar las tareas de autocuidado en su familiar, reconociendo sus limitaciones.</p> <p>4. Planificar el tiempo para el cuidado considerando las necesidades del paciente.</p>
<p>Apoyo cultural^(73,75,78,79)</p>	<p>Comprende la provisión de recursos, comprensión y herramientas adaptadas a las creencias, valores y contextos culturales específicos del cuidador. Este tipo de apoyo reconoce la importancia de considerar y respetar las prácticas y tradiciones culturales del cuidador, y busca facilitar su capacidad para brindar cuidado de manera coherente y sensible a las necesidades tanto del receptor de cuidados como de su propia identidad cultural.</p>	<p>1. Educación Cultural Sensible: Brindar capacitación y formación al cuidador sobre el enfoque intercultural que pueden encontrarse en el entorno de cuidado (comunidad tradicional del paciente, sus recursos y sus redes de apoyo).</p> <p>2. Comunicación Abierta: Fomentar un ambiente de diálogo donde el cuidador y la persona bajo su atención puedan discutir sus valores culturales y expectativas. Esto ayudará a identificar posibles puntos de conflicto y encontrar soluciones que respeten la diversidad cultural.</p> <p>3. Colaboración Multidisciplinaria: Involucrar a profesionales de la salud y otros expertos con enfoque cultural en el plan de cuidado, esto promoverá un cuidado holístico.</p> <p>4. Recursos Culturales Específicos: Proporcionar recursos escritos, materiales audiovisuales y otros materiales educativos que aborden la condición del paciente, la relación entre la cultura y el cuidado.</p> <p>5. Apoyo comunitario: Conectar al cuidador con grupos y organizaciones culturales de la</p>

CONDUCTA PARA DESARROLLAR POR EL CUIDADOR	CONCEPTUALIZACIÓN	ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA CONDUCTA
		<p>comunidad (curanderos, sanadores, yachak) que puedan brindar orientación y apoyo. Estos grupos pueden ofrecer información cultural relevante y un espacio para compartir experiencias y soluciones en torno al cuidado.</p> <p>6. Flexibilidad en el plan de cuidado: Adaptar el plan de cuidado a las preferencias y creencias culturales del paciente y el cuidador. Esto puede incluir ajustes en la dieta, prácticas religiosas y otras actividades importantes para la identidad cultural.</p> <p>7. Respeto y empatía: Reconocer y validar las perspectivas culturales del cuidador y del paciente contribuirá a fortalecer la relación y mejorar la calidad del cuidado.</p> <p>8. Evaluación constante: Revisar periódicamente la efectividad del apoyo cultural implementado y realizar ajustes según sea necesario. La retroalimentación del cuidador y del paciente puede guiar la mejora continua de las estrategias de apoyo cultural.</p>
Gestión de información (73,75,80,81,82)	Proceso de recopilar, organizar, discriminar y utilizar de manera efectiva la información relevante relacionada con el paciente bajo su cuidado (datos médicos, seguimiento, tratamiento e indicaciones específicas). Permite al cuidador tomar decisiones informadas y proporcionar	<p>1. Organización centralizada: Utilizar herramientas como agendas electrónicas, aplicaciones de salud y diarios de cuidado para centralizar y registrar la información médica, citas y observaciones importantes.</p> <p>2. Comunicación con el equipo Médico: Establece una comunicación fluida con los profesionales de la salud para</p>

CONDUCTA PARA DESARROLLAR POR EL CUIDADOR	CONCEPTUALIZACIÓN	ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA CONDUCTA
	<p>cuidado de calidad, garantizando una atención eficiente y adaptada a las necesidades cambiantes del paciente.</p>	<p>obtener información actualizada sobre el estado del paciente, cambios en el plan de tratamiento y recomendaciones médicas.</p> <p>3. Capacitación y Educación: Proporciona capacitación al cuidador sobre la enfermedad o condición del paciente, así como de la administración adecuada de medicamentos y tratamientos. Esto ayuda a que el cuidador tenga un conocimiento sólido para tomar decisiones informadas.</p> <p>4. Etiquetado y Archivado: Los documentos médicos, recetas y resultados de pruebas de manera ordenada para facilitar la búsqueda y referencia posterior.</p> <p>5. Uso de Tecnología: Fomentar el uso de aplicaciones móviles de salud y dispositivos electrónicos para monitorear la salud del paciente y recibir recordatorios de medicamentos y citas médicas.</p> <p>6. Registro Detallado: Animar al cuidador a mantener registros detallados de síntomas, cambios en la condición del paciente y reacciones a tratamientos. Esto puede ayudar a los profesionales de la salud a la toma de decisiones.</p> <p>7. Delegación Responsable: Si es posible, al delegar tareas específicas a otros cuidadores, como anotar medicamentos o llevar un registro de reacciones o síntomas.</p> <p>8. Actualización Continua: Asegura que el cuidador esté al tanto de cualquier cambio en el plan</p>

CONDUCTA PARA DESARROLLAR POR EL CUIDADOR	CONCEPTUALIZACIÓN	ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA CONDUCTA
		<p>de tratamiento o condición del paciente, para adaptar el cuidado de manera adecuada.</p> <p>9. Establecer Rutinas: Implementa rutinas para revisar y actualizar la información médica regularmente, lo que garantiza que el cuidador esté siempre al tanto de la evolución y situación actual del paciente.</p>
Liderazgo ^(69,73,75,83,84)	Se refiere a la habilidad y disposición del individuo encargado del cuidado para guiar y coordinar de manera efectiva las actividades del paciente. Implica asumir un papel proactivo al tomar decisiones informadas, organizar tareas, comunicarse con el equipo médico y brindar orientación a otros miembros del equipo de cuidado.	<p>1. Educación y Conocimiento: Proporcionar al cuidador información detallada de la condición médica del paciente, tratamientos, posibles complicaciones y cómo manejar situaciones de emergencia. Un conocimiento sólido inspira confianza y facilita la toma de decisiones informadas.</p> <p>2. Comunicación Efectiva: Fomenta una comunicación abierta y transparente con el equipo médico, otros cuidadores y miembros de la familia. Una comunicación clara y constante garantiza que todos estén alineados en los objetivos y necesidades del paciente.</p> <p>3. Planificación y Organización: Ayudar al cuidador a establecer un plan de cuidado detallado que incluya horarios para medicamentos, citas médicas, terapias y otras actividades relevantes. Una planificación sólida minimiza la confusión y el estrés.</p> <p>4. Delegación y Colaboración: Compartir las responsabilidades del cuidado reduce la carga, previene el</p>

CONDUCTA PARA DESARROLLAR POR EL CUIDADOR	CONCEPTUALIZACIÓN	ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA CONDUCTA
		<p>síndrome de <i>Burnout</i> y permite un enfoque más efectivo.</p> <p>5. Empoderamiento Personal: Fomentar la confianza del cuidador en su capacidad para tomar decisiones y liderar el cuidado.</p> <p>6. Resolución de Problemas: Capacitar al cuidador en la identificación y solución de problemas relacionados con el cuidado.</p> <p>7. Autocuidado: Enseña al cuidador la importancia de cuidarse a sí mismo para poder cuidar a otros. Establecer límites y atender sus propias necesidades mejora su capacidad de liderar eficazmente.</p> <p>8. Reconocimiento y Apoyo: Valorar y reconoce el esfuerzo y liderazgo del cuidador. Proporciona apoyo emocional y recursos para ayudar a mantener una mentalidad positiva y un enfoque centrado en el paciente.</p>
<p>Apoyo psicológico (70,72,73,82,83)</p>	<p>Se refiere a la atención y asistencia dirigidas a mantener y mejorar el bienestar emocional y mental del individuo encargado del cuidado. Implica la provisión de recursos, orientación y escucha empática para ayudar al cuidador a enfrentar el estrés, la ansiedad, la fatiga y otras emociones relacionadas con su rol. Este tipo de apoyo busca fortalecer la resiliencia del cuidador,</p>	<p>1. Apoyo Psicológico: La gestión de información puede llegar a ser abrumadora, por tanto, el apoyo emocional al cuidador ayudará a lidiar con el estrés y la carga que esta tarea conlleva.</p> <p>2. Gestión del Estrés: Proporcionar técnicas de manejo del estrés, como la meditación, el ejercicio y la búsqueda de apoyo emocional. Un cuidador resiliente lidera mejor cuando está emocionalmente saludable.</p> <p>3. Ejercicio y Actividad Física: Promover la actividad física regular, como un impacto positivo</p>

CONDUCTA PARA DESARROLLAR POR EL CUIDADOR	CONCEPTUALIZACIÓN	ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA CONDUCTA
	brindarle herramientas para manejar los desafíos emocionales y promover un equilibrio entre sus propias necesidades y las del paciente bajo su cuidado.	<p>en el estado de ánimo y reducir el estrés.</p> <p>4. Tiempo Libre: Ayuda al cuidador a programar momentos de desconexión, ya sea para leer, ver una película, o hacer una actividad que disfrute.</p> <p>5. Flexibilidad y Perdón: Ayudar al cuidador a entender que no es perfecto y que está bien cometer errores. Fomentar una mentalidad de aprendizaje y autocompasión.</p> <p>6. Planificación de Descansos: Ayuda a organizar descansos regulares, ya sea a través de amigos, familiares o respiros profesionales, para permitir que el cuidador recargue energías.</p> <p>7. Grupos de Apoyo: Conecta al cuidador con grupos de apoyo en línea o presenciales donde pueda interactuar con otras personas que enfrentan desafíos similares. Esto brinda un espacio para compartir experiencias y consejos.</p>
Apoyo de las relaciones ^(73,75,76,87)	Se refiere al respaldo emocional, comunicativo y práctico proporcionado a aquellos que desempeñan el rol de cuidador. Implica la creación de una red de apoyo que incluye familiares, amigos y profesionales de la salud, quienes ofrecen comprensión, ayuda en las tareas y un espacio para compartir experiencias. Este tipo de apoyo fortalece al cuidador, permitiéndole enfrentar los desafíos con	<p>1. Asignación de responsabilidades: Delegar tareas específicas a diferentes miembros de la familia. Esto puede incluir tareas prácticas, como compras o preparación de comidas, así como también brindar apoyo emocional.</p> <p>2. Planificación de Reuniones: Organizar reuniones regulares con la red de apoyo para mantenerlos informados sobre la situación del paciente y para discutir posibles ajustes en el plan de cuidado.</p> <p>3. Respaldo Emocional: Anima a los miembros de la red de apoyo a</p>

CONDUCTA PARA DESARROLLAR POR EL CUIDADOR	CONCEPTUALIZACIÓN	ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR LA CONDUCTA
	<p>más confianza y facilitando el equilibrio entre el cuidado y sus propias necesidades y relaciones personales.</p>	<p>ofrecer palabras de aliento, escucha activa y empatía al cuidador.</p> <p>4. Establecer Límites: Ayuda al cuidador a establecer límites claros con la red de apoyo para evitar el agotamiento. Comunicar cuándo necesita tiempo para él o para el paciente.</p> <p>5. Recursos de Apoyo: Proporciona recursos, como números de contacto de profesionales de la salud, grupos de apoyo y líneas de ayuda, para que la red de apoyo pueda acceder a ayuda adicional si es necesario.</p> <p>6. Agradecimiento y Reconocimiento: Expresa gratitud hacia los miembros de la red de apoyo por su ayuda y esfuerzo. Un simple agradecimiento puede fortalecer la conexión y motivación de la red.</p> <p>7. Revisión Regular: Realiza revisiones periódicas con la red de apoyo para evaluar el nivel de apoyo y hacer ajustes según sea necesario.</p> <p>8. Apoyo Profesional: Si es necesario, involucrar a trabajadores sociales u otras instituciones para ayudar a mediar en situaciones de conflicto o para brindar orientación adicional a la red de apoyo.</p>

- Ayudar al cuidador a identificar estrategias positivas para la transición del rol.
 - Organización y planificación de cuidados.
 - Prevención de impactos negativos hacia su salud física y mental.
 - Aprendizaje continuo.
 - Apertura al cambio.
 - Ejecución óptima del rol.

- Definir metas a corto y largo plazo para facilitar la adaptación de roles con el objetivo de disminuir factores que puedan afectar negativamente la vida y las relaciones del cuidador.^(73,75,88-90)

METAS A CORTO PLAZO	METAS A LARGO PLAZO
<p>1. Establecer una rutina de autocuidado diario: Planificar entre semana 20 minutos al día para hacer ejercicio, practicar la meditación o realizar alguna actividad relajante para cuidar su propio bienestar emocional y físico.</p> <p>2. Estructurar el horario: Planificar un horario detallado que incluya momentos específicos para el cuidado del paciente, tareas personales y momentos de descanso, para lograr un mejor equilibrio entre las diferentes actividades a desarrollar.</p> <p>3. Obtener capacitación profesional: En los próximos 2 meses, buscar oportunidades para el ensayo de cuidados, para adquirir habilidades especializadas que permitan brindar un cuidado completo y seguro.</p> <p>4. Buscar apoyo emocional: Asistir al menos a dos sesiones de un grupo de apoyo local para cuidadores, o atención psicológica para compartir experiencias y obtener consejos de otros en situaciones similares.</p> <p>5. Delegar una tarea semanal: Pedir a la red de apoyo que ayude a cuidar al paciente durante una tarde, permitiéndole tener tiempo libre para sí mismo.</p> <p>6. Aplicar técnicas para el manejo del estrés: Aprender herramientas efectivas para lidiar con la presión emocional.</p> <p>7. Establecer límites con las responsabilidades: Hablar con otros miembros de la familia para definir roles y responsabilidades claras en el cuidado del paciente, evitando la sobrecarga en una sola persona.</p> <p>8. Practicar la autocompasión: Ser amable consigo mismo y evitar la autocrítica excesiva cuando sienta que</p>	<p>1. Mejorar la comunicación familiar: Trabajar en establecer una comunicación abierta y efectiva con otros miembros de la familia involucrados en el cuidado, para compartir responsabilidades y apoyarse mutuamente.</p> <p>2. Promover el autocuidado constante: Mantener una rutina de autocuidado constante que incluya ejercicios regulares, momentos de relajación y tiempo para actividades personales que ayuden a mantener el bienestar del cuidador.</p> <p>3. Desarrollar una red de apoyo social: Construir una red sólida de apoyo que incluya amigos, grupos de cuidadores y recursos comunitarios, para poder compartir experiencias y obtener asistencia cuando sea necesario.</p> <p>4. Equilibrar el tiempo entre el cuidado y otras actividades: Establecer un equilibrio entre el rol de cuidador y sus propios intereses y relaciones personales, dedicando tiempo a actividades que me brinden satisfacción fuera del cuidado.</p> <p>5. Implementar técnicas de manejo del estrés: Incorporar de manera regular técnicas de manejo del estrés, como la meditación y la respiración profunda, para mantener el nivel de estrés bajo control y prevenir el agotamiento.</p> <p>6. Establecer límites: Aprender a establecer límites en las responsabilidades de cuidado, evitando la sobrecarga y asegurando que otros miembros de la familia también participen.</p> <p>7. Fomentar el crecimiento personal: Buscar oportunidades para la educación continua y crecimiento personal, participando en cursos, talleres o</p>

<p>existen situaciones que no puede solucionar.</p> <p>9. Establecer objetivos pequeños y concretos: Alcanzar al menos tres pequeñas metas personales, como leer un libro, hacer ejercicio o dedicar tiempo a una actividad que disfrute.</p>	<p>actividades que mantengan una perspectiva enriquecedora.</p> <p>8. Promover la conexión con el paciente: Trabajar en construir una relación profunda y significativa con la persona bajo el cuidado, asegurando un vínculo ético, con bases en el respeto a los pares.</p> <p>9. Planificar para el futuro: Desarrollar un plan a largo plazo que aborde la evolución de las necesidades de cuidado, incluyendo la posibilidad de servicios profesionales y ajustes en la atención.</p>
--	--

COMPONENTE DE ENSAYO DEL ROL DEL CUIDADOR

El ensayo del rol aborda la práctica del cuidado como tal, el mismo puede aprenderse en simulaciones, o en los escenarios en el domicilio, en el que el personal de enfermería deberá plantear situaciones reales de las actividades a las que el cuidador se verá enfrentado en el hogar como herramienta para prepararlo.^(73,74)

- Administración de medicamentos prescritos.

Medicamentos	Dosis	Horario	Precauciones	Interacciones medicamentosas	Efectos adversos
Medicamento 1	Determinada en unidades fáciles de comprender por el cuidador.	Planificado acorde con la alimentación, hora sueño y posibles efectos adversos.	Antes y/o después de tomar el medicamento.	Evitar el consumo concomitante con productos naturales sin registro sanitario ni prescripción facultativa, alimentos específicos u otros fármacos o productos que puedan modificar la acción terapéutica.	Identificar signos y síntomas de reacciones adversas.
Medicamento 2					

Medicamento n..					
--------------------	--	--	--	--	--

- Actividades de rescate antes posibles efectos adversos, o complicaciones de la enfermedad.
 - Técnicas básicas de resucitación BLS
 - Primeros auxilios
- Identificar situaciones de emergencia.
 - Signos de alarma
 - Alteración de los parámetros normales de los signos vitales (frecuencia cardiaca, temperatura, presión arterial, saturación, respiración)
 - Alteraciones en las funciones vitales básicas (dificultad respiratoria, mareo, somnolencia, agitación motora, visión borrosa, sudoraciones, pérdida de la estabilidad)
- Cuidados de prevención de caídas.
 - Uso de bastón.
 - Colocación de señalética.
 - Identificación de barreras arquitectónicas.
 - Iluminación del ambiente.
- Cuidados de prevención de lesiones por presión.
 - Hidratación y vigilancia de la piel.
 - Cambios de posición.
 - Disminución de factores de riesgo.
 - Uso de medidas y dispositivos para el alivio de presión.

COMPONENTE DE MODELACIÓN DEL ROL DEL CUIDADOR

El componente de modelación del rol se basa en la interacción con el entorno (individuo objeto de cuidado, familia, equipo de salud, otros cuidadores) con el fin de garantizar la consolidación del conocimiento y disponibilidad de este para la ejecución y desempeño del rol. ^(73.74)

- Servir como modelo de rol para aprender nuevas conductas
- Facilitar interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de nuevos roles.
- Fomentar el apoyo de la familia para la toma de decisiones del cuidador principal.
- Promover una red social de cuidadores como soporte colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lalonde MA. New perspective on the health of Canadians. Ottawa. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare 1974.
2. OMS. Enfermedades no transmisibles. Organización mundial de la salud [Internet]. 2021 [citado 28 junio 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
3. Rodríguez G. El papel de la enfermera ante los trastornos de ansiedad y depresión en familiares a cargo de personas con enfermedad crónica. Repositorio digital [Internet]. 2018 [citado 28 junio 2022] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/37112/TFG-H1678.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
4. Rita S. Más allá de la COVID-19: lo que está matando en América Latina puede sorprenderte [Internet]. BID Mejorando Vidas. 2021 [citado el 30 de junio de 2022]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/enfermedades-no-transmisibles/>.
5. Global Burden of Disease (GBD). The Lancet: Latest global disease estimates reveal perfect storm of rising chronic diseases and public health failures fuelling COVID-19 pandemic [Internet]. IHME. 2020 [citado el 30 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.healthdata.org/gbd/2019>.
6. MSP. MSP promueve acciones para prevenir enfermedades crónicas en la población [Internet]. salud.gob.ec. 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-promueve-acciones-para-prevenir-enfermedades-cronicas-en-la-poblacion/>.
7. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. [citado el 9 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
8. Observatorio del Envejecimiento. Envejecimiento, enfermedades crónicas y factores de riesgo: una mirada en el tiempo [Internet]. 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2021/06/Reporte-Envejecimiento-enfermedades-cronicas-y-factores-de-riesgo.pdf>.
9. Dirección Población Adulta Mayor – Ministerio de Inclusión Económica y Social [Internet]. Gob.ec. [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
10. Peralta R, Rodríguez I, Manrique F, Chanduvi E. Autotrascendencia y enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores cesantes de una universidad peruana. Universidad de Zulia. Revista de Ciencias Sociales (Ve) [Internet]. 2020;26(3):259-71. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/280/28063519019/html/>.
11. Ramírez-Perdomo, C.A., Chacón Cuellar, E. & Romero Perdomo, A. Y. Enfrentar la dureza de la enfermedad crónica, retos de la diada: cuidador/persona cuidada Cultura de los Cuidados [Internet]. 2018 [citado el 30 de junio de 2022]; 22(52). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.04>.
12. Chaparro-Díaz, Lorena, Carreño-Moreno, Sonia. Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: Una herramienta para valorar la transición. Investigación Andina [Internet]. 2018;20(36):39-54. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239059788004>.

13. Moreno-Sandoval M. Autonegligencia, sobrevida y dependencia: repercusiones en el tratamiento de las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición* [Internet]. 2020 [citado 5 Jul 2022];30(2). Disponible en: <http://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1219>.
14. Velasco Ramírez JF, Grijalva MG, González Pedraza Avilés A. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Med Paliativa* [Internet]. 2015 [citado el 6 de julio de 2022];22(4):146-51. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-repercusiones-del-cuidar-necesidades-basicas-S1134248X1500021X>.
15. Aldana María Stella Campos de, Niño Erika Yurley Durán, Carvajal Raquel Rivera, Esteban Astrid Nathalia Páez, Gonzales Gloria Mabel Carrillo. Sobrecarga y apoyos en el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. *RevCuid* [Internet]. diciembre de 2019 [citado el 15 de julio de 2022]; 10(3): e649. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300202&lng=en.
16. División de Protección Social y Salud. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador [Internet]. Ecuador: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>.
17. Escalante Hernández H, Montoya Zapata CP, Arias-Rojas M. Adopción del rol y calidad de vida de cuidadores de pacientes oncológicos en Medellín, Colombia. *Av. enferm.* [Internet]. 22 de octubre de 2021 [citado 9 de julio de 2022];40(1). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/98705>.
18. Ruiz Valencia Luis Felipe, Gordillo Sierra Alisson Michelle, Galvis López Clara Rocío. Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. *Rev Cuid* [Internet]. 2019 Dec [citado 28 Junio 2022];10(3): e608. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300200&lng=en.
19. Tinoco J, Vaquero J, Puig M, Hidalgo M, Lluch M, Moreno M. Intervención enfermera “círculos de diálogo” para la disminución del nivel de sobrecarga de cuidadores de pacientes crónico complejos y con enfermedad crónica avanzada. *nure* [Internet]. 2020 [citado Junio 2022];18(111). Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/181221/1/711630.pdf>.
20. Torres X, Carreño S, Chaparro L. Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [online]. 2017;49(2)330-338.
21. Lozano A, Beltrán A. Aspectos relevantes para el diseño de un programa de capacitación dirigido al cuidador primario de pacientes crónicos [Internet]. [Colombia]: UNIVERSIDAD DEL ROSARIO; 2019. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/20368/LozanoZamora-AnaMaria-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

22. Zenteno A., Cid P., Saez K. Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2017 [citado 2022 Jul 10]; 14(3):146-154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300146&lng=es.
23. Dandicourt Thomas C. Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2019 [citado 10 Jul 2022];34(4) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2318>.
24. Concepto Definición. Definición»A»Salud»Adulto Mayor. [Internet]. 2020 [citado agosto 2022] Disponible en: <https://conceptodefinition.de/adulto-mayor/>.
25. ONU. Envejecimiento. Organización de la Naciones Unidas. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano. Un.org. [Internet]. 2019 [citado 2022 Sep]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>.
26. Reyes, R. ADULTO MAYOR SIGNIFICADO. *Adultomayorinteligente*. [Internet]. 2018 [citado 2022 Sep]. Disponible en: <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>.
27. OMS. Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas. Who.int. [Internet]. 2021 [citado 2022 Sep]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
28. Saraiva Aguiar Ricardo, Salmazo da Silva Henrique. Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. *Enferm. glob.* [Internet]. 2022 [citado 2022 Sep]; 21(65):545-589. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000100545&lng=es.
29. Cardona Arango Doris, Peláez Enrique. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: Oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2012 [citado el 15 de julio de 2022]; 28(2): 335-348. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000200015&lng=en.
30. Díaz-Rodríguez Y, García-Orihuela M. Impacto del envejecimiento sobre el estado nutricional, funcional y la polifarmacia en ancianos hospitalizados. *Universidad Médica Pinareña* [revista en Internet]. 2020 [citado 13 Jul 2022]; 17 (1) Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/525>.
31. Mansfaroll Rodríguez Marisina, Ramos Duharte Danay, Robinson Jay Fidel, Realín Hernández Nuria, Betancourt Gainza Gustavo. Manejo integral del envejecimiento poblacional desde la especialidad de Geriátrica. *Rev. inf. cient.* [Internet]. 2018 [citado 2022 Jul 13];97(2):324-333. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000200324&lng=es.
32. García M. Limitaciones del adulto mayor en su proceso de envejecimiento frente a los nuevos retos sociales en el Ecuador. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*. 2022 [citado Jul 2022];4(1):262-274.

- Disponible
en: <http://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/68/116>
33. Cruz Betancourt Anna, Martínez García Elizabeth, Lara Delgado Heber, Vargas Ramirez Liudmila, Pérez Pérez Abel. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. *ccm* [Internet]. 2015. [citado 2022 Jul];19(4):656-667. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000400006&lng=es.
 34. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019 [Internet]. *paho.org*. 2020 [citado julio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-12-2020-oms-revela-principales-causas-muerte-discapacidad-mundo-2000-2019>.
 35. INGER. Boletín Instituto Nacional de Geriátrica [Internet]. México; 2019. Disponible en: https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf.
 36. González-González, César Alfredo, Orozco-Rocha, Karina, Arias-Soto, Mireya Patricia, Carbajal-Santillán, María Gregoria, & Samper-Ternent, Rafael. (2018). Envejecimiento y mortalidad: condiciones de salud, económicas y familiares en el último año de vida de las personas mayores en México. *Papeles de población*, 24(97), 43-62. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.24>.
 37. Andrade Cepeda RMG. Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital. *enfermería* [Internet]. 2010;9(1):54-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37976/enfermeria.v9i1.97>.
 38. Diaz, M. El cuidador informal. *Medicina familiar. Zonahospitalaria* [Internet]. 2016. Disponible en: <https://zonahospitalaria.com/el-cuidador-informal/>
 39. Cantillo Manoli, Lleopart Teresa, Ezquerra Sandra. El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. *Enferm. glob.* [Internet]. 2018 [citado 2022 Sep]; 17(50):515-541. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200515&lng=es.
 40. Isaí Hernández-Cantú E, Sayeg AK, Villegas-García VE, Pérez-Camacho J, De Familia Ansiedad C, Fatiga D. Anxiety, depression and fatigue in primary caregivers of hospitalized patients in a general hospital in Nuevo León, México Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México [Internet]. *Medigraphic.com*. 2017 [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173h.pdf>
 41. Paz-Rodriguez, F. Predictores de Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de Pacientes Neurológicos. *Rev. Ecuat. Neurol.* [Internet]. 2010 [citado Sep de 2022];19(1). Disponible en: http://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/predictores-de-ansiedad-y-depresion-en-cuidadores-primarios/
 42. Gallardo Solarte K, Ortiz Nieves VT, Giraldo Oliveros SA. Revisión Temática de Plan de egreso, otra competencia en enfermería. *Rev. UNIMAR* [Internet]. 18 de

- junio de 2018 [citado 6 de septiembre de 2022];36(1):137-4. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/unimar/article/view/1607>
43. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2022 Oct].
 44. Flórez Y., Sánchez R. Soledad, rumiación y estrés como precursores del bienestar subjetivo en las parejas de pacientes con cardiopatía. *Rev. Psicologiaysalud.* [Internet] 2022 [citado septiembre de 2022];32(1):81-91. Disponible en: <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2713>
 45. Lozano A, Beltrán A. Aspectos relevantes para el diseño de un programa de capacitación dirigido al cuidador primario de pacientes crónicos [Internet]. 2019 Colombia: Universidad del Rosario; [citado septiembre de 2022] Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/20368/LozanoZamora-AnaMaria-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 46. Callís-Fernández S, Guarton-Ortiz O, Cruz-Sánchez V, de-Armas-Ferrera A. Estados afectivos emocionales en adultos mayores solos en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2021 [citado Jun 2022];46(1) Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2491>.
 47. Martínez Pizarro Sandra. Síndrome del cuidador quemado. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2020 [citado 2022 Jun 28]; 13(1):97-100. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es.
 48. Mboundou Y., Semino L., Coronados Y., Ruiz D. Estados emocionales y carga del cuidador principal de pacientes discapacitados por ictus. *Rev. Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* [Internet]. 2018 [citado sep 2022];10(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2018/cfr183a.pdf>
 49. Espinosa Y., Pineda N. Caracterización de la salud mental en los cuidadores formales e informales de persona mayor. *Revisión documental.* [Internet]. 2020 [citado Sep 2022]. Disponible en: <https://ecr-dspace.metabiblioteca.com/bitstream/001/375/2/PROYECTO%20DE%20GRADO%20ESPINOSA-Y%2C%20PINEDA-N.pdf>
 50. Costa, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da et al. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, v. 73, n. Suppl 3 [Citado Sep 2022], e20200187. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>.
 51. Carrillo-Cervantes AL, Medina-Fernández IA, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L, Cortez-González LC, Medina-Fernández JA. Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol de cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica durante la covid-19. *Aquichan* [Internet]. 28 de julio de 2022 [citado Sep de 2022];22(3):e2234. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17503>
 52. Vega K, Vega K. Validación del Contenido de la Cartilla Educativa Plan Transicional Intervención Educativa CUIDEMOS en Paciente Cuidador con Patología Crónica no Transmisible en los Semestres A 2021 A 2022. *Repositorio Universidad de*

- Santander. [Internet]. junio 2022 [citado Sep de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/7162>
53. Carreño Moreno S. El cuidado transicional de enfermería aumenta la competencia en el rol del cuidador del niño con cáncer. *Psicooncología* [Internet]. 2017 [citado julio de 2022];13(2-3):321-32. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/PSIC.54439>.
 54. Ferreira, Bruna Alexandra da Silva et al. Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 28 Junio 2022];73(3) Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>.
 55. Canclini NG. ¿Qué será la interculturalidad? *Vibrant (Brasilia)* [Internet]. 2021 [citado el 14 de octubre de 2023];18:e18801. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/vb/a/qkmP7qZKNRxbBmJ4JhbNJF/?lang=es>
 56. Somoza JL, Miró CA. Características demográficas de América Latina: distribución general. 1964 [citado el 14 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7553>
 57. Red latinoamericana de Cuidado al Paciente Crónico y la Familia – Red CroniFam [Internet]. Riesweb.site. [citado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://riesweb.site/redes/redcronifam/>
 58. Chaparro-Díaz, Lorena & Sanchez, Beatriz & Carrillo, Gloria. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2014; 11:31-45.
 59. Rico, Javier & Restrepo–Forero, Martha & Molina, M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*. 2005; 3:73-86.
 60. Valdelamar Jiménez, A., Parra-Alfonso, A.M., Sánchez-Pedraza, R. y De La Hoz-Restrepo, F. Adaptación transcultural de la versión colombiana de la Escala de Soledad de UCLA en pacientes con diagnóstico de cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2022 [citado 28 Junio 2022];26(1): 97-110. Disponible en: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/764>.
 61. Chaparro-Díaz, Lorena. Validez y confiabilidad del Instrumento Adopción del Rol de cuidador de persona con Enfermedad Crónica “ROL”. 2018. [citado Julio 2022] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331969849_Validez_y_confiabilidad_del_Instrumento_Adopcion_del_Rol_de_cuidador_de_persona_con_Enfermedad_Cronica_ROL.
 62. Gobierno del Ecuador. Acuerdo No 00005 – 2022: Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS). Quinto Suplemento del Registro Oficial No.118, 2 de agosto 2022. [Internet]. Gob.ec. [citado julio de 2023]. Disponible en: <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/17082-quinto-suplemento-al-registro-oficial-no-118>

63. Gobierno del Ecuador. Acuerdo Ministerial 0015-2021. Reglamento para la aprobación, desarrollo, vigilancia y control de investigaciones observacionales y estudios de intervención en seres humanos. 2021. [Internet]. Gob.ec. [citado julio de 2023]. Disponible en: <https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/WIws38E73fDMe5k#pdfviewer>
64. Gobierno del Ecuador. Acuerdo Ministerial 0038-2022 "Reglamento para la aprobación, desarrollo, vigilancia y control de investigaciones observacionales y estudios de intervención en seres humanos", expedido con acuerdo ministerial no. 00015-2021 de 29 de octubre de 2021, publicado en el segundo suplemento del registro oficial no. 573 de 9 de noviembre de 2021. [Internet]. Gob.ec. [citado julio de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/02/AM-00038-2021-23-Dic-Reforma-Reglamento-observacionales.pdf>
65. Arias-Rojas Mauricio, Carreño Moreno Sonia, Sepúlveda García Aura, Romero Ballesteros Ingrith. Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos. Revista Cuidarte. 2021;12(2):e1248. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1248>.
66. Del Ángel-García JE, León Hernández RC, Méndez Santos G, Peñarrieta de Córdoba I, Flores-Barrios F. Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. Medunab [Internet]. 2020;23(2):233–41. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/719/71965089014/71965089014.pdf>
67. Peña A, Machado A, Mur T, Saiz M. Women are still the main caregivers of dependent patients. Aten Primaria [Internet]. 2018 [citado julio de 2023];50(1):66–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-las-mujeres-siguen-siendo-principales-S0212656717301555>
68. Martínez Pizarro, Sandra. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. Rev Enfermería. 2020;14(1):1-24. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1041>
69. Guato-Torres Patricia, Mendoza-Parra Sara. Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2022 Dic [citado 2023 Jul 29]; 11(2): e2917. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062022000201206&lng=es.
70. Schulz RD, Sherwood OR. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs. [Internet]. 2008 [citado el 29 de julio de 2023];108(9):23–27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791523/>
71. Keuning-Plantinga A, Roodbol P, van Munster BC, Finnema EN. Experiences of informal caregivers of people with dementia with nursing care in acute hospitals: A descriptive mixed-methods study. J Adv Nurs. [Internet]. 2021 [citado el 29 de julio de 2023];77(12):4887-4899. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9292992/>

72. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull.* [Internet]. 2003 [citado el 29 de julio de 2023];129(6):946-972. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14599289/>
73. Chaparro-Díaz, Carreño-Moreno. Cuidado al adulto con enfermedad crónica: principios para la práctica de enfermería. 2022. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
74. Butcher, H. Dochterman, J. M. Bulechek, G. Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC*. Madrid: Séptima Edición. ELVESIER.
75. Horntvedt M-ET, Nordsteien A, Fermann T, Severinsson E. Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC Med Educ* [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>
76. Hurtado Vega JC. Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana* [Internet]. 2021;29(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>
77. Mendes María Angélica, Almeida Lopes Monteiro da Cruz Diná de. La Teoría de los Roles en el Contexto de la Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2009 Dic [citado 2023 Jul 29]; 18(4): 258-262. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400010&lng=es.
78. Spector RE. La enfermería transcultural: pasado, presente, y futuro. *Cultura de los cuidados*. 2000;4(7-8):116-127.
79. Galvis Palacios Luisa Fernanda, López-Díaz Lucero, Velásquez G Vilma Florisa. Patrones culturales de cuidado familiar al adulto mayor en condición de discapacidad y pobreza. *Index Enferm* [Internet]. 2018 Sep [citado 2023 Ago];27(3): 170-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200013&lng=es.
80. Jijón Vásquez RJ, Blanco MR. Mejoramiento del cuidado de la salud de adultos mayores en una unidad de atención gerontológica. *Enferm Investiga Investig Vincul Docencia Gest* [Internet]. 2018;3(1, Mar):16–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.04>.
81. Campo Navarro M., Medina Quevedo P., Hernández Pedroza R., Correa Valenzuela S., Peralta Peña S., Rubí Vargas M. Grado de Sobrecarga y Caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado 2023 Ago]; 18(56): 57-78. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400003&lng=es.
82. Mena-Napoles E., Mena-La R., Vega-Fiol M., Córdova-Urgellés W., Pérez-Veriel S. Intervención educativa para la preparación de los cuidadores del adulto mayor. *Rev. inf. cient.* [Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Ago]; 101(2): e3546. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332022000200008&lng=es.

83. Ribot Horas A. Cuidando al cuidador: diseño, aplicación y evaluación del programa EMO CARE. Educación socioemocional destinada a familiares cuidadores de personas con trastorno mental. Universitat de Girona; 2017.
84. Logroño Varela Elena, Cercas Duque Adriana. Estudio de la motivación del cuidador principal de la persona dependiente. Ene. [Internet]. 2018 [citado 2023 Ago]; 12(1): 787. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100008&lng=es.
85. Guardiola Wanden-Berghe Rocío, Sanz-Valero Javier. Intervención psicológica en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad: revisión sistemática. Hosp. domic. [Internet]. 2021 [citado 2023 Ago]; 5(1): 43-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152021000100005&lng=es.
86. Martínez Debs Leyti, Lorenzo Ruiz Alexis, Llantá Abreu María del Carmen. Bienestar psicológico en cuidadores de pacientes con enfermedad oncológica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 2023 Ago]; 46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000200015&lng=es.
87. Ostertag Antezana, Frances N. (2014). Soporte social en el cuidador primario de una persona con alzheimer. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 12(1), 79-99. Recuperado en 15 de agosto de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612014000100005&lng=es&tlng=es.
88. Barbier Ibañez M., Moreno Barrio S., Sanz Urdiales S. Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia. 2011. Servicios Sociales Integrados.
89. Rojas-Picón Y, Montalvo-Prieto AA, Díaz-Gómez AA. Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos. Univ. Salud. 2018;20(2):131-138. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.117>
90. Díaz MDV. Las 4 fases de adaptación del cuidador [Internet]. SUPER CUIDADORES. [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://cuidadores.unir.net/informacion/cuidador/tienes-mas-vida/305-las-4-fases-de-adaptacion-del-cuidador>

ANEXOS

Aprobación uso de algoritmo UNAL



**Facultad de Enfermería
Grupo de Investigación
Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico**

AUTORIZACIÓN DE USO DE LOS INSTRUMENTOS: 1). INSTRUMENTO ADOPCIÓN DEL ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE CRÓNICO (ROL). 2017 2). Ficha de caracterización de la diada (persona con enfermedad crónica-Cuidador familiar) GCPC-UN-D. 3) Versión en español para Colombia del Instrumento Escala de Soledad UCLA (Autores originales: Russell et al. en 1980). 4) Versión en español para Colombia del Instrumento Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) (Autores originales: Zigmond y Snaith,1983).

No. GCEPC-169-2022

Este acuerdo, se establece el 04 de julio de 2022 y está vigente desde ese momento, se pacta entre Lorena Chaparro Díaz, Líder del grupo de Investigación Cuidado de enfermería al Paciente crónico del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en adelante **LOS PROVEEDORES**, quienes tienen su domicilio en la Carrera 30 No. 45-03, Edificio 228, oficina 305, Bogotá D.C., Colombia, por una parte, y por la otra Gabriela Elizabeth Damián Sinchiguano, Licenciada en enfermería de Universidad Nacional de Chimborazo, adelante **EL RECEPTOR**, quien tiene su domicilio y oficinas en Ecuador; con fines de colaboración profesional y autorización de uso de los instrumentos, «1). Instrumento Adopción del rol del Cuidador familiar del paciente crónico (ROL). 2017.; 2) Ficha de caracterización de la diada (persona con enfermedad crónica-Cuidador familiar) GCPC-UN-D.3) Versión en español para Colombia del Instrumento Escala de Soledad UCLA (Autores originales: Russell et al. en 1980). 4) Versión en español para Colombia del Instrumento Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) (Autores originales: Zigmond y Snaith,1983).» en adelante **EL MATERIAL**, instrumento conformado y validado por **LOS PROVEEDORES**.


Este acuerdo se establece como respuesta a la solicitud escrita planteada por la Universidad Nacional de Chimborazo, mediante aplicativo del 22 de enero de 2022 para que se facilite el uso y del **MATERIAL**, **LOS PROVEEDORES** aceptan satisfacer la petición siempre que se acepten y cumplan las siguientes condiciones:

1. Se autoriza el uso **EL MATERIAL** sólo en la cantidad de veinte (20) ejemplares, para la aplicación en las experiencias o actividades del proyecto «ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD Y ROL DEL CUIDADOR DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA ECUADOR». De ninguna manera se autoriza la reproducción y/o distribución indiscriminada de **EL MATERIAL**.
2. **EL MATERIAL** en la versión física en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, continúa siendo propiedad de **LOS PROVEEDORES**. **EL MATERIAL** debe ser usado bajo el control inmediato y directo de **EL RECEPTOR**, únicamente por los involucrados en el proyecto «ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD Y ROL DEL CUIDADOR DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA ECUADOR». **EL MATERIAL** en la versión en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, no deberá ser: a) ofrecido en venta como instrumento o como parte de una obra; b) dispuesto o desplegado en un servicio documental en línea de manera que pueda ser descargado o copiado; c) utilizado para ofrecer algún servicio que permita brindar un diagnóstico o producto que se comercialice. Ningún otro derecho, licencia, registro o cualquiera otro beneficio, se otorga a **EL RECEPTOR** por el uso de **EL MATERIAL** como resultado de esta autorización.
3. **EL MATERIAL** no debe ser vendido, distribuido o de cualquiera otra forma puesto a disposición de cualquier tercero para ningún propósito.
4. **EL MATERIAL** se entrega como fue considerado, diseñado, construido y validado por **LOS PROVEEDORES** y su uso se certifica en las publicaciones científicas y/o Ficha que

hacen parte integral de este acuerdo. **EL MATERIAL** se transfiere sin garantías de aplicabilidad o ajuste a algún propósito particular o cualquiera otra garantía, expresa o implícita. **LOS PROVEEDORES** no garantizan ni reivindican que **EL MATERIAL** no infrinja Derechos de Autor, patentes, marcas o cualquiera otro derecho de propiedad intelectual. A menos que exista un requerimiento judicial, **EL RECEPTOR** acepta mantener indemne a **LOS PROVEEDORES**, a la Universidad Nacional de Colombia, a sus directivas y profesores de cualquier responsabilidad en relación con el uso de **EL MATERIAL** por **EL RECEPTOR**. A menos que exista un requerimiento judicial, **EL RECEPTOR** acepta defender e indemnizar a **LOS PROVEEDORES**, a la Universidad Nacional de Colombia, a sus directivas y profesores ante uno o todos los reclamos y daños que en cualquiera forma resultan de la transferencia, uso o aplicación de **EL MATERIAL** por **EL RECEPTOR**.

5. **EL MATERIAL** será utilizado atendiendo todas las normas y reglamentaciones aplicables, incluyendo las normas de la ética y los consentimientos informados que correspondan.
6. La vigencia de este acuerdo es de 6 meses a partir del inicio del proyecto, a menos que quiera ser terminado anticipadamente o extendido mediante acuerdo firmado por las partes. Cada parte puede terminar este acuerdo antes de su fecha de expiración mediante nota escrita a la contraparte enviada sesenta días antes del término señalado. Las obligaciones establecidas para **EL RECEPTOR** relacionadas con la protección del derecho de autor que sobre **EL MATERIAL** recae, seguirán vigentes aun finalizado el tiempo del presente acuerdo. Una vez concluido el acuerdo, **EL MATERIAL** deberá ser retornado a **LOS PROVEEDORES** o destruido.
7. Una vez firmado este Acuerdo, **EL RECEPTOR** estará autorizada para recibir **EL MATERIAL** de **LOS PROVEEDORES**, La Universidad Nacional de Colombia y la Universidad Nacional de Chimborazo son garantes de la ejecución y cumplimiento del mismo y en consecuencia lo rubrican.

He leído y acepto


Firmado digitalmente
por Lorena
Chaparro
LORENA CHAPARRO DÍAZ
LOS PROVEEDORES
Profesora Asociada
Líder del Grupo de Investigación
Universidad Nacional de Colombia



Gabriela Elizabeth Damián Sinchiguano
EL RECEPTOR
Docente de apoyo académico
Universidad Nacional de Chimborazo



ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT¹
VERSIÓN 4. 10 DE FEBRERO DE 2014

FICHA TÉCNICA

La escala logra medir multidimensionalmente el fenómeno de sobrecarga del cuidador, siendo la escala más utilizada a nivel internacional para medir este fenómeno.

Consta de 22 preguntas con escala tipo Likert de 5 opciones (Nunca, Rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre). La puntuación va desde 22 a 110 puntos. El tiempo de aplicación va de 8 a 10 minutos.

La **interpretación** de la medición es:

Ausencia de sobrecarga	Sobrecarga Ligera	Sobrecarga Intensa
<= igual a 46	De 47 a 55	>= igual a 56

La sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para llegar a sobrecarga intensa, siendo la sobrecarga intensa mayormente asociada a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.

Versión Original

La **confiabilidad** inter-observador (coeficiente de correlación intra-clase de 0.71 y de 0.71 a 0.85 en validaciones internacionales).

La **consistencia interna**, alpha de Cronbach de 0.91 y de 0.85 a 0.93 en varios países.

La **validez de criterio**, muestra alta correlación con instrumentos afines como el Índice global de sobrecarga (0,71) y con el Inventario Breve de Síntomas (0,41).

Versión Abreviada

Por inconvenientes de extensión, se validó en España una versión abreviada (Escala de Zarit abreviada para Cuidados Paliativos-EZA) y



consta de 7 ítems extraídos de la versión original. Esta versión no distingue "sobrecarga ligera" de "sin sobrecarga", por lo que su utilidad se ha centrado en determinar la sobrecarga intensa.

La **validación** española obtuvo 100% de sensibilidad, 90,5% de especificidad, 95,5% de valor predictivo positivo y 100% de valor predictivo negativo.

VALIDACION VERSION EN ESPAÑOL ORIGINAL Y ABREVIADA DE LA EZ EN CHILE:

Con un tamaño muestral de 32 cuidadores se determinó:

Una **validez de constructo** en donde ambas versiones mostraron correlaciones fuertes tanto en el indicador de sobrecarga como de depresión ($r=0,51-0,7$; $p<0,05$).

La **validez de criterio** encontrando una gran correlación de la versión original y abreviada ($r=0,92$; $p<0,001$).

En cuanto a la **sensibilidad y especificidad (Versión Abreviada)**, se encontró que el área bajo la curva de ROC controlada por el diagnóstico de sobrecarga intensa en la versión original fue de 0.9757 lo que permitió determinar que 17 puntos detectan sobrecarga intensa con un 100% de **sensibilidad**. Además se encontró un 77,77 de **especificidad**.

En la **consistencia interna**, se encontró un alpha de Cronbach de 0.87 en la versión original y de 0.84 en la versión abreviada.

En la **Confiabilidad interobservador** la versión original mostro acuerdo entre los observadores con valores sobre 0,81. La versión abreviada mostro valores sobre 0,76 mostrando un nivel sustancial de acuerdo.

En la **Confiabilidad de estabilidad**, se mostraron altos índices kappa. Todos los ítems mantuvieron una correlación test –retest sustancial siendo el más discordante un kappa de 0.68.



**ESCALA DE VALORACIÓN DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR –ZARIT
VERSIÓN 4. 10 DE FEBRERO DE 2014**

Nombre del cuidador: _____ Teléfono: _____
Institución donde se diligencia el instrumento: _____

ITEM	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
	1	2	3	4	5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, Familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con los otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desea poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
Finalmente, de acuerdo con su experiencia en el cuidado de su familiar responda:	Ninguna	Baja	Ni Alta ni Baja	Alta	Muy alta
22. Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					
TOTAL					

RESULTADO: _____
 < 46 puntos-no sobrecarga 47-55 puntos- sobrecarga leve > 56 puntos-sobrecarga intensa
 Nombre de la persona que diligencia el instrumento: _____
 Teléfono: _____

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Nombre del paciente : Fecha de nacimiento :/...../.....
 Primer nombre : Fecha de examen :/...../.....

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

Esta prueba está dirigida a determinar cómo te has sentido en la última semana a pesar de que las preguntas están formuladas en presente.

Debes elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada, rodeando con un círculo la respuesta elegida.

	A	Me siento tenso o nervioso
0		Nunca
1		A veces
2		Muchas veces
3		Todos los días
	D	Todavía disfruto con lo que antes me gustaba:
0		Como siempre
1		No lo bastante
2		Sólo un poco
3		Nada
	A	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
0		Nada
1		Un poco, pero me preocupa
2		Sí, pero no es muy fuerte
3		Definitivamente, y es muy fuerte
	D	Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
0		Al igual que siempre lo hice
1		No tanto ahora
2		Casi nunca
3		Nunca
	A	Tengo mi mente llena de preocupaciones
0		Sólo en ocasiones
1		A veces, aunque no muy a menudo
2		Con bastante frecuencia
3		La mayoría de las veces
	D	Me siento alegre
0		Casi siempre
1		A veces
2		No muy a menudo
3		Nunca
	A	Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado
0		Siempre
1		Por lo general
2		No muy a menudo
3		Nunca

D		Me siento como si cada día estuviera más lento
0		Nunca
1		A veces
2		Muy a menudo
3		Por lo general en todo momento
A		Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago
0		Nunca
1		En ciertas ocasiones
2		Con bastante frecuencia
3		Muy a menudo
D		He perdido interés por mi aspecto personal
0		Me preocupo al igual que siempre
1		Podría tener un poco más cuidado
2		No me preocupo tanto como debiera
3		Totalmente
A		Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme
0		Nada
1		No mucho
2		Bastante
3		Mucho
D		Me siento optimista respecto al futuro
0		Igual que siempre
1		Menos de lo que acostumbraba
2		Mucho menos de lo que acostumbraba
3		Nada
A		Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
0		Nada
1		No muy a menudo
2		Bastante a menudo
3		Muy frecuentemente
D		Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
0		A menudo
1		A veces
2		No muy a menudo
3		Rara vez
		< Totales

INTERPRETACIÓN:

Subescala ansiedad: sumar el resultado de las respuestas a las 7 preguntas impares (0-21)

Subescala depresión: sumar el resultado de las respuestas a las 7 preguntas pares (0-21)

Puntuaciones: Inferior o igual a 7 = no caso

8-10 = caso dudoso

Igual o superior a 11 = caso

**INSTRUMENTO ADOPCIÓN DEL ROL DE CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE CRÓNICO
CARREÑO & CHAPARRO (2017), Versión 1.0
FICHA TÉCNICA-2021**

Cuidar de una persona con enfermedad crónica, implica que el cuidador familiar asuma un nuevo rol, el cual se da de manera inesperada y como respuesta a la situación de dependencia del receptor de cuidados.

Asumir el nuevo rol, implica que el cuidador viva una transición, lo cual supone cambios en las relaciones, en las expectativas vitales y habilidades, pues se pasa de ser el encargado de los cuidados de su propio ser a cuidar a otro con necesidades especiales.

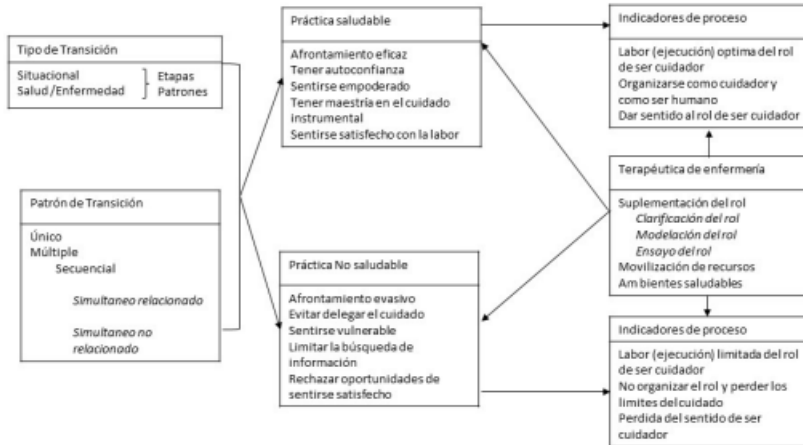
Dentro de los cambios que enfrenta el cuidador familiar de la persona con enfermedad crónica se encuentra la sensación de adversidad y falta de control, la modificación de las dinámicas laborales, afectación financiera, responsabilidad ante nuevas tareas de cuidado, resolución de problemas y toma de decisiones; además de cambios en la dinámica familiar, relaciones sociales y de pareja.

Las transiciones son pasajes entre dos periodos de tiempo. En este pasaje, las personas se mueven entre una fase de la vida, situación o estado. Es frecuente que, en este periodo, haya un sentido de pérdida o de alineación de lo que ha sido familiar para las personas involucradas. Durante la transición, se requieren desarrollar nuevas habilidades, relaciones y estrategias de afrontamiento.

La transición del cuidador familiar inicia de forma precipitada por un evento significativo o punto de cambio (enfermedad crónica de la persona con vínculo de parentesco o cercanía), que requiere nuevos patrones de respuesta. En esta transición inciden una serie de condiciones que pueden facilitar o inhibir la progresión hacia la adopción del rol; dentro de los que se encuentra el conocimiento, las creencias, los significados, las actitudes y factores del sistema social en que se desenvuelve el cuidador. La transición puede o no ser saludable, lo cual se determina a través de indicadores de respuesta a la misma que se relacionan con la forma como se interactúa con otros, el afrontamiento, la autoconfianza, la maestría y satisfacción con el ejercicio del rol. El tiempo de la transición requerido para esta transición es variable y depende de la naturaleza del cambio y sus influencias como aspectos propios de la vida de las personas involucradas. El flujo de la transición se caracteriza por un periodo de desconcierto y de quererse retirar de la labor, luego se presenta una fase de caos en la que se pierde el sentido de la labor, hay desorientación y desintegración del sistema de apoyo; hasta encontrar una nueva perspectiva en la que el significado de la labor es diferente y nueva.

La adopción del rol de cuidador familiar de una persona con enfermedad crónica es definida como la forma de ejecución del rol y las prácticas saludables del mismo que fomentan una progresión hacia patrones de respuesta.

CONSTRUCTO ADOPCIÓN DEL ROL DEL CUIDADOR EN EL MARCO DE LA TEORIA DE AFAF MELEIS



Chaparro L; Carreño M. (2017). Versión 2.0

La transición del cuidador se clasifica en la tipología de ser situacional por la posibilidad de converger con otros tipos de transiciones que hacen parte de etapas del ser humano y se caracterizan por patrones de acuerdo a la forma de respuesta de la familia. Estos patrones hacen parte de experiencia de tener una condición crónica y de ser un cuidador; cada diada (persona - cuidador) puede experimentar un patrón propio.

Los patrones de transición evidentes son el ser único en la experiencia propia de ser cuidador; pero también es múltiple de tipo secuencial porque tiene un efecto ondulatorio a lo largo del tiempo, cada nueva crisis de las personas con ECNT puede generar nuevos retos, dificultades, pero también habilidades no conocidas por el cuidador que tenía. Son patrones simultáneos relacionados, porque en la labor de ser cuidador, en una misma familia pueden presentarse otras experiencias de otros cuidadores que, aunque no se reconozcan como tal, puede contribuir en el proceso de delegación del cuidado y el soporte social del cuidador familiar. Son patrones simultáneos no relacionados porque el cuidador familiar además de responder a las labores con su familiar enfermo, debe atender labores propias de otros roles como el marital, laboral y de desarrollo (formación profesional, adultez o adultez mayor, por ejemplo: nido vacío).

Conocer el estado de adopción del rol en el cuidador de la persona con enfermedad crónica es un indicador útil para identificar las terapéuticas de cuidado transicional que enfermería puede brindar para facilitar la progresión hacia una transición saludable. Las prácticas saludables permiten el desarrollo de indicadores de proceso como son: una labor (ejecución) óptima del rol de ser cuidador familiar, se organizan como cuidadores y como seres humanos, y dan sentido al rol de ser cuidador. Por el contrario, prácticas no saludables se manifiestan por una labor (ejecución) limitada del rol de ser cuidador, no organizan el rol y pierden los límites del cuidado, y se pierde el sentido de ser cuidador

La transición es un proceso cognitivo, de comportamiento e interpersonal; visto como un proceso, indica que debe valorarse periódicamente en el curso de la transición y no es una conclusión de la terapéutica de enfermería. Esta terapéutica se puede basar una Instrucción intencional e intervenciones que permitan la Clarificación del rol, la modelación del rol y el ensayo del rol.

El Instrumento que aquí se presenta "ADOPCIÓN DEL ROL DE CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE CRÓNICO (ROL)", es un indicador de proceso que valora tres aspectos: Labores (Ejecución) del Rol, Organización del Rol y Respuestas ante el rol.

A continuación, se presenta el instrumento "ADOPCIÓN DEL ROL DE CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE CRÓNICO(ROL)" el cual consta de 22 ítems medidos en una escala tipo likert de 5 opciones de corresponden a 1- Nunca, 2-casi nunca, 3-algunas veces, 4-Casi siempre, 5- Siempre.

Interpretación

Nivel de adopción del rol	Puntos
Adopción insuficiente del rol	22 a 60
Adopción básica del rol	61 a 77
Adopción satisfactoria del rol	78 a 110

A. Fase 1. Validez de contenido: Se realizó con 11 profesionales de la salud de Colombia y America Latina. En índice de Kappa de Fleiss reportó una fuerza de concordancia entre acuerdo casi perfecto y acuerdo sustancial en los tres aspectos que deben evaluar los jueces (coherencia, claridad y relevancia): casi perfecto para la coherencia (0,85), acuerdo sustancial para la claridad (0,67) y acuerdo casi perfecto para la relevancia (0,93). La tabla 1, presenta la razón de validez de contenido (CVR) para cada uno de los ítems.

Tabla 1 Proporción de jueces que evalúan "positivamente el ítem (CVR)

Ítem	Aspecto de interés			Interpretación CVR
	Coherencia	Claridad	Relevancia	
1	100%	100%	100%	Aceptable
2	100%	100%	100%	Aceptable
3	100%	100%	100%	Aceptable
4	80%	60%	90%	Aceptable
5	100%	90%	100%	Aceptable
6	90%	70%	100%	Aceptable
7	90%	70%	100%	Aceptable
8	100%	90%	100%	Aceptable
9	90%	80%	100%	Aceptable
10	80%	70%	100%	Aceptable
11	100%	90%	90%	Aceptable
12	90%	90%	80%	Aceptable
13	100%	90%	100%	Aceptable
14	100%	90%	100%	Aceptable
15	100%	70%	100%	Aceptable
16	100%	70%	100%	Aceptable
17	90%	100%	100%	Aceptable

18	90%	80%	100%	Aceptable
19	100%	90%	100%	Aceptable
20	100%	90%	100%	Aceptable
21	80%	100%	90%	Aceptable
22	100%	100%	100%	Aceptable

La tabla 2, presenta el índice de validez de contenido (CVI) para cada uno de los aspectos de interés

Tabla 2. Índice de Validez de contenido

Aspecto de interés	CVI	Interpretación
Coherencia	94,55%	Aceptable
Claridad	85,91%	Aceptable
Relevancia	97,73%	Aceptable

B. Fase 2. Validez facial

Los participantes fueron 60 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, mostraron un elevado índice de comprensibilidad en cada una de las dimensiones: ejecución del rol 0,978; organización del rol 0,970 y respuestas ante el rol 0,983. El índice de aceptación global del instrumento fue de 0,977. La comprensibilidad para cada uno de los ítems, estuvo por encima de 0,9 en todos los casos.

C. Fase 3. Validez de constructo y confiabilidad

Se realizó con 110 cuidadores familiares de la ciudad de Bogotá. En la tabla 3 se evidencia la agrupación de los datos en los 3 componentes para cada una de las rotaciones usadas en este estudio.

Tabla 3. Rotaciones de Análisis factorial

Varimax				Quartimax				Equamax			
Matriz de componentes rotados				Matriz de componentes rotados				Matriz de componentes rotados			
	Componente				Componente				Componente		
	1	2	3		1	2	3		1	2	3
ROL 1	-,022	-,238	,574	ROL 1	-,243	-,080	,567	ROL 1	-,012	-,237	,575
ROL 2	,047	,040	,593	ROL 2	,035	-,016	,595	ROL 2	,059	,041	,592
ROL 3	,160	-,177	,299	ROL 3	-,180	108	,512	ROL 3	,168	,177	,496
ROL 4	,297	-,248	,426	ROL 4	,282	265	,426	ROL 4	,425	,242	,304
ROL 5	-,129	-,004	,780	ROL 5	-,011	136	,779	ROL 5	-,126	-,003	,781
ROL 6	-,160	,005	,664	ROL 6	-,006	166	,662	ROL 6	-,156	,007	,664
ROL 7	-,171	-,137	,723	ROL 7	-,149	162	,723	ROL 7	-,170	-,135	,724
ROL 8	,429	,573	-,006	ROL 8	,614	367	-,008	ROL 8	,440	,564	-,007
ROL 9	,193	,615	-,241	ROL 9	,630	129	-,245	ROL 9	,203	,611	-,241
ROL 10	,405	,682	,031	ROL 10	,721	331	,029	ROL 10	,419	,674	,031
ROL 11	,537	,546	,038	ROL 11	,600	476	,038	ROL 11		,548	,036
ROL 12	,089	,713	-,012	ROL 12	,714	082	,003	ROL 12		,092	,713
ROL 13	,197	,542	,218	ROL 13	,561	136	,215	ROL 13	,208	,538	,218
ROL 14	-,107	,606	,101	ROL 14	,592	-,171	,095	ROL 14	-,094	,608	,103
ROL 15	,137	,260	,119	ROL 15	,274	107	,118	ROL 15	,142	,257	,119

Varimax				Quartimax				Equamax			
Matriz de componentes rotados				Matriz de componentes rotados				Matriz de componentes rotados			
	Componente				Componente				Componente		
	1	2	3		1	2	3		1	2	3
ROL 16	,569	,302	,009	ROL 16	,240	598	,006	ROL 16	,313	,563	,008
ROL 17	,584	,340	-,047	ROL 17	,399	546	-,045	ROL 17	,591	,329	-,049
ROL 18	,743	,250	-,117	ROL 18	,325	713	-,113	ROL 18	,747	,235	-,120
ROL 19	,710	,056	-,087	ROL 19	,130	701	-,081	ROL 19	,710	,043	-,090
ROL 20	,667	,011	-,026	ROL 20	,081	662	-,020	ROL 20	,667	-,002	-,029
ROL 21	,734	,234	-,089	ROL 21	,309	707	-,084	ROL 21	,738	,220	-,092
ROL 22	,832	,117	,015	ROL 22	,204	815	0,21	ROL 22	,834	,101	,011

Los resultados de la agrupación de los ítems en este estudio exponen una coherencia con las tres dimensiones planteadas. Asimismo, se estableció que las propiedades psicométricas de cada ítem, cada dimensión y de la escala total fueron aceptables para el contexto colombiano.

Sobre el desarrollo conceptual de esta escala que fue planteado por los investigadores en un estudio previo, se observó que el mismo fue respaldado por los expertos durante la fase de validación de contenido, en la cual las opiniones emitidas por los expertos fueron considerablemente altas, gran parte de ellos evaluaron positivamente cada uno de los ítems, esto en relación con lo propuesto por Lawshe modificado por Tristan.^{15, 191}

Los resultados del análisis factorial exploratorio de este instrumento arrojan 3 componentes para las rotaciones varimax, quartimax y equamax, en la cual la agrupación de los ítems se distribuye de la misma forma para los tres componentes. Estas dimensiones se relacionan con los 3 aspectos del indicador de proceso de la adopción del rol de cuidador que se proponen en el instrumento: 1. Respuestas ante el rol, 2. Organización del rol y 3. Ejecución del rol.

La *confiabilidad* total del instrumento por consistencia interna Alfa de Cronbach fue de 0,816 considerándose un valor global aceptable. La confiabilidad ítem por ítem mostró índices entre aceptables y fiables para los tres componentes, así: ejecución del rol 0,767; organización del rol 0,835 y respuestas ante el rol 0,801.

¹⁵ Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Av en medición. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Psicología; 2003;6(1):37-48.

INSTRUMENTO ADOPCIÓN DEL ROL DE CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE CRÓNICO (ROL)

A continuación, se presentan afirmaciones que buscan identificar elementos del proceso de Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico. Cada afirmación tiene 5 opciones de respuesta que corresponden a 1- Nunca, 2-casi nunca, 3-algunas veces, 4-Casi siempre, 5- Siempre. Piense en lo que ha sido el proceso de ser el cuidador familiar de su familiar con enfermedad crónica, para responder:

R	RESPUESTAS ANTE EL ROL	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	La experiencia de ser cuidador aporta cosas positivas a mi vida.					
2	Siento que hago bien mi labor como cuidador.					
3	Considero que mi labor como cuidador es importante.					
4	Pienso que ser cuidador es apenas uno de los roles que tengo.					
5*	Siento que dejé de lado mi plan de vida por dedicarme a cuidar.					
6*	Me siento mal por no poder hacer más por mi familiar.					
7*	Me siento desanimado en mi labor como cuidador.					
O	ORGANIZACIÓN DEL ROL	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
8	Busco espacios de descanso de mi labor como cuidador.					
9	Procuró ocuparme de mis propias necesidades.					
10	Busco fortalecer mis relaciones familiares y sociales para cuidar mejor.					
11	Busco aprender día a día de mi experiencia como cuidador.					
12*	Pienso que otros no pueden cuidar a mi familiar tan bien como yo.					
13	Busco apoyo para solucionar los problemas de cuidado de mi familiar.					
14	Comparto con otros la responsabilidad de cuidar a mi familiar.					
15	He organizado los recursos económicos para cuidar a mi familiar					
L	LABORES (EJECUCIÓN) DEL ROL	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
16	He buscado la información necesaria sobre los cuidados para mi familiar.					
17	Considero que tengo el entrenamiento suficiente para cuidar a mi familiar.					
18	Identifico las diferentes necesidades de cuidado de mi familiar.					
19	He acomodado los espacios del hogar para cuidar a mi familiar.					
20	Procuró mantener la autonomía e independencia de mi familiar.					
21	Busco tener buena relación con mi familiar.					
22	Procuró buscar la comodidad de mi familiar.					

*Ítems inversos

Anexo 2

Oficio solicitud de información

Riobamba 22 de noviembre del 2022

Dra,
Erika Rojas
RESPONSABLE DE LA OFICINA TECNICA 14D02
Presente.-

De mi consideración:

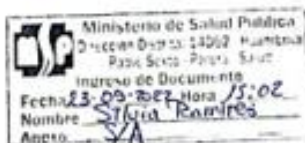
Reciba un cordial saludo, la presente tiene como finalidad solicitarle de la manera más comedida se me conceda la autorización correspondiente para la aplicación de instrumentos para el desarrollo del estudio de investigación **ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOLEDAD Y ROL DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA**, cuyo objetivo es determinar la relación entre la ansiedad, depresión y soledad con la adopción del rol del cuidador de adultos mayores con ECNT atendidos en el Centro de Salud Sangay del cantón Palora en Ecuador, que permita proponer acciones educativas de enfermería dirigidas al fomento del cuidado transicional en los componentes de clarificación, ensayo y modelación del rol del cuidador, desde una perspectiva salubrista.

Trabajo que estará bajo la tutoría del PhD. Carlos Gafas González y del grupo de enfermos crónicos CRONIFAM de la Universidad Nacional de Colombia.

Segura de contar con el permiso correspondiente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente

Lcda. Gabriela Elizabeth Damián
AUTORA
C.I.: 0605069566
Correo: Gabriela.damian@unach.edu.ec
Celular: 0983213934



Anexo 3. Carta de intención



Ministerio de Salud Pública
Dirección distrital 14D02-Huambuya-Pablo Sexto-Palora-Salud

Palora, 13 de Enero de 2023

Lic. Gabriela Damián Sinchiguano

Investigadora Principal

Proyecto de Investigación: Ansiedad, Depresión, Soledad y Rol del Cuidador de Adultos Mayores con Enfermedad Crónica

Con un cordial saludo y el deseo de salud para usted y familia, en atención al pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigido a "...concebir al envejecimiento saludable como un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida" el que debe ser potenciado; y en armonía con los Lineamientos Operativos para la Atención Integral del Adulto Mayor emitidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), de la manera más comedida tengo a bien extender la más cordial invitación a los investigadores del proyecto: **Ansiedad, Depresión, Soledad y Rol del Cuidador de Adultos Mayores con Enfermedad Crónica**; para que en el marco de la necesaria búsqueda de la calidad de vida de la población ecuatoriana, se empele la información que, como resultado de los procesos asistenciales a este grupo poblacional, reposa en archivos anonimizados de esta dependencia. Para lo expresado se utilizarán los datos obtenidos con la aplicación de los instrumentos:

1. Adopción del Rol del Cuidador Familiar del Paciente Crónico (ROL).
2. Ficha de caracterización de la diada (persona con enfermedad crónica-cuidador familiar).
3. Escala de Soledad UCLA, versión en español.
4. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), versión en español.

En tal sentido, mediante la presente **Carta de Intención**, pongo a disposición del equipo investigador, la información descrita, la que podrá ser empelada para el desarrollo de una investigación descriptiva, documental, de tipo cuanti-cualitativa, con el objetivo de: *"Determinar la relación entre la ansiedad, depresión y soledad con la adopción del rol del cuidador de adultos mayores con ECNT atendidos en el Centro de Salud Sangay del cantón Palora en Ecuador, que permita proponer acciones educativas de enfermería dirigidas al fomento del cuidado transicional."* la

Dirección: Avenida Cumandá y Francisco De Orillana Frente Unidad Educativa Palora
Código Postal 140204 - Teléfono: 593 (3) 2313000 – 2313009 – 2312148
Palora – Morona Santiago – Ecuador - www.salud.gob.ec





Ministerio de Salud Pública

Dirección distrital 14D02-Huamboya-Pablo Sexto-Palora-Salud

que se desarrolla como parte de la Maestría de Salud Pública, mención Enfermería Familiar Comunitaria de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Atentamente



Dra. Erika Natalia Rojas Romero

C.C. 0302297692

Responsable de la Oficina Técnica 14D02
Huamboya - Pablo Sexto - Palora - Salud

Dirección: Avenida Cumandá y Francisco De Orellana Frente Unidad Educativa Palora
Código Postal 140204 - Teléfono: 593 (3) 2313000 – 2313009 – 2312148
Palora – Morona Santiago – Ecuador - www.salud.gob.ec

