



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

TESIS

**HABILIDAD DE CUIDADO DEL CUIDADOR PRINCIPAL
DE PACIENTES CON ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR, CHICLAYO – 2021**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Castillo Rivasplata María de Fátima

ORCID:0000-0003-1664-5578

Asesora:

Mg. Calderón Ruiz Myriam Elizabeth

ORCID:0000-0002-5764-2288

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

**Pimentel – Perú
2022**

**HABILIDAD DE CUIDADO DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES CON
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, CHICLAYO – 2020**

Aprobación del jurado

DRA. GÁLVEZ DÍAZ NORMA DEL CARMEN
Presidente del Jurado de Tesis

DRA. ARIAS FLORES CECILIA
Secretario del Jurado de Tesis

MG. CALDERÓN RUIZ MYRIAM ELIZABETH
Vocal del Jurado de Tesis

Dedicatoria

A Dios, por estar presente en cada paso que logro dar, alumbrando mi corazón y mi mente.

A mi padre, por su paciencia, amor, esfuerzo, lo que me ha permitido lograr mi sueño tan anhelado, por darme la seguridad y confianza en mí misma y de esta manera enfrentar con mucha seguridad y madurez todas las adversidades

A mi madre quien es el pilar fundamental en mi vida, por su cariño, amor, apoyo incondicional, sus consejos, palabras de aliento que me acompañan en todo momento logrando cumplir con éxito todas mis metas y sueños.

Agradecimiento

A Dios, porque el guio mi camino, dando la oportunidad de elegir esta bella profesión que permitirá brindar mis cuidados a mucha que gente que los necesita

A mis bellos padres, gracias por confiar en mí, por ser mi luz incondicional que guía mi camino.

Me dejan una bella herencia, la cual seguiré enriqueciéndome siempre teniéndolos y llevándolos presente en todo momento, para que siempre se sientan orgullosos

Resumen

El accidente cerebro vascular es una de las principales causas de discapacidad, generando secuelas que requieren cuidados en el hogar y el desarrollo de habilidades de cuidado. La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de habilidad de cuidado del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021. Estudio cuantitativo, de diseño descriptivo transversal. La muestra fueron por 52 cuidadores principales, para la recolección de datos se empleó el cuestionario “Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad Crónica” de Lucy Barrera, con una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,77. Los resultados mostraron del total de 52 cuidadores, el 73.1% son del género femenino, el 63.5% su edad se encuentra entre los 31^a 50 años, un 28.8% tienen secundaria incompleta, de acuerdo al estado civil el 57.7% son casados (as) y el 53.8% de los cuidadores se dedican a las labores del hogar, el tiempo que llevan como cuidador el 40.4% tienen 7-18 meses y por último, el 40.4% son hijos (as). Respecto a la habilidad de cuidado general se evidenció un nivel bajo en el 36.5% de los cuidadores, en el análisis por dimensión también el nivel fue bajo en la dimensión relación, comprensión y modificación de la vida, con los porcentajes de 38.5%, 36.5% y 42.3% respectivamente. En conclusión, la mayoría de los cuidadores posee un nivel bajo de habilidad de cuidado debiendo mejorarse para garantizando un cuidado adecuado de la persona cuidada y del cuidador.

Palabras Claves: accidente cerebrovascular, cuidado, habilidad de cuidado, infarto cerebral agudo, familiar cuidador

Abstract

Stroke is one of the main causes of disability, generating consequences that require home care and the development of care skills. The objective of the research was to determine the level of care ability of the main caregiver of stroke patients at the Las Mercedes Regional Teaching Hospital, Chiclayo - 2021. Quantitative study, with a cross-sectional descriptive design. The sample consisted of 52 main caregivers, for data collection the questionnaire "Care Ability of Family Caregivers of People with Chronic Illness" by Lucy Barrera was used, with a reliability of Cronbach's alpha of 0.77. The results showed that of the total of 52 caregivers, 73.1% are female, 63.5% are between 31 and 50 years old, 28.8% have incomplete high school, according to marital status, 57.7% are married. and 53.8% of the caregivers are dedicated to housework, the time they spend as a caregiver 40.4% are 7-18 months old and finally, 40.4% are children. Regarding the general care ability, a low level was evidenced in 36.5% of the caregivers, in the analysis by dimension the level was also low in the relationship, understanding and modification of life dimension, with the percentages of 38.5%, 36.5 % and 42.3% respectively. In conclusion, most caregivers have a low level of care skills, which should be improved to ensure adequate care for the person cared for and the caregiver.

Keywords: cerebrovascular accident, care, care skills, acute cerebral infarction, family caregiver

Índice

| | |
|---|-----|
| APROBACIÓN DEL JURADO | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTO | v |
| RESUMEN | vi |
| ABSTRACT | vii |
| I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| 1.1. Realidad Problemática | 9 |
| 1.2. Trabajos previos | 12 |
| 1.3. Teorías relacionadas al tema | 15 |
| 1.4. Formulación del Problema | 20 |
| 1.5. Justificación e importancia del estudio | 20 |
| 1.6. Hipótesis | 20 |
| 1.7. Objetivos | 21 |
| 1.7.1. Objetivo general: | 21 |
| 1.7.2. Objetivos específicos: | 21 |
| II. MATERIAL Y MÉTODOS | 21 |
| 2.1. Tipo y Diseño de Investigación | 21 |
| 2.2. Población y muestra | 22 |
| 2.3. Variables, Operacionalización | 24 |
| 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad | 27 |
| 2.5. Procedimientos de análisis de datos | 28 |
| 2.6. Aspectos éticos | 28 |
| 2.7. Criterios de rigor científico | 29 |
| III. RESULTADOS | 30 |
| 3.1. Resultados en tablas y figuras. | 30 |
| 3.2. Discusión de resultados | 34 |
| IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 39 |
| 4.1. Conclusiones | 39 |
| 4.2. Recomendaciones | 40 |
| REFERENCIAS | 41 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Características sociodemográficas de los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo 2020. _____ | 30 |
|--|----|

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 2: Nivel de habilidad del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2020. | 32 |
| Figura 3: Nivel de habilidad del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2020 según la dimensión relación. | 32 |
| Figura 4: Nivel de habilidad del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2020 según la dimensión comprensión. | 33 |
| Figura 5: Nivel de habilidad del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2020 según la dimensión modificación de la vida | 33 |

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

A nivel mundial el accidente cerebro vascular (ACV) constituye una de las principales causas de mortalidad y discapacidad, según datos obtenidos en el año 2019 se registraron 12,2 millones de incidentes y 101 millones de casos prevalentes de ictus, además representó el 11,6% de defunciones ubicándose como la segunda causa de muerte y la tercera causa de muerte y discapacidad combinadas con 5,7 % del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), siendo mayor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. ¹

Según la Organización panamericana de la Salud (OPS) en la región de las Américas en el 2019 fallecieron 2.0 millones de habitantes a causa de las enfermedades cardiovasculares, siendo la segunda causa de muerte el accidente cerebro vascular (ACV) ocasionando un promedio de 32.3 muertes por 100.000 habitantes. Respecto a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) esta enfermedad ocasiono 40.8 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y 4.5 millones de años vividos con discapacidad (AVD), cifra que se ha duplicado en las últimas décadas. ²

La población afectada en el Perú por la discapacidad a consecuencia de un accidente cerebrovascular durante el 2017 fue de 10.570 casos, en el año 2018 la cifra tuvo un leve aumento que dio como resultado la cifra de 12.835, según su clasificación el accidente isquémico fue el más predominante en estos casos, en cuanto al género, fueron los varones quienes resultaron más afectados al contrario de las mujeres. De acuerdo con la edad, el accidente cerebrovascular se presentó en las personas con 35 años o más, durante los años 2017 y 2018.³

Cifras que evidencian una situación alarmante por la carga que representa esta enfermedad no solo a nivel de los sistemas de salud sino también a nivel familiar en especial en los países de medianos y bajos recursos donde las investigaciones reportan la ocurrencia del ACV unos 15 años antes que en

países desarrollados, ⁴ impactando negativamente en la economía de los países, ya que afectan a la población económicamente activa, en la cima de sus vidas productivas. ⁵ La mayoría de los pacientes afectados por esta patología presentan déficits neurológicos y discapacidad residual requiriendo ayuda para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria. ⁶

Las secuelas del accidente cerebro vascular son diversas, pueden causar déficit motor, cognitivos, alteraciones del habla, déficit en la deglución y trastornos emocionales, muchas pueden ser temporales o permanentes que requieren de un tratamiento oportuno e inmediato a largo plazo. Alrededor de 30 a 40% de los pacientes no están en condiciones de retomar a sus labores habituales durante el primer año y requieren de algún tipo de ayuda para sus actividades de la vida diaria (AVD) como alimentarse, vestirse, realizar su higiene, moverse. ⁶

Por lo tanto, el cuidado que no se limita al ambiente hospitalario, sino que trasciende al ambiente familiar requiriendo de cuidados especiales los cuales requieren que el cuidador posea un conjunto de habilidades de cuidado y prepararse para realizar el cuidado en domicilio que favorezcan la recuperación y rehabilitación del paciente. ^{7, 8} La habilidad de cuidado no se refiere a la parte procedimental sino a la actitud para cuidar, comprender al paciente en cuanto a sus necesidades, fortalezas, debilidades y elementos para su bienestar, importante para involucrarse y decidir asumir el cuidado, el cuidador con habilidad experimenta una sensación de pertenencia y vínculo con la persona cuidada, y es estable y resiliente al estrés. ^{8, 9}

Es por ello que los cuidados en el hogar son proporcionados por la familia o personas allegadas al paciente, el perfil predominante ha recaído en las mujeres en la mayoría de los casos representada por la hija con el 50%, la esposa con el 12% y las nueras con el 8%. A comparación del género masculino, el porcentaje del hijo, esposo o yerno cuidador, representa el 8%, 5% y 2% respectivamente. ¹⁰ El cuidador no recibe recompensa económica, mantiene un horario indeterminado y no posee una formación adecuada para brindar estos cuidados, Sin embargo, en los últimos años se ha observado un descenso de cuidadores y un incremento de personas discapacitadas. ¹¹

Algunas investigaciones reportan niveles bajos de habilidades de cuidado en Colombia el 84% evidencio nivel bajo ⁸, sin embargo otros estudio como el realizado en Bucaramanga encontró una habilidad de cuidado buena pero la variable paciencia era una debilidad en los cuidadores. ¹² Mientras una revisión de la literatura que incluyó 9 investigación la mayoría realizada en Colombia, México, Chile, Argentina concluyeron que los cuidadores no poseen la habilidad necesaria para desempeñarse como cuidadores pues poseen un nivel bajo de habilidad de cuidado. ¹³ Existen escasos estudios sobre el tema en Perú siendo necesario estudiar las habilidades de cuidado.

Durante las experiencias vividas en la carrera universitaria y en la rotación en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” en Chiclayo, se observó e interactuó con los cuidadores principales y los pacientes con secuelas sobrevivientes a un episodio de un accidente cerebrovascular lográndose evidenciar que las personas afectadas deben enfrentarse a situaciones que dificultan su autocuidado, tanto a nivel físico como cognitivo. Estas personas en su mayoría cuentan con un cuidador principal, el cual debe de gozar de una gran habilidad necesaria para poder proporcionar a su familiar una mejor calidad de vida.

La mayoría de los cuidadores principales fueron familiares cercanos como los hijos o hermanos, de los cuales un gran grupo de cuidadores fueron de sexo femenino y con un pequeño porcentaje se encuentro el sexo masculino siendo el grupo que tiene menos conocimientos. Estos cuidadores tomaron por decisión propia el cuidar a su familiar, sin tener consigo el conocimiento sobre la patología, con una mala organización de tiempo y poca paciencia Con las interrogantes que surgieron de la interacción es que se inició esta investigación con el fin de conocer la habilidad del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular.

1.2. Trabajos previos

Pastrana, L et al. en México en el año 2021, su estudio descriptivo trasversal denominado “Habilidad de cuidado del cuidador principal del adulto mayor con diálisis peritoneal” con el objetivo de identificar el nivel de la habilidad del cuidador primario del adulto mayor con diálisis peritoneal. La muestra fueron 80 cuidadores. Los resultados determinaron en un 65% una habilidad de cuidado alta, en la dimensión relación evidenciaron una habilidad media (61.3%), mientras la dimensión comprensión obtuvo una habilidad alta (86.2%) al igual que la dimensión modificación de la vida (68.8%). Concluyen que las habilidades de cuidado son buenas. ¹⁴

Campiño, S. en Colombia en el año 2019 realizó un trabajo de investigación titulado “Habilidad de cuidado del cuidador de adultos mayores no institucionalizados de Manizales-Caldas, Colombia”. Tuvo como objetivo describir la habilidad de cuidado del cuidador en adultos mayores no institucionalizados de una institución de salud de Manizales. Fue un estudio descriptivo de corte trasversal. Como resultados expresó que el cuidador se destacó por ser de género femenino con el 86.6%, con edad promedio de 48 años, de acuerdo a su habilidad de cuidado los pacientes alcanzaron un nivel alto, además encontraron asociación del factor socioeconómico con la dimensión comprensión. ¹⁵

Cantillo C, Ramírez C, Perdomo A. en Colombia en el año 2018. En su investigación titulada: “Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida”. Tuvo como objetivo Analizar las características sociodemográficas del cuidador-persona con enfermedad crónica no transmisible y la asociación entre habilidad de cuidado, sobrecarga percibida por el cuidador y características sociodemográficas del cuidador-persona con enfermedad crónica no transmisible hospitalizada en una institución de alta complejidad. Fue un estudio analítico, descriptivo, correlacional, de corte trasversal. los resultados evidenciaron un bajo nivel de habilidades de cuidado (84,3%). En sus conclusiones expresó que la habilidad de cuidado en la mayoría de la población puntó un nivel bajo, demostrando una

habilidad inapropiada para resolver las necesidades de atención frente al alto nivel de dependencia.⁸

Camacho I, Riaño L. en Colombia en el año 2017. Realizó una investigación titulada: “Estudio piloto para determinar la habilidad del cuidado en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisible, en el Hospital Universitario los Comuneros Bucaramanga en el año 2017”. Como objetivo planteó determinar el nivel de habilidad del cuidado en una muestra piloto de cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisible. Fue un estudio tipo descriptivo. Concluyó expresando que la habilidad del cuidado tiene una media de 217.2, lo que indica que su habilidad de cuidado fue significativamente buena, donde la variable paciencia resultó baja.¹²

Carreño, S y Chaparro, L. en Colombia en el año 2017 en su investigación sobre “Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga”, con el objetivo de explorar el papel de las variables sociodemográficas, la sobrecarga del cuidador y la habilidad de cuidado en cuidadores de personas con enfermedad crónica. Estudio cuantitativo, de diseño descriptivo. La muestra fueron 1137 cuidadores familiares. Los resultados respecto a la habilidad de cuidado reflejan en el 53.3% de los cuidadores una habilidad de cuidado media, el 46.7 % posee un nivel de habilidad de cuidado alta. Concluyendo los cuidadores no poseen un adecuado sentimiento de pertenencia y vínculo con la persona cuidada, encontrándose susceptibles a desarrollar sentimientos de inestabilidad y estrés.¹⁶

Castilla Y, Pardavé S. en Lima en el año 2018 realizó un estudio titulado: Habilidad del cuidado del cuidador informal de pacientes con enfermedades crónicas del centro de atención primario III Es Salud, el Agustino, 2018. Tuvo como objetivo determinar el nivel de habilidad de cuidado del cuidador informal de los pacientes con enfermedades crónicas. De tipo cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte transversal. Concluyó expresando que el 96.6% de los cuidadores fueron mujeres, en cuanto a la edad el 44.8% tenía entre 44 y 56 años, el 48.3% asumió el cargo como cuidador, quienes no recibían apoyo fueron el 51.7% y como único cuidador en la situación fue el porcentaje

de 69.0%. La habilidad de los cuidadores fue de un nivel moderado con el 55.2% y el 44.8% tuvieron un nivel de habilidad alta. ¹⁷

Aguilar Z. en el Callao en el año 2018, realizó una investigación titulada: "Habilidad del cuidado del cuidador informal de pacientes con enfermedades neurológicas discapacitantes del servicio de Neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-2018". Como objetivo planteó determinar las habilidades de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades neurológicas discapacitantes. Como conclusión expresó que la habilidad de cuidado tuvo su mayor valoración como media (53.3%), seguido de alta (46.7%) y no encontraron cuidadores con habilidad baja. En cuanto a las dimensiones, conocimiento y paciencia, tuvieron un nivel alto y valor se encontró en un nivel medio. ¹⁸

Gutiérrez S, en Lima realizó en el 2018 una investigación titulada: "Habilidad de cuidado y sobrecarga del cuidador informal en el adulto mayor con enfermedad crónica en el C.S Virgen Del Pilar De Naranjal-Smp, 2018". La cual tuvo como objetivo determinar la relación entre la habilidad de cuidado y la sobrecarga del cuidador informal en el adulto mayor con enfermedad crónica, tuvo como diseño no experimental, de tipo correlacional y enfoque cuantitativo, llegó a la conclusión que el 56.7% de los cuidadores presentaban baja habilidad y el 93.3% muestran sobrecarga. La habilidad de cuidado y su dimensión del conocimiento tuvo un nivel alto mientras que las dimensiones de la paciencia y valor tuvieron un nivel medio. ¹⁷

Cruz, E en Chiclayo en el año 2020 en su investigación "Nivel de habilidad de cuidado del cuidador familiar de personas con enfermedad cardiovascular de un hospital público nivel IV en Chiclayo, 2020" cuyo objetivo fue describir el nivel de habilidad de cuidado del cuidador familiar de personas dependientes con enfermedad cardiovascular, servicio de cardiología, hospital público, Chiclayo 2020. Estudio descriptivo trasversal, participaron 30 cuidadores aplicándose para la recolección de datos el cuestionario "The Caring Ability Inventory de Nkongho". Los resultados evidenciaron el 50% de cuidadores familiares con un nivel de habilidad del cuidado medio. La dimensión menos valorada fue la

paciencia en un 60% obtuvo nivel medio. Se concluye que los cuidadores familiares no reúnen las habilidades para brindar un cuidado adecuado.¹⁹

1.3. Teorías relacionadas al tema

La presente investigación se basa en los conceptos teóricos de Vera Regina Waldow quien concibe el cuidado como un proceso humano interactivo encontrando su verdadero sentido durante su relación con el otro ser permitiéndole expresar su conocimiento, sensibilidad, espiritualidad y habilidad técnica favoreciendo el desarrollo de la persona cuidada.²⁰ Se constituye en un modo de ser en el mundo, cada ser humano es un ser cuidado y posee desde su nacimiento un potencial para brindarlo.²¹ Abarca una presencia no solo física sino también con la mente y el espíritu; desarrollándose mediante ciertos criterios como disponibilidad para cuidar, receptividad de los cuidados, intencionalidad, confianza, aceptación favoreciendo el crecimiento de ambos²²

Proceso manifestado en dos dimensiones: estética y ética. La dimensión estética hace referencia a los valores que fundamentan la acción dentro de una relación manteniendo la armonía entre el sentir, pensar y hacer, en el conocimiento estético permite comprender de forma subjetiva y única cada situación de cuidado. Mientras la dimensión ética se refiere al compromiso para contribuir al bienestar del ser, desarrollando valores como la compasión, solidaridad, fraternidad en el reconocimiento de la vulnerabilidad del ser cuidado. Esta teoría resalta la belleza y la bondad que debe desarrollarse en y en el cuidado²³

En el caso del paciente vulnerable requiere cuidado el cual es brindado en el hogar por un familiar quien se constituye en el cuidador principal. El cuidador es la persona responsable de prestar cuidados a personas en situación de dependencia o discapacidad, generalmente es un familiar cercano al enfermo, amigo o vecino que provee los cuidados básicos, brinda el apoyo emocional necesario, proporciona bienestar y ayuda para satisfacer sus necesidades básicas.^{14, 17} Es aquella persona que asume por cuenta propia o por encargo la atención y vigilancia de otra persona: adulto mayor, niño o con discapacidad que

por su condición de vulnerabilidad requiere de un cuidado especial, complementando su falta de autonomía apoyándola en sus AVD ²⁴

Dentro de las características del cuidador principal entendido como aquel que asume el cuidado en su totalidad, se observa un gran deseo de servir a los demás, elevado compromiso y afecto con el paciente, ²⁴ pero por lo regular carece de formación profesional para brindar cuidados sanitarios, no es remunerado y no posee un horario establecido, generalmente vive con la persona cuidada. ²⁵ . Sin embargo, cuidar puede ser una experiencia de crisis y crecimiento personal debiendo enfrentarse no solo a los cambios producidos en la persona cuidada sino también en su propio estilo de vida, incremento de responsabilidades, aprender procedimientos para brindar un cuidado, relacionarse con otras personas y servicios.²⁶

El cuidado permite establecer una relación de ayuda, al inicio el cuidador familiar no visualiza la gran responsabilidad que recaerá sobre él, ni el tiempo que puede durar ni el esfuerzo que este implicará, pero progresivamente va integrando su nuevo papel pasando por diferentes fases: en primer lugar la fase de negación o conciencia del problema el cuidador, en donde usa la negación para controlar sus miedos, imagina que la enfermedad será temporal pero poco a poco va tomando conciencia del problema. En segundo lugar, se encuentra la fase de búsqueda de información, en donde el cuidador busca informarse sobre la enfermedad con la esperanza que su familiar vuelva a ser el mismo. ²⁴

En esta fase se comprende la acción del cuidador de expresar sentimientos de enfado, ira, enojo, culpa, sentimientos que son observados en la mayoría de los casos. En tercer lugar, encontramos la fase de reorganización, en esta fase el cuidador informado, conocedor de los problemas de su familiar dispone de mayores recursos para afrontar las situaciones que demanda el cuidado y acepta mejor sus cambios en el estilo de vida adaptándose a un patrón de vida más normal. En la última fase de resolución aprende a cuidarse, buscan ayuda y realizan actividades recreativas logrando adaptarse a su nuevo rol de cuidador.

Respecto a la habilidad no existe un consenso sobre la definición siendo asumida desde diferentes ópticas: laboral, comunicación, tecnológicas, sociales, psicosociales, políticas; usándose en muchos casos como equivalentes a “saber cómo” realizar algún trabajo o sinónimo de destreza manual ²⁷ otros autores la definen como la capacidad y disposición para una cosa. ²⁸ La OMS define la habilidad en un contexto más amplio como la capacidad de un comportamiento del individuo positivo y adaptable de forma efectiva a las demandas y retos de todos los días ²⁹

Las habilidades se agrupan en 3 categorías: habilidades cognitivas permiten analizar el contexto y comprender las consecuencias de las acciones incluyen: conocimiento de sí mismo, pensamiento creativo, solución de problemas y conflictos y pensamiento crítico. Habilidades emocionales engloban los procesos de autoconocimiento, introspección y de reconocimiento emocional incluyen: toma de decisiones, manejo de sentimientos y emociones, empatía, manejo de tensiones y estrés y habilidades sociales referidas a la capacidad de relacionarse de manera favorable y establecer relaciones sanas incluye la comunicación efectiva, la empatía y las relaciones interpersonales. ³⁰

En este sentido la habilidad del cuidado se define como el potencial que posee una persona para brindar cuidados. ^{16, 18} En otras palabras, es la aptitud de asumir el rol de cuidador de un familiar que requiere de cuidados. Dicha habilidad se encontrará presente en el cuidador que muestre compromiso, responsabilidad, aporte y motivación hacia las acciones a realizar. ³¹ Nkongo define la habilidad de cuidado como la capacidad de ayudar a otros dentro de un proceso de relación que implica tres componentes conocimiento, paciencia y valor. ¹²

El componente denominado conocimiento implica comprender quien es la persona a la que se le brinda los cuidados, conocer sus necesidades, fortalezas, debilidades y hechos que favorezcan su bienestar, el componente denominado paciencia está enfocado a ofrecer un momento y espacio para expresar sentimientos que impiden el crecimiento personal de ambas personas para lograr ayudarse mutuamente, mientras que, el componente denominado valor engloba

un sentimiento de preocupación por brindar los cuidados, evitando así sentimientos de culpabilidad.¹⁸

Para Barrera la habilidad de cuidado es la capacidad del cuidador desde su experiencia para establecer una relación con la persona cuidada, la comprensión de sus necesidades y la aceptación de la modificación de su estilo de vida. Por lo tanto, describe 3 dimensiones implicadas en la habilidad del cuidado: la dimensión denominada relación hace referencia al contacto con la persona afectada que necesita de los cuidadores, con el fin de asistirlo con actitud, orientación, disposición, oportunidad y su propia referencia de la situación actual.
32

La dimensión comprensión implica la capacidad de entender y comprender el estado del paciente para proporcionar la presencia requerida, el razonamiento para relacionarse, identificar los logros obtenidos y reafirmación de su cuidado. Un cuidador posee habilidad cuando entiende quién es la persona a cuidar, sus necesidades, fortalezas, debilidades y elementos para su bienestar, así como conocer sus capacidades y limitaciones. La dimensión modificación de la vida engloba la capacidad de aceptar los cambios originados en su vida por su condición de ser cuidador y la ganancia personal de trascender a través del cuidado.³²

Se plantea entonces que las lesiones causadas por el accidente cerebro vascular pueden dejar secuelas generando dependencia en la persona para realizar sus actividades⁷, por lo tanto la persona afectada requiere de cuidados por un tiempo prolongado o permanente, necesitando de un cuidador, asumido muchas veces por un familiar sin experiencia, debiendo cambiar su rutina, abandonando su entorno social, comprender la nueva situación del paciente, requiriendo desarrollar habilidades de cuidado a fin de favorecer la recuperación del paciente.⁸

Ahora bien, la enfermedad cerebrovascular (ECV) es un término que incluye un grupo de condiciones patológicas con una característica común la disfunción de una porción del tejido cerebral a causa de un aporte deficiente de oxígeno³³

debido a la interrupción del flujo de sangre en una parte del cerebro. Dentro de los factores de riesgo según su clasificación, se dividen en factores de riesgo no modificables como: el sexo, el origen étnico, la edad igual o mayor a 70 años, los factores genéticos y congénitos y factores de riesgo modificables como: el sedentarismo, la obesidad, el consumo de drogas, alcohol y el tabaco y el estrés. Así como también el control de la hipertensión, diabetes mellitus y los altos índices de colesterol.³⁴

Según su etiología, se clasifica en accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico, siendo el más frecuente el de tipo isquémico causando casi el 85% de casos.³⁵ El accidente cerebrovascular isquémico se produce a consecuencia de la oclusión de un vaso sanguíneo cerebral la arteria pierde la irrigación sanguínea debido a la presencia súbita de un coágulo o “émbolo”, pudiendo ocasionarse también por una “trombosis” o formación progresiva en placas ateroscleróticas. La isquemia puede producir manifestaciones transitorias, que se resuelven rápidamente generalmente de menos de 60 minutos de duración o permanentes causando un daño cerebral irreversible.³³

El accidente cerebrovascular hemorrágico representa el 15% de los casos asociándose a un mayor número de muertes. Se ocasiona por la ruptura de una arteria que se torna quebradiza y débil por la pérdida de elasticidad o a las malformaciones arteriovenosas compuestas por vasos defectuosos que con el tiempo procederán a romperse por diversos factores como la hipertensión lo que conlleva a ocasionar una hemorragia. Es diferente lo que ocurre con el ictus isquémico presentando debido a la aparición de un dolor de cabeza intenso y de forma súbita, acompañada de ~~con~~ náuseas y vómitos, hemorragias retinianas, signos meníngeos y la gradual alteración del estado de conciencia.^{33, 36}

El cuadro clínico se manifiesta según el área cerebral afectada y la extensión de la lesión,³³ si corresponde al área de la arteria cerebral anterior se puede presentar con reflejos primitivos como falta de control de esfínteres vesical y anal, la parálisis es contralateral a la lesión. La lesión de la arteria media se asocia con déficit motor y sensitivo de presentación contralateral a la lesión, acompañándose de parestesias. La afectación del hemisferio dominante

produce afasia; mientras en el daño de la arteria cerebral posterior se observa alteración del nivel de conciencia, vértigo, vómitos, síncope, diplopía, disfagia, disartria y nistagmus.³⁴

1.4 Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de habilidad de cuidado del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo - 2021?

1.5 Justificación e importancia del estudio

El accidente cerebro vascular es una enfermedad que representa una enorme carga debido a la discapacidad asociada a esta patología, en su mayoría el paciente requiere ayuda para su autocuidado, cuidado que es asumido generalmente por un familiar cercano, amigo o vecino sin preparación para realizarlo, desconociendo que esta situación puede desarrollarse por un largo periodo de tiempo y provocar cambios en su estilo de vida, siendo necesario desarrollar habilidades de cuidado que le permitan realizar esta labor sin afectar su vida personal, comprender la situación del paciente y establecer una relación para brindar un buen cuidado.

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten evaluar la habilidad del cuidado del cuidador familiar en pacientes con ACV, analizar a profundidad la situación actual a fin de favorecer el cuidado que brinda al paciente que se encuentra socialmente, económicamente y físicamente afectado y que depende en todo sentido del cuidador para realizar sus AVD. Permitirá al profesional de enfermería identificar necesidades de cuidados replantear estrategias de intervención en los familiares cuidadores a fin de mejorar sus habilidades de cuidado. Servir de referente teórico para futuras investigaciones sobre el tema.

1.6 Hipótesis

Por ser investigación descriptiva no lleva hipótesis.

1.7 Objetivos

1.7.1. Objetivo general:

Determinar el nivel de habilidad de cuidado del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021.

1.7.2. Objetivos específicos:

Caracterizar a los cuidadores principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021

Identificar el nivel de habilidad de cuidado en la dimensión relación del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021

Identificar el nivel de habilidad de cuidado en la dimensión comprensión del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021.

Identificar el nivel de habilidad de cuidado en la dimensión modificación de la vida del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

La investigación es tipo cuantitativa, porque se emplearon métodos estadísticos para el análisis de datos obtenidos.³⁷ Diseño descriptivo porque busco detallar las propiedades y características de las variables. No experimental no hubo

manipulación de variables y de corte transversal se reunieron los datos en un momento dado. ³⁸ En el presente estudio se analizó la variable habilidad de cuidado sin manipularla, los datos fueron recolectados en un solo momento.

Esquema:

M ----- O

M= cuidadores principales de los pacientes con accidente cerebrovascular

O= Habilidad de cuidado

2.2. Población y muestra

La población de estudio fueron 80 cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular hospitalizados y registrados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante los meses de agosto a octubre del 2021.

La muestra estuvo constituida por 52 cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, durante los meses de agosto a octubre del 2021, elegidos al azar empleando el muestreo probabilístico aleatorio simple, de manera que cualquier miembro de la población tuvo la misma posibilidad de poder ser elegido. ³⁸

Para el cálculo del tamaño de la muestra se empleó la fórmula de poblaciones finitas con un nivel de confianza de 95% y un error de 0.07 dando.

$$n = \frac{N \times Z_x^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_x^2 \times p \times q}$$

Donde:

p= 0.50
q= 0.50
Z= 95%: 1.96
N= 80
D= 0.70

Reemplazando:

$$n = \frac{80 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{(0.70)^2 \times (100 - 1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{75.656}{1.4455}$$

$$n = 52.33$$

Los criterios de inclusión:

Cuidadores principales de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna con diagnóstico de accidente cerebrovascular que acompañen al paciente durante su hospitalización.

Cuidadores principales de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna con diagnóstico de accidente cerebrovascular que acepten voluntariamente participar en la investigación previa firma del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión:

Cuidadores principales de pacientes hospitalizados en otros servicios con diagnóstico de accidente cerebrovascular que acompañen al paciente durante su hospitalización.

Cuidadores principales de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna con diagnóstico de accidente cerebrovascular que no acepten participar en la investigación.

2.3. Variables, Operacionalización

Variable independiente: Habilidad del cuidador principal

Definición conceptual

Capacidad del cuidador desde su experiencia para establecer una relación con la persona cuidada, lograr la comprensión de sus necesidades y la aceptación de la modificación de su estilo de vida. ³²

Definición operacional

Capacidad del cuidador evaluada mediante el inventario de "Habilidad de cuidado del cuidador familiar".

Tabla 1. Operacionalización de la variable

| Variable | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Técnica e instrumento de recolección de datos |
|------------------------|--------------------|--------------------|--------------|--|
| Habilidad del cuidador | Relación | Orientación | 1 – 4 | Técnica: Encuesta Instrumento: “Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad Crónica” |
| | | Actitud | 5 - 7 | |
| | | Oportunidad | 8 – 11 | |
| | | Sobrecarga | 12 - 15 | |
| | | Restricción | 16 - 17 | |
| | | Dependencia | 18 - 20 | |
| | | Auto abandono | 21 - 23 | |
| | | Búsqueda de apoyo | 24 - 27 | |
| | Comprensión | Comprensión | 28 – 31 | |
| | | Intercambio | 32 - 34 | |
| | | Organización | 35 - 37 | |
| | | Presencia | 38 - 39 | |
| | | Razonamiento | 40 | |
| | | Logros | 41 - 43 | |
| Reafirmación | 44 - 45 | | | |

| | | | | |
|--|--------------------------------|---------------|---------|--|
| | Modificación de estilo de vida | Ganancia | 46 - 49 | |
| | | Cambio | 50 - 52 | |
| | | Trascendencia | 53 - 55 | |

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Para la recolección de datos se utilizó como técnica encuesta y el instrumento fue el cuestionario denominado “Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad Crónica” elaborado en el año 2008, por Lucy Barrera- Ortiz.^{32, 39}

El instrumento se encuentra constituido por 55 ítems, cuenta con una escala tipo Likert con cuatro respuestas: 1 siempre, 2 casi siempre, 3 casi nunca y 4 nunca. Las preguntas: 3,12,13,14,15,16,17,18,21,22,50,51,52, corresponde a enunciados negativos. En la interpretación la puntuación va de 55 a 220. La calificación de la habilidad del cuidado fue: nivel bajo cuando la puntuación obtenida fue de 55 a 110 puntos; nivel medio: de 111 a 165 puntos y nivel alto de 166 a 220 puntos.¹⁴

Evalúa 3 dimensiones: relación consta de 27 ítems el puntaje va de 27 a 108 incluye 8 subdimensiones orientación, actitud, oportunidad, sobrecarga, restricción, dependencia, auto abandono y búsqueda de apoyo. Dimensión modificación de vida 10 ítems con puntuación de 10 a 40 puntos posee 3 subdimensiones: ganancia, cambio y trascendencia. Dimensión comprensión consta de 18 ítems la puntuación va de 18 a 72 puntos incluye : comprensión, intercambio, organización, presencia, razonamiento , logros y reafirmación.³⁹

En su versión original el instrumento alcanzo una confiabilidad de 0,77, mientras en sus dimensiones se obtuvo 0,78 para la comprensión, 0,67 para relación y 0,53 para estilos de vida.³⁹ Además el instrumento fue validado en varias investigaciones como la realizada por Barón, L y Díaz, L.³² obteniendo una puntuación general empleando el coeficiente alfa de Cronbach de 0,74 ; mientras la dimensión relación obtuvo un puntaje 0,82, la dimensión comprensión 0,78 y la dimensión modificación de estilos de vida 0,71.

Se empleó el análisis factorial para evaluar la validez de constructo determinando que el 26% de la varianza total está contenida en tres factores: relación,

comprensión y modificación de estilos de vida. Mientras Piratoba, B.³⁹ evidenció una confiabilidad de 0,683 medida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

2.5. Procedimientos de análisis de datos

Para la obtención de los datos se aplicó el cuestionario previa autorización de la sede escogida para la ejecución el “Hospital Regional Docente Las Mercedes”. Una vez obtenidos los datos se elaboró una base de datos empleando Excel 2016, luego se procesaron los datos empleando la plataforma SPSS V. 23.0. Para el análisis de la variable habilidad de cuidado se elaboraron las tablas y figuras.

2.6. Aspectos éticos

Para la realización de la presente investigación se tomó en consideración los principios éticos básicos inscritos en el informe Belmont.³⁸

Respeto a las personas: el respeto a las personas es un principio fundamental para la investigación porque implica el reconocimiento del ser humano como un ser autónomo y libre con la capacidad de deliberar sobre sí mismo, respetando sus opiniones y juicios y tratándolos con cortesía. No respetar sus requerimientos significaría no darle libertad. Las personas con enfermedades mentales y patologías con secuelas físicas se encuentran en la pérdida de su autonomía y requieren protección durante la incapacidad.³⁸ Los cuidadores en la presente investigación no fueron forzados y pudieron deliberar voluntariamente su participación, previa firma del consentimiento informado

Beneficencia: este principio implica asegurar el bien común esto implica aumentar el beneficio y evitar los posibles daños.³⁸ Se respetó el principio de beneficencia asegurando la protección de los participantes manteniendo el anonimato y la protección de los datos obtenidos los cuales solo fueron empleados para la investigación.

Justicia: este principio implica la equidad en la selección de los participantes sin ningún tipo de restricción de individuos económicamente desfavorecidos o con

limitaciones y la discriminación por grupo étnico. ³⁸ Se aplicó el principio de justicia porque todos recibieron un trato igualitario para la elección y realización de los cuestionarios.

2.7. Criterios de rigor científico

Se consideraron los siguientes principios de rigor científico:

Credibilidad: Se refiere a la veracidad de los resultados obtenidos.⁴⁰ Se presentaron resultados del fenómeno observado, obtenidos de la aplicación del cuestionario sin modificarlos.

Transferibilidad: Se refiere a que los resultados de esta investigación no serán aplicados en otros ámbitos de acción, pero sí pueden ser utilizados como referentes para otros estudios de investigación en diversas situaciones y/o contextos, teniendo en cuenta el grado de similitud del proceso. ⁴⁰ la aplicación de este principio se refleja en la elaboración del informe de investigación como referente para futuras investigaciones sobre el tema.

Dependencia: Se refiere a la estabilidad de los datos, es decir que el investigador encuentre consistencia o estabilidad en la información recogida, ⁴⁰ lo cual se logró a través de diversos procedimientos para describir de forma detallada el análisis e interpretación de los datos.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en tablas y figuras.

Tabla 1: Características sociodemográficas de los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo 2021.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Género | | |
| Masculino | 14 | 26.9 |
| Femenino | 38 | 73.1 |
| Total | 52 | 100.0 |
| Edad del cuidador | | |
| 18 – 30 | 17 | 32.7 |
| 31 – 59 | 33 | 63.5 |
| Mayor de 60 | 2 | 3.8 |
| Total | 52 | 100.0 |
| Grado de instrucción | | |
| Primaria incompleta | 6 | 11.7 |
| Primaria completa | 6 | 11.5 |
| Secundaria incompleta | 15 | 28.8 |
| Secundaria completa | 4 | 7.7 |
| Técnico | 9 | 17.3 |
| Universidad incompleta | 2 | 3.8 |
| Universidad completa | 7 | 13.5 |
| Ninguno | 3 | 5.7 |
| Total | 52 | 100.0 |
| Estado civil | | |
| Soltero (a) | 19 | 36.5 |
| Casado (a) | 30 | 57.7 |
| Separado (a) | 3 | 5.8 |
| Total | 52 | 100.0 |
| Ocupación | | |
| Hogar | 28 | 53.8 |

| | | |
|------------------------------|----|-------|
| Empleado (a) | 9 | 17.3 |
| Trabajo independiente | 12 | 23.1 |
| Estudiante | 3 | 5.8 |
| Total | 52 | 100.0 |

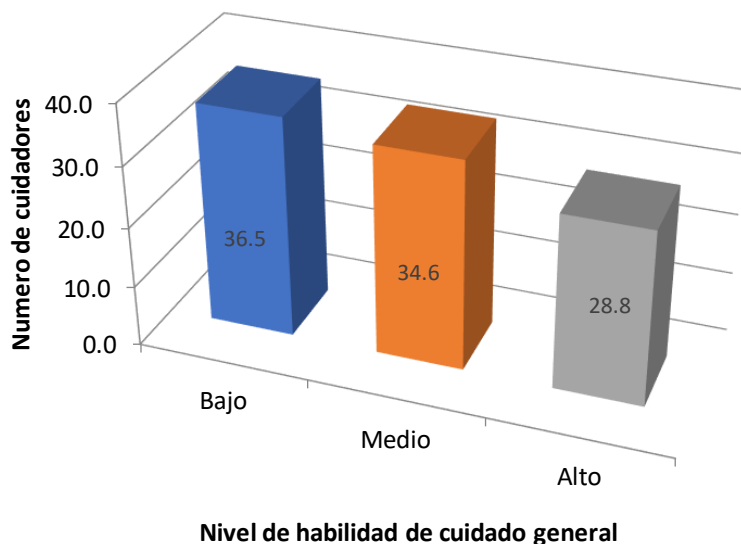
| Tiempo que lleva como cuidador | | |
|---------------------------------------|----|-------|
| 0-6 meses | 10 | 19.2 |
| 7-18 meses | 21 | 40.4 |
| 19-36 meses | 16 | 30.8 |
| Más de 37 meses | 5 | 9.6 |
| Total | 52 | 100.0 |

| Relación con la persona cuidada | | |
|--|----|-------|
| Esposo (a) | 14 | 26.9 |
| Madre/padre | 13 | 25.0 |
| Hijo (a) | 21 | 40.4 |
| Sobrino (a) | 2 | 3.8 |
| Nieto (a) | 2 | 3.8 |
| Total | 52 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de habilidad de los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo - 2021

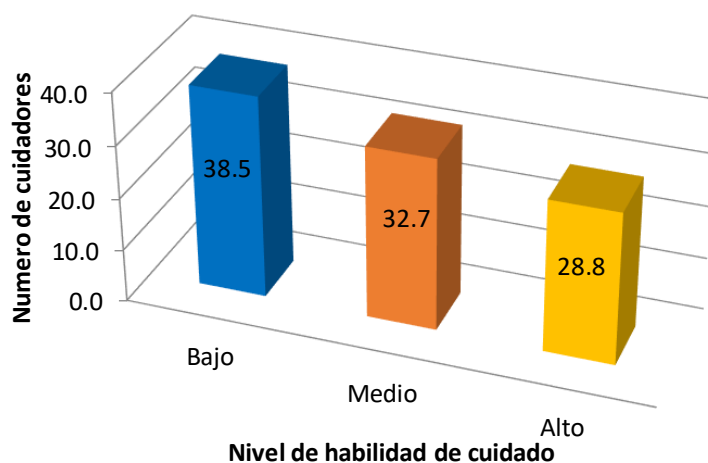
Del total de 52 cuidadores, el 73.1% los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular son del género femenino y el 26.9% son del género masculino, el 63.5% su edad se encuentra en el rango de 31-50 años y el 3.8% son mayores de 60 años, el 28.8% tienen como grado de instrucción secundaria incompleta y el 3.8% universidad incompleta, de acuerdo al estado civil el 57.7% son casados (as) y 5.8% son separados (as), el 53.8% de los cuidadores se dedican a las labores del hogar y el 5.8% son estudiantes, de acuerdo al tiempo que llevan como cuidador el 40.4% tienen 7-18 meses y el 9.6% más de 37 meses y por último, el 40.4% son hijos (as) de la persona cuidada y el 3.8% son sobrinos (as) y nietos (as).

Figura 2: Nivel de habilidad de cuidado general del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021.



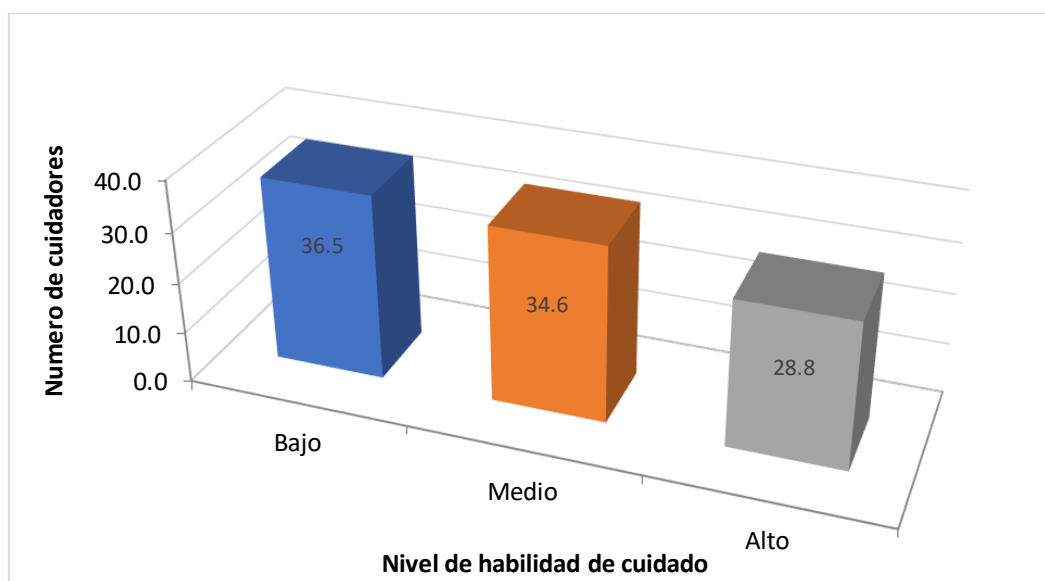
En la figura 2 se observa que el 36.5% de los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes presentan un nivel de habilidad de cuidado bajo. Solo el 28.8 % presentan un nivel alto.

Figura 3. Nivel de habilidad de cuidado en la dimensión relación del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021



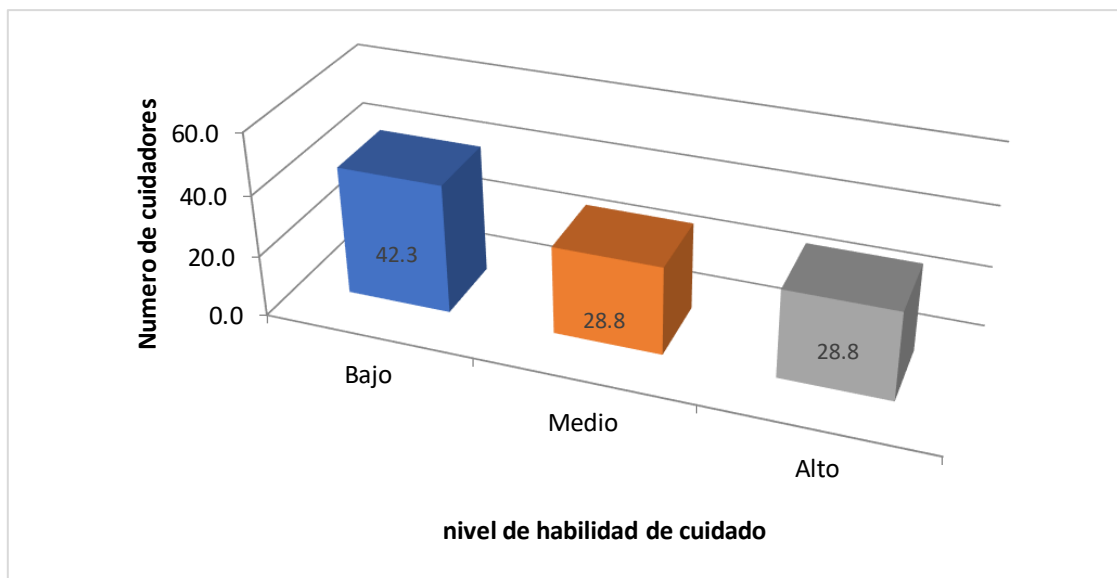
El 38.5% de los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes presentan nivel bajo de habilidad de cuidado en la dimensión relación solo el 28.8 % presentan un evidencio un nivel alto. (Figura 3)

Figura 4. Nivel de habilidad de cuidado en la dimensión comprensión del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021



Según la figura 4 en la dimensión comprensión los cuidadores principales demostraron un nivel bajo de habilidad de cuidado (36.5%) y el 28.8 % presentan un nivel alto.

Figura 5 Nivel de habilidad de cuidado en la dimensión modificación de la vida del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021



El 42.3% de los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes presentan un nivel bajo en su habilidad de cuidado dimensión modificación de la vida y el 28.8 % presentan un nivel alto. (figura 5)

3.2. Discusión de resultados

El accidente cerebro vascular es una de las principales causas de discapacidad en el mundo¹ provocando en promedio 4.5 millones de años vividos con discapacidad (AVD), incrementándose su incidencia en las últimas décadas.² Frente a esta situación se requiere de cuidados que van más allá de la atención hospitalaria, debiendo ser realizados en el hogar, siendo asumidos por un familiar, quien debe desarrollar habilidades de cuidado para contribuir a la recuperación del paciente.^{7, 8}

Respecto a las características de los cuidadores familiares que participaron en el presente estudio los resultados son similares a los reportados en otras investigaciones^{14, 15, 18, 31, 39} con relación al sexo predominó el sexo femenino en el 73.1% de los cuidadores coincidiendo con las cifras reportadas por Castilla Y,

Pardavé S.¹⁷ quienes observaron que el género femenino era el más predominante con el 96.6%, Cantillo C, Ramírez C y Perdomo A.⁸ encontró que un 60.7% eran del sexo femenino, mientras Camacho I y Riaño L.¹² quienes expresaron que el 90% de los cuidadores fueron mujeres.

Mientras Gómez, Y. et al.³¹ informo un 85,1% de mujeres que realizan este cuidado en casa. La persistencia de los roles de género se asocia a que las mujeres consideran el acto de cuidar como una extensión del rol de esposa, hija o madre y cómo labor que pueden ejercer por tiempo completo, a diferencia de los varones, quienes consideran la labor como parte de la identidad femenina y como una tarea de la cual tienen poco conocimiento.⁴¹

La edad promedio del cuidador oscila entre los 31 a 59 años similar a lo de otros estudios;^{12, 14, 15, 18, 31, 42.} es el adulto maduro quien asume esta tarea de cuidar, combinando las funciones del cuidado muchas veces con su tareas del hogar y la crianza de los hijos;³¹ esta edad se asocia con la madurez asumiendo con mayor responsabilidad el cuidado.¹⁸ Como se muestra en este estudio el 53.8% de los cuidadores se dedican a las labores del hogar coincidiendo con el estudio de Camacho I y Riaño L.¹² el 79% de sus cuidadores se encontraban dedicados al hogar, y con la investigación de Piratoba, B.³⁹ el 60,23 eran amas de casa. Estos resultados demostraron cómo los cuidadores consideraron el acto de cuidar como una responsabilidad de la vida diaria, en donde involucran la mayor parte de su tiempo, restándole importancia a sus proyectos de vida.^{14, 41}

De acuerdo al estado civil, el 57.7% son casados (as), estos datos coincidieron con los de Camacho I, Riaño L.¹² reportó 55% de los cuidadores fueron casados (as). Estos resultaron expresaron que, los cuidadores en su mayoría, vienen a ser individuos casados (as), siendo sus responsabilidades mayores debiendo atender a su familia e hijos, este hecho también se asocia con la edad del cuidador adultos de edad media.¹⁸ Pero Campiño, S.¹⁵ reportó un predominio de familiares solteros como cuidadores con un 41,2%

La relación de consanguineidad con la persona cuidada en el presente estudio el 47.3% fueron hijos (as), este dato fue muy similar a otras investigaciones en

donde la relación más relevante con la persona cuidada fue ser hijo (a), muchos cuidadores enfrentan el desafío de cuidar a su padre o madre en estado de dependencia total o parcial, quienes actúan bajo la influencia de una conexión parental. Hallazgos que difieren con la investigación de Pastrana, L. et.al.¹⁴ encontrando que un 46,3 % de los cuidadores era el cónyuge. Estos resultados difieren porque la muestra en el presente estudio las personas cuidadas fueron en su mayoría adultos mayores.

Respecto al nivel educativo el 28,8 % de los cuidadores posee un grado de instrucción de secundaria incompleta similar a lo encontrado en otros estudios^{14, 31, 39} donde el nivel educativo es bajo. Sin embargo Aguilar, Z¹⁸ reportó mayores niveles de escolaridad en los cuidadores 86.7 % completaron la secundaria y un 13.3% realizaron estudios de nivel técnicos. Siendo esta situación un factor importante para mejorar su habilidad de cuidado debido a su mayor capacidad de comprensión y resolución de problemas del familiar con discapacidad o dependencia.³¹

En el tiempo de cuidado se encontró que un 30,8 % de los participantes viene desempeñándose como cuidador por más de 19 meses coincidiendo con otros estudios como el de Pastrana, L. et.al.¹⁴ un 46,3% indico tener más de 37 meses como cuidador. Es importante recalcar que algunas investigaciones han asociado el tiempo de cuidado con un nivel bajo de habilidad de cuidado, pudiendo afectarse algunas de sus dimensiones. Pudiendo afectar la decisión del cuidador de continuar brindando cuidados, debido a que con el tiempo puede incrementarse la discapacidad y el cuidador padecer de sobrecarga laboral, variables que deben ser investigadas a mayor detalle.³¹

En la presenta investigación se empleó el instrumento “Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad Crónica” , elaborado por Lucy Barrera; instrumento creado en Colombia, debido a las similitudes de este país con el Perú, para medir las habilidades de cuidado referida no a las habilidades procedimentales sino a la capacidad y compromiso de brindarlo, siendo importante estudiarla porque se observa que cada vez hay más personas vulnerables que requieren cuidado y menos cuidadores.⁴³ El cuidador con un

nivel alto de habilidad de cuidado lo evidencia demostrando compromiso, con una presencia auténtica; para Waldow esta presencia no sólo física sino también con la mente y el espíritu. Asumiendo la responsabilidad del cuidado desarrollándose mediante ciertos criterios como disponibilidad para cuidar, receptividad de los cuidados, intencionalidad, confianza, aceptación favoreciendo el crecimiento del paciente y de él mismo.²²

La habilidad de cuidado se define como la capacidad del cuidador desde su experiencia para establecer una relación con la persona cuidada, la comprensión de sus necesidades y la aceptación de la modificación de su estilo de vida.³² Los resultados evidenciaron un nivel de habilidad de cuidado general bajo en los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular (36.5%). Se observó discrepancia con otros estudios que emplearon el mismo instrumento, los resultados de Pastrana, L et al.¹⁴ realizado en México, el 65% de los cuidadores mostraron una habilidad de cuidado alta. Similar a la reportada por Campiño, S.¹⁵ y Piratoba, B³⁹ que obtuvieron puntuaciones asociadas a una buena habilidad de cuidado.

La dimensión relación hace referencia al contacto entre cuidador – persona cuidada con el fin de asistirlo con actitud, orientación, oportunidad y su propia referencia de la situación actual.³² Se obtuvo en esta dimensión un nivel bajo en el 38,5% de los cuidadores, siendo importante para brindar cuidado establecer una relación adecuada, puesto que el cuidado como diría Waldow²⁰ es un proceso interactivo que adquiere relevancia en su relación con otro ser humano favoreciendo el desarrollo de la persona cuidada. Los resultados son contrarios a los encontrados por Pastrana, L et al.¹⁴ siendo el nivel de habilidad media (61.3%) en esta dimensión, mientras Campiño, S¹⁵ obtuvo un puntaje de 2,9 (puntaje medio en esta dimensión) al igual que Piratoba, B³⁹ con un puntaje promedio de 57.8 se ubica dentro de la habilidad de cuidado media.

En la dimensión comprensión, el cuidador evidencia entendimiento de la situación del paciente, sus necesidades, fortalezas, debilidades y elementos para su bienestar, así como conocer sus limitaciones.³² Los resultados demostraron también un nivel de habilidad de cuidado bajo en esta dimensión

con un 36.5%, en contradicción con otros estudios como el realizado por Pastrana, L et. al. donde esta dimensión alcanzó un nivel alto en el 86.2% de los cuidadores¹⁴ y un nivel bueno en esta dimensión con un el valor medio de 29.23. ³⁹ obtuvo Piratoba, B en su estudio, mientras Campiño, S identificó un nivel alto con un puntaje promedio de 3,2 punto. ¹⁵

Se encontró un nivel bajo en la dimensión modificación de la vida, con un porcentaje de 42.3% evidenciando que los cuidadores perciben cambios radicales en su estilo de vida y la ganancia personal de trascender a través del cuidado, ³² pudiendo causar sobrecarga. Contrario al encontrado por Pastrana, L et al. ¹⁴ en esta dimensión el nivel fue alto (68.8%) y Campiño, S ¹⁵ la dimensión de modificación de vida obtuvo un promedio de 2,9 puntos es decir un valor medio. Mientras Piratoba, B ³⁹ el promedio de puntuación fue de 17.83 evidenciando una habilidad de cuidado adecuada en esta dimensión.

Se demostró un nivel de habilidad de cuidado bajo actualmente en los cuidadores que brindan atención a una persona dependiente, además estos resultaron apuntan hacia la necesidad replantearse estrategias adecuadas para mejorar el nivel de habilidad de cuidado entre los miembros de la familia garantizando un cuidado adecuado de la persona cuidada y del cuidador. Partiendo según Waldow de la premisa que cada ser humano es un ser cuidado y posee desde su nacimiento un potencial para brindarlo. ²¹

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

En la investigación se encontró que los cuidadores principales en su mayoría son mujeres, con secundaria incompleta, su rango de edad es de 31-59 años, las cuales tienen tiempo como cuidador 7-18 meses, son hijos (as), casados (as) y que se dedican a las labores del hogar, lo que nos dice que la asignación de esta labor persiste en el sexo femenino a lo largo de los años.

Se identificó en los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular un nivel de habilidad de cuidado general baja.

Los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular manifiestan un nivel bajo de habilidad de cuidado en la dimensión relación, no lograron establecer una conexión sólida entre familiar y persona cuidada.

Los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular manifiestan un nivel bajo de habilidad de cuidado en la dimensión comprensión. Es decir, el cuidador en su mayoría no entiende la situación por la que atravesaron al iniciar la labor, dándose cuenta de que atender a un paciente con discapacidad resulta agotador y estresante.

Los cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular manifiestan un nivel bajo de habilidad de cuidado en la dimensión modificación de la vida, el cuidador principal no logra aceptar los cambios generados en su entorno.

4.2. Recomendaciones

A la Universidad Señor de Sipán:

Promover las investigaciones durante el pregrado sobre la habilidad de cuidado del cuidador principal de pacientes con secuelas de Accidente Cerebrovascular.

Al Hospital Regional Docente Las Mercedes:

Se recomienda el diseño de programas de intervención multidisciplinaria que sea dirigido para los cuidadores principales para potenciar los cuidados únicos y humanizados brindados a las necesidades concretas del paciente que los recibe, con el fin de promover el bienestar físico, social y emocional del cuidador y la detección oportuna de consecuencias de un mal cuidado y mejorar sus habilidades de cuidado.

A las enfermeras del Servicio de Medicina:

Los resultados expuestos expresan la necesidad de educar, concientizar y sobre todo brindar apoyo moral al cuidador para mejorar los cuidados. Se recomienda realizar cursos de capacitación sobre los cuidados a los pacientes con secuelas de un Accidente Cerebrovascular para optimizar un cuidado de calidad.

REFERENCIAS

1. Bill F, Foundation MG. Articles Global , regional , and national burden of stroke and its risk factors , 1990 – 2019 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. 2021;20(October):795-820.
2. Pan American Health Organization. La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019 [Internet]. Portal de Datos de NMH. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedades-no-transmisibles-salud-mental/portal-datos-enfermedades-no-transmisibles-salud-0>
3. Bernabé-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Incidence rate of stroke in Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021;38(3):399-405.
4. Rahbar MH, Medrano M, Diaz-Garelli F, Gonzalez Villaman C, Saroukhani S, Kim S, et al. Younger age of stroke in low-middle income countries is related to healthcare access and quality. Ann Clin Transl Neurol [Internet]. 9 de marzo de 2022;9(3):415-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35142101/>
5. Owolabi MO, Thrift AG, Mahal A, Ishida M, Martins S, Johnson WD, et al. Health Policy Primary stroke prevention worldwide : translating evidence into action. Lancet Public Heal [Internet]. 2022;7(1):74-85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756176/>
6. Paixão Teixeira C, Silva L. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. Enferm Glob [Internet]. 2009;(15):1-12. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100019
7. Jiménez D. Discapacidad y rehabilitación en el accidente cerebrovascular: Rol de Enfermería. Ocronos [Internet]. 2020;3(5):691. Disponible en: <https://revistamedica.com/discapacidad-rehabilitacion-accidente-cerebrovascular-enfermeria/>

8. Cantillo-Medina CP, Ramírez-Perdomo CA, Perdomo-Romero AY. Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. Cienc y enfermería [Internet]. diciembre de 2018;24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100216&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Barrera Ortiz L, Campos MS, Gallardo Solarte K, Coral Ibarra RDC, Hernández Bustos A. Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macro regiones geográficas de Colombia. Univ y Salud [Internet]. 29 de abril de 2016;18(1):102. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2727>
10. Ministerio de educación política social y deporte de España. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>
11. Jimeno F. Los cuidados familiares en el marco del sistema de dependencia español. e-Revista Int la Protección Soc [Internet]. 2020;V(1):198-214. Disponible en: <https://revistascientificas.us.es/index.php/erips/article/view/13175/11360>
12. Camacho I, Riaño A. Estudio piloto para determinar la habilidad del cuidado en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisible, en el Hospital Universitario Los Comuneros Bucaramanga en el año 2017 [Internet]. Universidad de Santander UDES; 2017. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/389/1/>
13. Pérez E. Percepción de la habilidad de cuidado de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas. [Internet]. Universidad cooperativa de Colombia; 2016. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/240/1/>
14. Pastrana-Villafuerte LM. Habilidad de cuidado del cuidador principal del

- adulto mayor con diálisis peritoneal. Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc [Internet]. 27 de abril de 2021;29(1):12-9. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1283821>
15. Campiño SM. Habilidad de cuidado del cuidador de adultos mayores no institucionalizados de Manizales – Caldas, Colombia. Horiz Enferm [Internet]. 2019;30(3):209-20. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223550>
 16. Carreño SP, Chaparro-díaz L, Patricia S, Lorena CY. Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil , habilidad de cuidado y sobrecarga 1 Groups of Family Caregivers in Colombia: Profile , Caregiving Ability and Overburdening Agrupações de cuidadores familiares na Colômbia: perfil , habilidade. Pensam Psicológico. 2017;15(1):87-101.
 17. Castilla Y, Pardavé L, Díaz M. Habilidad de cuidado del cuidador informal de los pacientes con enfermedades crónicas del centro de atención primaria III EsSalud, el Agustino, 2018 [Internet]. Universidad Peruana Union; 2018. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2271/YuzzeIli_Trabajo_Bachiller_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 18. Aguilar Z. Habilidad del cuidado del cuidador informal de pacientes con enfermedades neurológicas discapacitantes servicio de neurología del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-2018 [Internet]. Universidad Cesar Vallejos; 2018. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27812/Aguilar_RZN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 19. Carrillo GM, Sánchez Herrera B, Barrera Ortiz L. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños con cáncer. Rev Salud Pública [Internet]. 18 de noviembre de 2015;17(3):394-403. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/32408>
 20. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco AL, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E.

- Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Enfermería Univ [Internet]. julio de 2017;14(3):191-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>
21. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. Investig en Enfermería Imagen y Desarro [Internet]. 22 de diciembre de 2014;17(1):13-25. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7888>
 22. Waldow VR. Cogitando sobre o cuidado humano. Cogitare Enferm. 1998;3(2):7-10.
 23. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco AL, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Enfermería Univ. julio de 2017;14(3):191-8.
 24. Ruiz Ríos AE, Nava Galán MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Rev Enfermería Neurológica [Internet]. 31 de diciembre de 2012;11(3):163-9. Disponible en: <https://revenferneurolinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/149>
 25. Pastrana-Villafuerte LM. Habilidad de cuidado del cuidador principal del adulto mayor con diálisis peritoneal. Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc [Internet]. 27 de abril de 2021;29(1):12-9. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1164.
 26. Pérez Jarauta MJ EOM. Cuidar y cuidarse [Internet]. 2001. 44 p. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/echauri-cuidar-01.pdf>
 27. Portillo Torres MC. Educación por habilidades: Perspectivas y retos para el sistema educativo. Rev Educ. 2017;41(2):1.
 28. Sopena. Sopena Diccionario ilustrado Aristos. Editorial Ramon Sopena S.A Mac-Libertad; 2006. 456 p.

29. Evans V. Life skills education for children and adolescents Introduction and Guidelines to Facilitate the Development. 1997.
30. Margarita D, Arrieta M. Habilidades para la vida. Habilidades para la vida Aproximaciones.
31. Meza YG, Villareal Amarís G, Patricia K, Meza B, Madrid Gómez IP, Iveth L, et al. Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica, Sincelejo, Colombia Family Caregiver Ability And Its Relationship To The Time Of Adult Wholesale With Chronic Disease Care Sincelejo, Colombia. Vol. 1, REVISALUD Unisucre. 2013.
32. Yamile L, Díaz B, Patricia L, Heredia D. Confiabilidad y validez de constructo del instrumento Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad Crónica* Reliability and Construct Validity of the Instrument Ability of Family Caregivers Care of People Living Situations of C [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145256681010>
33. García Alfonso C, Martínez Reyes AE, García V, Ricaurte Fajardo A, Torres I, Coral Casas J. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. Univ Médica [Internet]. 25 de junio de 2019;60(3):1-17. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n3/0041-9095-unmed-60-03-00041.pdf>
34. Gutiérrez López Y, Chang Fonseca D, Carranza Zamora AJ. Evento cerebro vascular isquémico agudo. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de mayo de 2020;5(5):e476. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/476/820>
35. Essalud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa Aguda del ataque cerebrovascular isquémico [Internet]. Lima; 2018. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Ataque_Cerebrovascular_vers_corta.pdf

36. Oberreuter G, Silva N, Caba S, Morales M, Nieto E, Guevara C. Accidente cerebrovascular isquémico en pacientes con trombo intracavitario: Experiencia con tratamientos distintos en fase aguda. Rev Med Chil [Internet]. septiembre de 2014;142(9):1200-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900015&lng=en&nrm=iso&tlng=en

37. Anselmo F, Flores S, De Revisión A. Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos Epistemic Fundamentals of Qualitative and Quantitative Research: Consensus and Dissensus Fundamentos epistémicos da pesquisa qualitativa e quantitativa: consensos e dissensos. 13(1):102-22. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-0144-9892doi:https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>

38. Hernández R, Fernandez C, Baptista M. Metodología de la Investigación [Internet]. Sexta edic. Mc Graw Hill Education; 2017. 634 p. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

39. Piratoba B. Confiabilidad del instrumento para medir “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica” en cuidadores de personas mayores de la localidad de Usaquén. Bogotá. Distrito Capital / Reliability of the instrument to measure. Universidad nacional de Colombia; 2011.

40. Suárez Durán ME, Jiménez JM, Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Ciències de l’Educació i Psicologia de Tarragona., Universitat Rovira i Virgili. Departament de Pedagogia. Capítulo X. el carácter científico de la investigación. En: El Saber pedagógico de los profesores de la Universidad de los Andes Táchira y sus implicaciones en la enseñanza tesis presentada como requisito para aspirar al grado de Doctor en Pedagogía [Internet]. Universitat Rovira i Virgili; 2007. Disponible en: <https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8922/10CapituloXElcaracterCientificodelainvestigaciontfc.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=>

41. Ministerio de educación política social y deporte de España. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los

mayores. 2008.

42. Benítez M, Moreno SC. Care ability and caregiver strain of family caregivers of people with cancer. JournaluscoEduCo [Internet]. 2015;9-14. Disponible en: <http://journalusco.edu.co/index.php/RFSHabilidaddecuidadoysobrecargaencuidadoresfamiliaresdepersonasconcancer>
43. Moreno, Maria;Barrera, Lucy; Galvis C;, Pinto N, Pinzon M, Romero E, Sanchez B. la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad cronica. Invest Educ Enferm [Internet]. 2006;24(1):36-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a04.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que he sido informado (a) con claridad y veracidad de los fines tratados en el proyecto de investigación de la estudiante María de Fátima Castillo Rivasplata, titulado “Habilidad de cuidado del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular, Chiclayo-2021” que tiene como objetivo principal: Determinar el nivel de habilidad de cuidado del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021

Cuento con la seguridad de la confidencialidad de la información que aportaré y que no será utilizada para otro propósito sin mi consentimiento, por lo tanto, no afectará mi situación personal. Así como también podré realizar interrogantes si lo considero necesario o abandonar el proyecto.

En pleno uso de mis facultades y voluntariamente encuentro conveniente firmar y acepto colaborar en el procedimiento activamente. Por lo expuesto, otorgo mi consentimiento a que se realice el cuestionario o entrevista.

Firma del participante

Firma de la investigadora
Int Enf María de Fátima Catillo Rivasplata

ANEXO 2:

INSTRUMENTO HABILIDAD DE CUIDADO DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA – FICHA TÉCNICA

1. DATOS DEL INSTRUMENTO:

1.1 NOMBRE: Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica

1.2 AUTOR Y AÑO: Lucy Barrera Ortiz en el año 2008

1.3 ADMINISTRACIÓN: Individual

1.4 DURACIÓN: 20 – 40 minutos.

2. RECOMENDADO PARA:

Medir el cuidado y ayudar a identificar deficiencias del cuidador en cuanto a información y destreza, así como también necesidades individuales.

3. DIRIGIDO A:

Cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica, que proporcione una asistencia básica en la vida diaria del enfermo, que posee una responsabilidad y asume decisiones acertadas para el cuidado óptimo

4. MATERIALES NECESARIOS:

Lápiz, borrador y fotocopia del instrumento

5. NORMAS DE CALIFICACIÓN:

- El instrumento cuenta con una escala tipo Likert con cuatro respuestas: siempre, casi siempre, casi nunca y nunca.
- Además, evalúa 3 dimensiones: relación, comprensión y modificación de la vida diaria considerando 55 ítems para la evaluación
- Los ítems negativos son: 3,12,13,14,15,16,17,18, 21, 22, 23, 50, 51, 52 que se evalúan en una escala Likert así: siempre (1), casi siempre (2), casi nunca (3) y nunca (4).
- Los ítems son positivos se evalúan de manera inversa: siempre (4), casi siempre (3), casi nunca (2) y nunca (1) estos son: 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,19,20, 24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46, 47,48, 49,53,54,55.

CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES

1. Género

- Masculino
- Femenino

2. Edad del cuidador

- Menor de 17 años
- 18 – 30
- 31 – 59
- Mayor de 60

3. Grado de instrucción

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Técnico
- Universidad incompleta
- Universidad completa
- Ninguno

4. Estado civil

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Separado (a)
- Viudo (a)

5. Ocupación

- Hogar
- Empleado (a)
- Trabajo independiente
- Estudiante
- Otros: _____

6. Tiempo que lleva como cuidador:

- 0-6 meses
- 7-18 meses
- 19-36 meses
- Más de 37 meses

7. Relación con la persona cuidada

- Esposo (a)
- Madre/padre
- Hijo (a)
- Sobrino (a)
- Nieto (a)
- Amigo (a)

**INSTRUMENTO HABILIDAD DE CUIDADO DEL CUIDADOR FAMILIAR
(Barrera, 2008)**

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario tiene como propósito medir la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares, enfocándose en sus tres dimensiones: relación, comprensión, modificación de la vida. Es de carácter anónimo y personal.

Responderá una serie de afirmaciones, las cuales tienen una escala tipo Likert, marcando con un aspa (X) la frecuencia con la cual Ud. Realiza

| No. | ITEMS | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | CASI NUNCA | NUNCA |
|--------------------|--|---------|--------------|------------|-------|
| RELACIÓN | | | | | |
| ORIENTACIÓN | | | | | |
| 1 | Tengo la información necesaria para cuidar a mi familiar enfermo. | | | | |
| 2 | Me producen disgusto las reacciones de mi familiar | | | | |
| 3 | Me angustia el cuidado de mi familiar | | | | |
| 4 | Puedo tomar decisiones con seguridad sobre el cuidado de mi familiar | | | | |
| ACTITUD | | | | | |
| 5 | Me preocupa enfermarme | | | | |
| 6 | Mi labor como cuidador en general es bien valorada. | | | | |
| 7 | Soy capaz de solucionar los problemas de cuidado de mi familiar | | | | |
| OPORTUNIDAD | | | | | |
| 8 | Busco enriquecerme con la experiencia de otros cuidadores. | | | | |
| 9 | La experiencia de otras personas me ha sido útil para mejorar el cuidado que doy a mi familiar | | | | |
| 10 | He logrado experiencia con el cuidado de mi familiar | | | | |
| 11 | La relación con mi familiar, me da fortaleza para | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|--|
| | continuar respondiendo por su cuidado. | | | | |
| SOBRECARGA | | | | | |
| 12 | Tengo cansancio físico por las responsabilidades de cuidado que tengo | | | | |
| 13 | Cuidar a mi familiar es demasiada responsabilidad sobre mí. | | | | |
| 14 | Nadie me ayuda con la responsabilidad de cuidar a mi familiar | | | | |
| 15 | El presupuesto disponible para el hogar resulta insuficiente con el cuidado de mi familiar | | | | |
| RESTRICCIÓN | | | | | |
| 16 | No puedo responder por el cuidado que necesita mi familiar | | | | |
| 17 | Tengo limitaciones para dar el cuidado que requiere mi familiar enfermo | | | | |
| DEPENDENCIA | | | | | |
| 18 | Necesito ayuda de otro para cuidar a mi familiar | | | | |
| 19 | Puedo ocuparme en otras actividades diferentes al cuidado de mi familiar | | | | |
| 20 | Hay otras personas que pueden ayudarme a cuidar bien a mi familiar | | | | |
| AUTOABANDONO | | | | | |
| 21 | Mi salud ha pasado a un segundo plano frente a la de mi familiar enfermo | | | | |
| 22 | Mis necesidades siempre van después de las de mi familiar enfermo. | | | | |
| 23 | Lo único importante es cuidar a mi familiar enfermo. | | | | |
| BUSQUEDA DE APOYO | | | | | |
| 24 | Recibo ayuda de mis personas cercanas cuando la necesito para el cuidado de mi familiar enfermo | | | | |

| | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|
| 25 | Recibo apoyo de personal de salud capacitado para cuidar a mi familia | | | | |
| 26 | La fe en Dios (o una ser o fuerza superior) me apoyan en el cuidado de mi familiar | | | | |
| 27 | Mis personas cercanas conocen el cuidado que requiere mi familiar enfermo | | | | |
| COMPRENSIÓN | | | | | |
| COMPRENSIÓN | | | | | |
| 28 | Logro comprender los comportamientos difíciles de mi familiar enfermo | | | | |
| 29 | He aprendido a usar mis conocimientos en el cuidado de mi familiar enfermo | | | | |
| 30 | Comprendo el proceso de la enfermedad de mi familiar | | | | |
| 31 | Comprendo de tratamiento que tiene de mi familiar enfermo | | | | |
| INTERCAMBIO | | | | | |
| 32 | Confío en la ayuda que me ofrecen mis personas cercanas para cuidar a mi familiar | | | | |
| 33 | Estoy satisfecho con la forma como cuido a mi familiar enfermo | | | | |
| 34 | Comparto con otros mis sentimientos sobre el cuidado de mi familiar | | | | |
| ORGANIZACIÓN | | | | | |
| 35 | Puedo delegar funciones del cuidado de mi familiar enfermo a otras personas cercanas | | | | |
| 36 | Organizo con el apoyo de otras personas el cuidado de mi familiar. | | | | |
| 37 | Pido que me reemplacen en el cuidado de mi familiar, cuando otras tengo actividades pendientes | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|--|--|
| | PRESENCIA | | | | |
| 38 | Estoy presente cuando mi familiar enfermo me necesita | | | | |
| 39 | Pienso que hare cuando mi familiar enfermo no este | | | | |
| | RAZONAMIENTO | | | | |
| 40 | Reflexiono en mi propio cuidado a la vez que cuidado a mi familiar. | | | | |
| | LOGROS | | | | |
| 41 | Tengo paciencia para cuidar a mi familiar | | | | |
| 42 | Valoro los apoyos que recibo en el cuidado de mi familia | | | | |
| 43 | Tengo fortaleza para seguir adelante con el cuidado de mi familiar | | | | |
| | REAFIRMACIÓN | | | | |
| 44 | Hago bien mi labor de cuidado de mi familiar | | | | |
| 45 | Las personas cercanas reconocen mi labor de cuidado de mi familiar | | | | |
| MODIFICACIÓN DE LA VIDA | | | | | |
| | GANANCIA | | | | |
| 46 | Logro aceptar la situación de enfermedad de mi familiar | | | | |
| 47 | Estoy tranquilo con el cumplimiento del deber de cuidar a mi familiar enfermo | | | | |
| 48 | Soy capaz de ayudar a otros cuidadores de familiares enfermos | | | | |
| 49 | Con la experiencia de cuidado de mi familiar he aprendido lo que en la vida es importante | | | | |
| | CAMBIO | | | | |
| 50 | Me he aislado por cuidar a mi familiar enfermo | | | | |
| 51 | Las tareas de cada uno de mis familiares han cambiado en su | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|---|--|--|--|--|
| | distribución para el cuidado de mi familiar | | | | |
| 52 | El tiempo es insuficiente para todo lo que debo hacer más el cuidado de mi familiar | | | | |
| TRASCENDENCIA | | | | | |
| 53 | Enseño a otros lo que he aprendido al cuidar a mi familiar | | | | |
| 54 | Lo que aprendo sobre el cuidado lo aplico con mi familiar enfermo | | | | |
| 55 | Mi vida se ha modificado positivamente gracias a la experiencia de cuidar a mi familiar | | | | |

PUNTUACIÓN DEL INSTRUMENTO:

| Dimensión | Clasificación | N° Ítems (+) | N° Ítems (-) | Ítems | Puntos mínimos | Puntos máximos |
|--------------------------------|-------------------|--------------|--------------|-------|----------------|----------------|
| Relación | 4I. Orientación | 3 | 1 | 1-4 | 27 | 108 |
| | 3I. Actitud | 3 | 0 | 5-7 | | |
| | 4I. Oportunidad | 4 | 0 | 8-11 | | |
| | 4I. Sobrecarga | 0 | 4 | 12-15 | | |
| | 2I. Restricción | 0 | 2 | 26-17 | | |
| | 3I. Dependencia | 2 | 1 | 18-20 | | |
| | 3I. Auto abandono | 0 | 3 | 21-23 | | |
| 4I. Búsqueda de Apoyo | 4 | 0 | 24-27 | | | |
| Comprensión | 4I. Comprensión | 4 | 0 | 28-31 | 18 | 72 |
| | 3I. Intercambio | 3 | 0 | 32-34 | | |
| | 3I. Organización | 3 | 0 | 35-37 | | |
| | 2I. Presencia | 2 | 0 | 38-39 | | |
| | 1I. Razonamiento | 1 | 0 | 40 | | |
| | 3I. Logros | 3 | 0 | 41-43 | | |
| | 2I. Reafirmación | 2 | 0 | 44-45 | | |
| Modificación de la vida | 4I. Ganancia | 4 | 0 | 46-49 | 10 | 40 |
| | 3I. Cambio | 0 | 3 | 50-52 | | |
| | 3I. Trascendencia | 3 | 0 | 53-55 | | |
| Puntuación | | 41 | 14 | 1-220 | 55 | 220 |

ANEXO 4:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: HABILIDAD DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, CHICLAYO – 2020

Investigadora: Bach. María de Fátima Castillo Rivasplata

Asesora: Mg. Myriam Elizabeth Calderón Ruiz

| Problema | Pregunta de investigación | Objetivo de la investigación | Variables | Población Y Muestra | Enfoque/Nivel Alcance/Diseño | Técnica / Instrumento |
|--|---|--|---|---|--|--|
| Cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular con una inadecuada habilidad de cuidado, es decir la capacidad que tiene en su experiencia de cuidado para establecer la relación, comprensión y modificación de la vida | ¿Cuál es la habilidad de cuidado del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo - 2021? | <p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el nivel de habilidad de cuidado del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Caracterizar a los cuidadores principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021</p> <p>Identificar el nivel de habilidad de cuidado en la</p> | VI: Habilidad de cuidado del cuidador principal | <p>Población: 80 cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular del servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”.</p> <p>Muestra: 52 cuidadores principales de pacientes con accidente cerebrovascular del servicio de Medicina</p> | <p>Enfoque: Descriptivo (Gómez J, Villasis M, Miranda G, 2016)</p> <p>Alcance: No experimental, de corte transversal. (Tamayo, Tamayo, 2012)</p> | <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: cuestionario</p> <p>Habilidad de cuidado del cuidador familiar (Lucy Barrera Ortiz, 2008)</p> |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| | | <p>dimensión relación del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021</p> <p>Identificar el nivel de habilidad de cuidado en la dimensión comprensión del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021.</p> <p>Identificar el nivel de habilidad de cuidado en la dimensión modificación de la vida del cuidador principal de pacientes con accidente cerebrovascular en el Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo – 2021.</p> | | <p>Interna del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”</p> | | |
|--|--|---|--|---|--|--|



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

N° 026/21

AUTORIZACION

El Director y Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, Autoriza a:

CASTILLO RIVASPLATA MARÍA DE FÁTIMA

Estudiante de la facultad de enfermería, de la universidad Señor de Sipán; para que realice la Ejecución de su Proyecto de Tesis Titulado: "HABILIDAD DEL CUIDADOR PINCIPAL EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULAR CHICLAYO-2020 en el departamento de Medicina de este nosocomio, debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Mayo del 2021.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO
y
Dr. Plinio Junior Muro Solano
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP. 0426 / RNE. 38125

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP. REG. DOC. "LAS MERCEDES" CH.
y
Mag. Isabel G. Lizarraga de Magaña
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

CARTA N°07/2020 EE/FACCSA
DR. PLINIO MURO SOLANO
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente le expreso nuestro cordial saludo institucional, a la vez presentarle a, **CASTILLO RIVASPLATA MARÍA DE FATIMA** estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, que está realizando el proyecto de investigación denominado: "HABILIDAD DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, CHICLAYO-2020", este proyecto es requisito fundamental en la asignatura de Investigación II.

Motivo por el cual, acudo a su despacho para solicitarle tenga a bien conceder el permiso a la estudiante para ejecutar el proyecto de investigación en la institución que usted tan dignamente dirige.

Agradecido por la atención.
Sin otro particular, me despido de usted
Atentamente,



Mg. Cindy Elizabeth Vargas Cabrera
Directora de la Escuela Profesional de Enfermería

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "LAS MERCEDES" - CH.

05 MAY 2021

TRAMITE DOCUMENTAR

FECHA: 10/30 FIRMA: 

HRDLM
N° REG. DOC. 3847100-2
HRDLM
N° REG. DOC.

Castillo Rivasplata

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet | 6% |
| 2 | repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet | 6% |
| 3 | Submitted to Universidad de Salamanca Trabajo del estudiante | 1% |
| 4 | repositorio.unimagdalena.edu.co Fuente de Internet | 1% |
| 5 | Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante | 1% |
| 6 | dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 7 | dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet | <1% |
| 8 | renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet | <1% |
| 9 | ninive.uaslp.mx Fuente de Internet | <1% |