



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA PARA
MEJORAR EL AUTOCAUIDADO DE CUIDADORES PRIMARIOS EN EL HOGAR**

TESIS

Que para optar por el grado de
MAESTRO EN ENFERMERÍA
(CIENCIAS SOCIO HUMANÍSTICAS)

Presenta:

Lic. en Enf. **Eduardo Velazquez Moreno**

Tutora: Dra. **María Susana González Velázquez**

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Cotutora: Mtra. **Belinda de la Peña León**

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Cd. Mex. Enero 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

Ciudad Universitaria, D. F. a 05 de diciembre del 2019.

LIC. EN ENF. EDUARDO VELÁZQUEZ MORENO
No. de Cuenta 412016323

PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que el Comité Académico de la Maestría en Enfermería, en su reunión ordinaria del 03 de diciembre del 2019, aprobó el jurado para la presentación de su examen para obtener el grado de **Maestro(a) en Enfermería (ciencias socio-humanísticas)** del Posgrado en Enfermería, con la tesis titulada

"PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO DE CUIDADORES PRIMARIOS EN EL HOGAR"

Integrado de la siguiente manera:

Presidente Doctora Ana María Lara Barrón

Vocal Doctora María Susana González Velázquez

Secretario Doctora Liliana González Juárez

Suplente Maestra Belinda de la Peña León

Suplente Doctor Juan Pineda Olvera

Sin más por el momento, me despido

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

C.c.p. Expediente alumno

AJ-F3

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTOS

A la Coordinación profesores y compañeros del **Programa de Maestría en Enfermería (PME)** por la oportunidad, apoyo y guía en este proceso de formación y transformación humana. Estaré siempre agradecido.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)** por el apoyo otorgado con beca para cursar la Maestría en Enfermería. Número de Becario/CVU: **886487**. Su apoyo fue invaluable.

A la **Coordinación de Estudios de Posgrado (CEP)** por el apoyo proporcionado a través de **Programa de Apoyo a los Estudios de Posgrado (PAEP)** para realizar actividades académicas que contribuyeron de manera directa a enriquecer el presente trabajo de investigación y a elevar la calidad de mi formación.

A la **Dra. Shioban Guerrero Mcmanus** por su dedicación y paciencia.

A los responsables y **pasantes de enfermería** del proyecto: *Formación de enfermeras en comunidad para enfermedades crónicas degenerativas* por el acompañamiento durante la recolección de información para el presente trabajo.

A los profesores de la **Escuela Superior de Coímbra Rui, Verónica, Rui y Cristobal** por el recibimiento y dedicación durante el curso de simuladores clínicos.

AGRADECIMIENTOS PERSONALES

Dra. Silvia Crespo Knopfler me permitiste seguir tus pasos estos años, amiga y mentora de vida. Pude ver en ti el verdadero significado de cuidar, enseñar y transformar al ser humano. ¿Tuvo alguien mejor maestro? Las palabras me serán siempre insuficientes para agradecerte y sin embargo no puedo menos que decirte, desde todo lo que soy. ¡Gracias!

En la creación de Dios, nada tiene fin. Todo lo que es verdadero, permanece.

La flor que en su jardín florece y se musita no es que se acaba; florece una y otra vez.

A mi tutora: **Dra. María Susana González Velázquez** por confiar su prestigio académico a quienes damos nuestros primeros pasos en la investigación, recordare siempre la calidad de su apoyo. Aprendí grandes lecciones de vida en el desarrollo de esta tesis gracias a usted.

Qué ejercicio tan necesario y saludable poder discrepar... One, U2.

A mi cotutora: **Mtra. Belinda de la Peña León**, una vez más inyectaste la motivación necesaria para poder alcanzar grandes metas, tu acompañamiento en el desarrollo del presente trabajo, de mis estudios y de mí como ser humano los tendré siempre presentes.

El poder verdadero de dios no está en la tormenta, sino en el céfiro.

A la coordinadora del PME: **Dra. Gandhi Ponce Gómez** por su desatacado y constante compromiso para con el desarrollo y crecimiento del programa y sus estudiantes. Ante la adversidad, los problemas y las dificultades un buen líder siempre nos estuvo cuidando.

Que no desfallezcan tus manos, pues hay recompensa para vuestra obra. 2 Crónicas 15: 7

A la **Mtra Karina García Rangel** por su ayuda y guía metodológica que sin importar el horario, lo ocupado de su agenda o lo a veces inentendible de mi gramática siempre dedicó un minuto a atender mis dudas.

La gran virtud de un maestro está en escuchar para luego poder iluminar.

A la **Dra. Pilar Sosa Rosas** por mostrarme las bases para el diálogo, la duda, la reflexión, la crítica y con ello una mirada diferente de la profesión que amo.

La labor del buen profesor radica en volver sencillo lo que alguna vez fue complejo.

A la **Dra. Elsa Correa Muñoz** por la gran dedicación y pasión por la investigación que transmite en cada seminario, curso y diplomado.

La vida se nos da, y la merecemos dándola.

A la **Dra. Liliana González Juárez** gracias por su visión y experiencia. Representó una gran influencia para el desarrollo del presente trabajo.

La enfermería como todo acto humano, es un acto social.

A los **cuidadores, profesores y profesionales** de la salud que apoyaron con su participación en las rondas de jueceo de material didáctico y validez de instrumento, por su gran colaboración, tiempo, aportaciones y experiencia.

Cuan infinitas pueden ser las posibilidades cuando aprendemos a colaborar.

A las **Licenciadas Gema Sticker Mujica y Teresita Garibay Navarrete** por su apoyo y amistad en los ya de por si complejos y extensos trámites necesarios para el funcionamiento del PME.

Es noble y sincero quien ayuda y es solidario.

A **Marcio Jiménez Gutiérrez**. Catalizador Vigotskiano del aprendizaje crítico, excelente ser humano y buen amigo. ¡Gracias!

Donde hay poder, hay resistencia...

DEDICATORIA

Al ser supremo: Dedico este esfuerzo a tu presencia. Permite que mi vida, la convivencia con quienes amo y que cada paso que dé sea en la dirección que tu decidas para mí.

A Silvia Moreno López, Blas Velazquez Plata y Clara Plata Amaya: Les dedico el minuto 60 de mi hora de esfuerzo, la espina en mi mano y el ardor de mis ojos. Los amo con el alma.

A Elizabeth Mayorga y Guadalupe Herrera: Les dedico este paso con mucho esfuerzo y gran cariño. Siempre les estaré agradecido.

A Karen Saidy: Cada paso que di en los últimos 3 años parecía alejarme más de ti y eso me llenaba de temor pero en el fondo de mi ser sabía que era el camino necesario que debería seguir si quería una vida contigo. Hoy después de muchas noches en vela, de grandes temores y distancia puedo sonreír al ver que hubo alguien esperándome y que ahora me recibe con los brazos abiertos para continuar lo que nos quede de vida. Dedico este pequeño triunfo a nuestra relación y deseo que sea solo un capítulo más en nuestra historia de amor.

A Gerardo Mejía, Laura Ariza, Hugo Jurado, David Gutiérrez, Cindy Pastrana, Xóchitl Moreno, Wendy Jiménez, Cada Galeana, Carol Suarez, Brenda Zepeda e Israel Ramírez: Fui bendecido con su amistad, hermandad, cariño y bromas, lo que hicieron de ésta tesis un recordatorio constante de ustedes, de sus familias y de cuanto deseaba compartir este esfuerzo con quienes verdaderamente me conocen. Les dedico la más arriesgada, honesta y laboriosa empresa que hasta el momento he emprendido; los postulados de mi tesis de maestría.

A Alejandra Soria: “*Éxito antes que trabajo solo se encuentra en el diccionario*” quizá sea la frase que más repetí en nuestro tiempo, así que quiero dedicarte las frases en cursiva de los agradecimientos que elegí con mucho cuidado y cariño para ti.

A mis empleadores de los años 2017 a 2019 quienes tuvieron la confianza de solicitarme o aceptarme un consejo, les dedico los apartados de *Material y método* y de *Resultados*. Sé que mi forma de ver el mundo cambió a raíz de tratar de resolver los problemas que me confiaron.

*“Es trabajando, como aparece la única posibilidad de que el artista
llegue por sus propios medios a las grandes creaciones”*

Manuel Rodríguez Lozano

*“No cualquiera puede convertirse en un gran artista,
pero un gran artista puede provenir de cualquier lugar”*

Ratatouille. Película 2007

Resumen

Introducción: Los cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles son un grupo susceptible al déficit de autocuidado debido al estrés que emana del cuidado que proporcionan. Actualmente se reportan pocos estudios dirigidos a mejorar el autocuidado de los cuidadores. **Objetivo:** Proponer una intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar. **Material y método:** Se realizó un estudio transversal analítico con una muestra a conveniencia de 26 cuidadores primarios de dos comunidades al oriente de la zona metropolitana de la ciudad de México. Para medir el autocuidado y autoeficacia percibida de los cuidadores se diseñó y validó un cuestionario de aplicación dirigida el cual demostró validez de contenido, consistencia interna y poder predictivo. Tras lo cual se diseñó y validó el material didáctico de apoyo para una propuesta de intervención educativa, con el apoyo de 4 expertos en el área. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas descriptivas y un análisis exploratorio para identificar asociaciones entre características de los participantes. Se presentan las características cronométricas del cuestionario y el análisis de confiabilidad para el material didáctico. **Resultados:** Se encuentra homogeneidad entre los participantes acorde a su nivel socioeconómico. El autocuidado y autoeficacia percibida sugieren la pertinencia de una intervención educativa de enfermería. Se validó un cuestionario para determinar el nivel de autocuidado y autoeficacia percibida en el cuidador primario. El índice de confiabilidad del material didáctico desarrollado fue óptimo. Se desarrolló una propuesta de intervención educativa de enfermería de 5 sesiones individualizadas basada en la técnica de explosión. **Conclusiones:** A partir de la literatura reportada en bases de datos especializados, las características socioeconómicas y nivel de autocuidado de los participantes se desarrolló una propuesta de intervención educativa para cuidadores primarios en el hogar.

Palabras clave: Autocuidado, cuidadores, intervención educativa.

Abstract

Introduction: Primary caregivers of people with chronic diseases are a group susceptible to self-care deficit due to the stress that emanates from the care they provide. Currently, few studies aimed at improving the self-care of caregivers are reported. **Objective:** To propose an educational nursing intervention to improve the self-care of primary caregivers of people with chronic noncommunicable diseases in the home. **Material and method:** An analytical cross-sectional study was conducted with a sample at the convenience of 26 primary caregivers from two communities east of the metropolitan area of Mexico City. To measure the self-care and perceived self-efficacy of caregivers, a targeted application questionnaire was designed and validated which demonstrated content validity, internal consistency and predictive power. After which the didactic support material was designed and validated for an educational intervention proposal, with the support of 4 experts in the area. For the analysis of the results, descriptive measures and an exploratory analysis were used to identify associations between the characteristics of the participants. The chronometric characteristics of the questionnaire and the reliability analysis for the teaching material are presented. **Results:** Homogeneity is found among the participants according to their socioeconomic level. Self-care and perceived self-efficacy suggest the relevance of an educational nursing intervention. A questionnaire was validated to determine the level of self-care and perceived self-efficacy in the primary caregiver. The reliability index of the developed teaching material was optimal. A proposal for educational nursing intervention of 5 individualized sessions based on the explosion technique was developed. **Conclusions:** Based on the literature reported in specialized databases, the socioeconomic characteristics and level of self-care of the participants, an educational intervention proposal for primary caregivers in the home was developed.

Keywords: Self-care, caregivers, educational intervention.

Contenido

I. Introducción	14
1.1 Problema a investigar.....	17
1.2 Importancia del estudio.....	18
1.3 Propósito	19
1.4 Objetivo general.....	19
II. Marco teórico	20
2.1 Marco conceptual y teórico.....	20
2.2 Revisión de la literatura	61
III. Material y métodos	68
3.1 Tipo de estudio y diseño	68
3.2 Población y muestra	68
3.3 Variables del estudio.....	69
3.4. Hipótesis	72
3.5 Procedimientos.....	73
3.6 Instrumento de medición.....	77
3.7 Características de la propuesta de intervención educativa de enfermería.....	80
3.8 Aspectos éticos.....	81
IV. Resultados	82
4.1 Descripción	82
4.2 Análisis estadístico.....	84
4.3 Análisis especial: Pruebas de validez de material didáctico.....	96
V. Discusión y conclusiones	98
5.1 Interpretación y discusión de los resultados	98
5.2 Conclusiones.....	100
5.3 Aportaciones a la profesión	103
VI. Referencias bibliográficas	104
Anexos.....	112

Índice de cuadros

Cuadro 1. Modelos de intervención educativa en salud.....	26
Cuadro 2. Fundamentación teórica de los modelos de intervención educativa en salud.	28
Cuadro 3. Climas en la intervención y sus actitudes asociadas.	30
Cuadro 4. Palabras clave, sinónimos y términos utilizados para la búsqueda.	62
Cuadro 5. Estrategias de búsqueda.....	62
Cuadro 6. Artículos obtenidos de la búsqueda de información en bases de datos.....	63
Cuadro 7. Características sociales de los cuidadores primarios.....	84
Cuadro 8. Características laborales de los cuidadores primarios.	85

Índice de figuras

Figura 1. Individuo que experimenta un cambio en su salud I.....	44
Figura 2. Individuo que experimenta un cambio en su salud II	44
Figura 3. Sistema completamente compensador.	49
Figura 4. Sistema parcialmente compensador.	49
Figura 5. Sistema de apoyo educativo.	50
Figura 6. Modelo de promoción de la salud revisado.	53
Figura 7. Diagrama de flujo de la búsqueda.	63
Figura 8. Características de los artículos incluidos.	64
Figura 9. Relación entre el puntaje de autoeficacia percibida y agencia de autocuidado.	90
Figura 10. Histograma puntaje de autoeficacia percibida y agencia de autocuidado.	91
Figura 11. Diagrama de dispersión de autoeficacia percibida y agencia de autocuidado.	91
Figura 12. Gráfico P- P: autoeficacia percibida y agencia de autocuidado.	92
Figura 13. Relación entre agencia de autocuidado y requisitos universales.	93
Figura 14. Histograma puntaje de agencia de autocuidado y requisitos universales	94
Figura 15. Gráfico P- P: agencia de autocuidado y requisitos universales	94
Figura 16. Diagrama de dispersión de la agencia de autocuidado y requisitos universales.	95

Índice de tablas

Tabla 1. Variable principal.	70
Tabla 2. Indicadores de las dimensiones de la variable principal.....	71
Tabla 3. Perfil de los evaluadores.....	74
Tabla 4. Puntos de corte para el índice de evaluación por pregunta.....	75
Tabla 5. Puntos de corte para el índice de evaluación por criterio.	75
Tabla 6. Nivel de desarrollo de las dimensiones autocuidado y autoeficacia percibida.....	86
Tabla 7. Autocuidado y autoeficacia: comparaciones en torno al nivel socioeconómico.	87
Tabla 8. Comparaciones por nivel socioeconómico de los componentes AC1 a 3 y RU1.....	88
Tabla 9. Comparaciones por nivel socioeconómico de los componentes RU 2 y 3 EV1 y 2...88	
Tabla 10. Asociación del nivel de autocuidado y autoeficacia de cuidadores primarios	89
Tabla 11. Índice de aprobación por pregunta.	96
Tabla 12. Índice de validez por criterio.	97
Tabla 13. Comentarios en torno a las láminas con baja aceptación.	97

I. Introducción

El desarrollo de la complejidad social exige por parte del cociente individual, un conocimiento cada vez más amplio y preciso del medio ambiente y la sociedad, una memoria más potente, múltiples posibilidades asociativas, actitudes adecuadas para tomar decisiones y dar soluciones ante un gran número de situaciones diversas e imprevistas. De esta forma en la búsqueda de la comprensión ampliada y sistémica de la atención de salud, así como de nuevas posibilidades para intervenir en la dinámica de la vida saludable, el profesional de enfermería se está convirtiendo en uno de los principales protagonistas.

Sin embargo, ha sido común dar explicaciones simplistas a la práctica de enfermería; contrario a lo que en realidad es; un fenómeno complejo y de naturaleza no acomodaria. Lo que pone de manifiesto la necesidad e importancia del estudio de su complejidad, imprevisibilidad y de la falta de certeza para la mejor comprensión de las acciones desarrolladas por la enfermera en las distintas formas del cuidado. De esta manera a menudo se reduce el cuidado de enfermería a una acción puntual, lineal y fragmentada, es decir, a una acción vertical determinista entre sujeto y objeto.

Es preciso mencionar que existe una tendencia general a explicar todos los fenómenos desde una perspectiva teórica única sin importar el comportamiento del fenómeno en sí, ni los requerimientos metodológicos para ser abordados, es decir, el estilo es único, el perfil es único y el modelo teórico es estático, lo cual representa una barrera epistemológica para la atención en enfermería.

La búsqueda por disolver la complejidad de los fenómenos para revelar la simpleza de la naturaleza se justificaba con anterioridad en que la hipótesis más simple era la mejor y parte de la ciencia clásica, en la que es conocido como principio de parsimonia. Sin embargo, se considera que algo es complejo cuando por lo menos envuelve más de una circunstancia o posibilidad interactiva y por tanto, múltiples interfaces lo cual él es caso del fenómeno de la salud y del cuidado.

Al concebir a la Enfermería como la ciencia, arte o profesión de promoción de cuidados al ser humano en su singularidad y multidimensionalidad se argumenta que la enfermería es un fenómeno complejo, dinámico, interrelacionado y sistematizado.

A partir del entendido sobre la complejidad en enfermería y de la necesidad de avanzar a marcos teóricos que amplíen el campo de visión enfermero, tendrá entonces el profesional de enfermería como objetivo, ensayar la aplicación teórica, con lo que a menudo no se encuentran respuestas lineales o predecibles.

En tal caso, no se debe buscar llegar a un conocimiento general o a una teoría unitaria, pero sí debe tratar de encontrarse un método que detecte las relaciones y articulaciones que ayuden a comprender mejor la práctica de enfermería. Uno de los métodos que siguen esta estructura es el reduccionista, que si bien ha sido en la tradición nomológica deductiva un método relegado, su aportación a la generación de nuevas fronteras en el conocimiento es bien utilizado y paradigmáticamente puede ampliar no solo la concepción acerca de a quien se cuida, sino de la forma en que se inicia el cuidado.

Es así que desde esta visión, cobra importancia la reconsideración de los elementos del metaparadigma enfermero para proporcionar la mejor atención posible, acorde a las características observables en la realidad de a quien se cuida, (en el caso de esta tesis, el cuidador primario) sin importar si estas características no han sido descritas desde la mirada enfermera puramente. Es el caso de la concepción que hasta el momento se tiene del cuidador primario dentro del metaparadigma, quien es un “auxiliar” en la atención o cuidado de la persona enferma y no como una persona susceptible a la atención de enfermería en sí misma.

Una situación similar es la de las intervenciones educativas (IE) dirigidas al cuidador primario ya que se orientan a paliar las enfermedades y consecuencias que en el cuidador se presentan derivadas del cuidado proporcionado y que buena parte de estas se guían desde la tradición deductiva de la cual emanan su diseño, implementación y evaluación a partir del estado actual del conocimiento y no de las necesidades propias del cuidador primario, y cuando es así en pocas ocasiones es a través de una mirada enfermera.

En este mismo orden de ideas, son pocas las IE dirigidas a una prevención real, entendida ésta como la mejora de habilidades de autocuidado que permiten el mantenimiento/mejora del cuidado del cuidador primario y que por medio de mecanismos de interacción social pueden mejorar la salud de la persona a quien cuida.

Por lo anterior, en la presente se desarrollaron tres actividades para proporcionar una intervención educativa de enfermería. El primero consiste en una revisión sistematizada de la literatura en bases de datos especializadas con el fin de conocer los elementos de éxito y prevalentes en las intervenciones educativas dirigidas a cuidadores primarios, seguido del desarrollo de un instrumento sensible a la medición del autocuidado y autoeficacia confiable y válido para los cuidadores primarios de una comunidad en el oriente de la zona metropolitana de la Ciudad de México, finalmente, el desarrollo de una intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios susceptible de aplicación y adaptación.

En los siguientes capítulos se aborda el marco teórico desde el que conceptualiza esta tesis, se describe el método seguido, los materiales utilizados en su elaboración, los resultados que se obtuvieron y las conclusiones a las que se llegó con su desarrollo.

1.1 Problema a investigar

Los cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles pertenecen a un grupo susceptible de presentar déficit de autocuidado debido al estrés y demanda que emanan del cuidado que proporcionan. En casos de grandes déficits en la orientación de la salud, se recomienda un sistema extensivo de apoyo educacional para el cuidador que le ayude a mantener fortalecer y mejorar su autocuidado. Pero al mismo tiempo son un grupo que en muchos casos tiene oportunidad de fortalecer su capacidad de autocuidado lo que puede ayudar a mejorar la salud de la persona a quien cuidan por medio de la socialización.

En la actualidad se reportan pocos estudios dirigidos a mejorar el autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, adultos mayores o personas con discapacidades graves. Al tiempo que en las investigaciones recientes no se menciona el modelo pedagógico o características específicas de las intervenciones que se proporcionan. Por tal motivo, en el presente estudio se determinará la efectividad de una intervención educativa de enfermería en la mejora del autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar.

1.2 Importancia del estudio

Aspectos científicos

1. A partir del desarrollo de la revisión sistemática de la literatura sobre la calidad en las intervenciones educativas dirigidas al cuidador primario se buscó identificar los principales elementos que influyen en su efectividad y los modelos vigentes en su implementación.
2. El desarrollo de un instrumento sensible a la identificación de los elementos de la agencia de autocuidado, cumplimiento de requisitos universales así como de la autoeficacia percibida en la adopción de estilos de vida promotores de salud en el cuidador primario puede tener dos resultados; a) presentar una concepción ampliada de las características que influyen en la salud del cuidador primario en su domicilio y en las que el profesional de enfermería puede influir y b) contar con un instrumento adecuado para su aplicación en el domicilio, que sea de fácil aplicación y comprensión para el cuidador.
3. El diseño y validación de la intervención educativa aporta información sobre las intervenciones de enfermería individualizadas efectuadas en el hogar.

Aspectos sociales

Se espera que el replanteamiento de los elementos de una intervención educativa tenga un impacto positivo en la concepción acerca del cuidador primario de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Específicamente reforzando su identidad como persona que requiere atención de enfermería.

Aspectos educativos

Los aspectos particulares de la intervención educativa, podrían ser punto de análisis en el desarrollo de futuros trabajos similares que consideren una aplicación individualizada y como punto de partida una valoración de necesidades de salud desde la mirada enfermera.

1.3 Propósito

Crear una propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar basada en una valoración de enfermería.

1.4 Objetivo general

Proponer una intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar.

1.4.1 Objetivos específicos

- ❖ Diseñar y validar un cuestionario de medición de autocuidado y autoeficacia percibida en cuidadores primarios.
- ❖ Identificar el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios.
- ❖ Identificar el nivel de desarrollo de los requisitos universales de autocuidado en cuidadores primarios.
- ❖ Identificar el nivel de autoeficacia percibida por los cuidadores primarios.
- ❖ Diseñar y validar el material didáctico de apoyo para una intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

II. Marco teórico

2.1 Marco conceptual y teórico

2.1.1 Intervenciones educativas en la atención de la salud

Conocer las concepciones que actualmente se tienen de las intervenciones educativas (IE) en salud y distinguirlas de otros términos que comúnmente se les asocian, al mismo tiempo que se identifican las características propiamente dichas para una intervención educativa son parte de los objetivos principales de incluir dentro del marco teórico del presente proyecto un capítulo acerca de las intervenciones educativas.

Más aún considerar los modelos de IE y su fundamentación teórica al tiempo que se consideran las implicaciones teóricas y metodológicas de una intervención educativa de enfermería buscan dar pie al análisis sobre si lo que en la actualidad se conoce como intervención educativa de enfermería cumple con los elementos propios de la misma, sobre si la forma en la que se proporciona es la más efectiva, la que mejor aborda las características específicas del cuidador primario y si existen alternativas para proporcionar este tipo de atención.

2.1.1.1 Promoción de la salud, educación para la salud e intervención educativa para la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzarla un individuo o grupo, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. La promoción está centrada en alcanzar la equidad sanitaria a reducir las diferencias en el estado de salud y propiciar los medios que permitan a la población desarrollar al máximo su salud potencial, exige la acción coordinada de todos los implicados. Los profesionales sanitarios tienen responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y en favor de la salud.¹

Por otra parte la educación para la salud es una estrategia de la salud pública y parte de la promoción de la salud. Se trata de un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas. Utiliza diversos métodos educativos, políticos y de acción social, basados en la teoría, la investigación y la práctica, para trabajar con individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones con el fin de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, el análisis crítico de la información, el entendimiento de los determinantes de la salud y el compromiso con la acción social y colectiva.^{2,3}

La educación para la salud trata de responder de forma coherente a la evolución de las necesidades en salud y de los fenómenos relacionados con la salud que van ocurriendo en nuestra sociedad, priorizando los de mayor relevancia y vulnerabilidad educativa, abordando distintas áreas de intervención con diferentes poblaciones diana y según ambas, desarrollándose en distintos ámbitos con diversos tipos de intervención y complementándose con otras estrategias y actuaciones.⁴

Es importante mencionar que el concepto de educación para la salud no señala lo mismo, que la información sobre salud, la información correcta es parte fundamental de la educación sanitaria pero ésta última debe ocuparse también de los demás factores que afectan al comportamiento en la esfera de la salud, como la disponibilidad de recursos, la eficacia del liderazgo comunitario, el apoyo social de los miembros de la familia y los niveles de aptitud para la autoayuda. La educación sanitaria utiliza múltiples métodos para ayudar a las personas a comprender su situación y elegir modos de actuar que mejoren su salud. La educación es incompleta a menos que fomente la participación y la elección por las personas mismas.⁵

Se han descrito 4 tipos de educación para la salud, estas se diferencian entre si según el tiempo de la duración, su planificación, la forma de abordar a una o más personas.⁴

1. *La información sobre salud:* Intervención breve que incluye información y propuesta motivadora de cambio a usuarios y usuarias, aprovechando la oportunidad de una consulta o encuentro profesional.

Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

2. *La educación individual:* Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario en las que se trabajan las capacidades del usuario o usuaria sobre un tema desde una perspectiva más amplia.
3. *La educación grupal:* Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de personas, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud.
4. *La promoción de salud:* Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en su salud. Incluye estrategias de información y comunicación a través de los medios de comunicación social, acción social y medidas políticas, en ésta colaboran los distintos servicios de la zona, entidades sociales, etc.³

La educación para la salud se perfila como una estrategia para que los individuos dirijan su salud, por su parte las intervenciones educativas son una táctica para poder llevarla a cabo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala a las intervenciones conductuales como aquellas que se centran en la corrección de las prácticas y los hábitos personales. Y clasifica a las intervenciones educativas en tres categorías, en función del nivel de orientación y de las pruebas científicas disponibles.^{6,7}

Categoría 1: Intervenciones respaldadas por orientaciones que han sido aprobadas recientemente por el Comité de Examen de Directrices de la OMS. Esta categoría incluye también las intervenciones respaldadas por recomendaciones y otros tipos de orientaciones adoptadas o confirmadas por la Asamblea Mundial de la Salud.

Categoría 2: Intervenciones sobre las que se han llevado a cabo revisiones sistemáticas de buena calidad, pero para las que no se dispone aún de directrices aprobadas recientemente por el Comité de Examen de Directrices de la OMS.

Categoría 3: Son intervenciones innovadoras sobre las que se han realizado investigaciones, pero que todavía no están respaldadas por revisiones sistemáticas y no están listas para ser ejecutadas a mayor escala.⁶

A su vez las intervenciones educativas pueden estar dirigidas a tres áreas principales de atención:

- a) En problemas de salud crónicos, procesos agudos, de duración media o problemas como la dependencia, la violencia o el maltrato.
- b) En estilos de vida o
- c) En transiciones vitales.

Estas se brindan en ámbitos como: centros de educación formal e informal, servicios de salud, servicios municipales sociales, servicios de salud laboral, instancias político administrativas, entidades sociales, canales de circulación cultural y estructuras sociales como barrios, ciudades y pueblos. Básicamente cualquier estructura social es un lugar con posibilidades de educación para la salud. ³

2.1.1.2 Intervención educativa e intervención pedagógica

Es importante señalar que existen diferencias entre intervención educativa e intervención pedagógica ya que si bien no significan exactamente lo mismo están íntimamente relacionadas. Por una parte la intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. En esta existe un educando y un educador, se realiza una acción para lograr algo, se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación.

Por otro lado la intervención pedagógica es la acción intencional que desarrollamos en la tarea educativa en orden a realizar con, por y para el educando los fines y medios que se justifican con fundamento en el conocimiento de la educación y del funcionamiento del sistema educativo. ⁸

En toda intervención educativa hay un componente de intervención pedagógica. Ya que ninguna acción educativa requiere más nivel de competencia técnica (pedagógica) que la necesaria para hacer efectiva la meta de la acción. De la intervención educativa no se cuestiona su resultado, sino que suponen un reto para el educador, transformar el desarrollo espontáneo de destrezas en procesos controlados de intervención, porque educativamente y a posteriori, son importantes esos resultados espontáneos. ^{8,9}

Al explorar lo que se quiere decir con intervención educativa, se pueden encontrar diversas interpretaciones tal como se observó en una investigación realizada en México la cual analizó el discurso de 190 páginas web entre el año 1996 y el 2006, las páginas correspondían a reportes de investigación, artículos, servicios profesionales, relatos de experiencias, informes, publicaciones, planes y programas de estudio. Y se distinguieron dos tipos de términos para la intervención educativa.¹⁰

La primera noción de intervención educativa utilizó la palabra como equivalencia de: proyecto, taller, programa educativo, acción didáctica o simplemente pretensión educativa. Esto fue utilizado en la mayoría de las páginas analizadas es decir el 83.15%. El segundo significado de intervención educativa mostró resultados de experiencias; referentes teórico metodológicos; temas o problemas atendidos desde intervenciones educativas; modelos o estructuras para el diseño o evaluaciones de intervenciones; narraciones, experiencias de intervención y servicios profesionales de intervención educativa.¹⁰

Es posible reconocer que el tipo de acciones desplegadas desde la idea de intervención educativa están delimitadas por aspectos de su especificidad, dirigidos a una población en particular, o a un problema, elementos con los que se podrían diferenciar las prácticas de las intervenciones educativas. Otros elementos a destacar es que se deja entrever un gesto de indagación y exploración en el proceso de intervención, como punto de partida durante su desarrollo o para mostrar el impacto de la intervención en la atención de los problemas de diversa índole: salud, social, económico etc. De igual forma, se usa para documentar cambios de conductas o actitudes que se esperan lograr.¹⁰

Los problemas y el reporte de los resultados de las intervenciones parecen ser nodales para la práctica de las mismas; hay un marcado predominio de ellos frente a otros aspectos igual de sustanciales como la explicitación de referentes teórico-metodológicos de los que parten, la delimitación de modelos o estructuras que orientan las acciones de las intervenciones, o bien, la narración de experiencias sobre estas. Frente al predominio de los problemas y resultados puede sostenerse que se está operando en mayor medida, un ejercicio práctico de la intervención sobre el análisis de lo que se hace.¹⁰

2.1.1.3 Modelos de intervención educativa y su fundamentación teórica

Los modelos educativos utilizados en una intervención en salud deberán ser aquellos basados en estrategias de aprendizaje significativo, donde la persona aprende desde sus experiencias, vivencias y conocimientos reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo.

Este tipo de aprendizaje tiene como características: a) que parte de las experiencias del individuo, b) requiere de su participación y del uso de técnicas que la faciliten y c) que aborde áreas del conocimiento cognitivo, afectivo y de habilidades.¹¹

Es por ello que al realizar una intervención educativa esta debe tener orden, llevarse a cabo con fundamento en el conocimiento de la educación, explicitar los referentes teórico metodológicos de los que parte, delimitar los modelos que orienten las acciones de las intervenciones, transformar el desarrollo espontáneo de destrezas en procesos controlados de intervención y en el caso de la educación para la salud recordar que la educación es un fin y es un medio.

La orientación que tome la intervención educativa dependerá, entre otros aspectos de los conceptos de educación como se mencionó con anterioridad así como de la concepción de salud de los que parta, deben tomarse en cuenta los marcos teóricos y filosóficos empleados como referencia, los cuales pueden ser complementarios. En cualquier caso y como requisito previo a la intervención, es fundamental reflexionar y consensar los objetivos que se pretende alcanzar con las personas y los grupos implicados, así como asegurar que los mismos son negociados y que los modelos de aprendizaje son congruentes con las diferentes estrategias planificadas en el proceso de la educación para la salud. A modo de síntesis el *cuadro 1* recoge los principales modelos de intervención educativa para la salud.¹²

Cuadro 1. Modelos de intervención educativa en salud

	Modelo informativo y prescriptivo	Modelo persuasivo motivacional	Modelo político económico ecológico	Modelo crítico emancipatorio
Concepto de salud	Ausencia de enfermedad	Objetivo vital	Recurso vital	Multifactorial; determinada
Análisis de la realidad	Elude el papel de los condicionantes ambientales (físicos y sociales)	Orientado por las normas sociales dominantes	Hace hincapié en el efecto de los factores sociales y del entorno físico en la salud	Tiene su base en el análisis de la estructura social y de los determinantes en la jerarquía de poder
Objetivos	Proporcionar información	Hacer que el discente adquiera habilidades que otros consideran beneficiosas para la salud	Desarrollar la capacidad de análisis y actuación (habilidades) del discente para participar en la generación de salud	Autonomía del sujeto cognoscente para construir conocimiento y capacidad de transformación
Metodología	Transmisión de conocimientos, normas y valores	Persuasión para que se asuma la nueva conducta	Participación e intercambio colaborativo	Reflexión sobre situaciones y los problemas de la realidad identificados por los propios sujetos
Práctica educativa	Proteccionista paternalista unidireccional	Unidireccional controladora tecnológicamente	Bidireccional Búsqueda de la autonomía de las personas	Gestión del proceso enseñanza aprendizaje
Papel del profesional	Prescriptivo: es quien decide como experto	Controlador del proceso de aprendizaje	Mediador con la comunidad	Facilitador y apoyo Implicado en el proceso
Papel del educando	Obedecer: receptor pasivo Responsable de la mala conducta de la salud	Pasivo en la determinación del conocimiento Activo en el ajuste a lo prescrito	Participativo: la acción educativa no tiene sentido sin los verdaderos protagonistas	Activo y cogestor de la acción educativa

Retomado del libro *Métodos educativos en salud* de Palmar SAM 2014.¹²

Históricamente el concepto de educación para la salud ha transcurrido paralelamente con los cambios sociopolíticos y con la evolución de la nosología de los factores de riesgo, en cada etapa subyacen las concepciones acerca de la educación, el aprendizaje, el hombre y la salud. Las posturas en este campo oscilan entre la adscripción a modelos generales de conducta hasta la proposición de técnicas de intervención educativa.¹³

El estudio de los modelos de intervención educativa puede llevarse a cabo desde 2 periodos, el primero inicia a principios del siglo XX a mediados de la década de 1970 este periodo se configura en un contexto social que combina el prestigio creciente de la ciencia médica bajo el

auge del positivismo, como confianza en la capacidad de racionalidad científica y la actividad médica liberal. La educación para la salud es considerada como una conducta secundaria desde una óptica paternalista, este periodo consta de dos enfoques: el informativo prescriptivo y el de modificación de comportamientos.¹³

El segundo periodo corresponde a una visión más amplia, más participativa, crítica y emancipadora de las personas, en lo que al cuidado y preservación de la salud se refiere. Plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica en las condiciones de salud de las clases sociales. Su objetivo es la reducción de desigualdades sociales ante el proceso salud enfermedad.¹³

En general, los modelos de educación para la salud tratan de comprender qué factores pueden ayudar a predecir el comportamiento saludable, con el fin de diseñar estrategias educativas útiles que permitan la prevención de conductas no deseables.¹²

En el *cuadro 2* se presentan los periodos, enfoques, objetivos, características, modelos y teorías de las intervenciones educativas.

Cuadro 2. Fundamentación teórica de los modelos de intervención educativa en salud.

PRIMER PERIODO O PERIODO CLÁSICO		SEGUNDO PERIODO								
Enfoques		Influida por aportaciones de la hermenéutica y el paradigma crítico Vinculada a participación comunitaria								
1er enfoque <i>Paradigma positivista</i>	2do enfoque 1960 <i>Paradigma tecnológico</i>									
La educación para la salud basada en:		La educación para la salud considerada como:								
<i>La transmisión del conocimiento</i>	<i>El comportamiento</i>	<i>Participación emancipadora, crítica de delegación de poderes</i>								
Objetivo: Conseguir comportamientos saludables		Objetivo: Cambio social								
Prescriptiva con intención normativa y preceptiva	Serie de intervenciones destinadas a facilitar cambios de conducta y estilos de vida	Modelo radical que tiene por objetivo reducir las desigualdades sociales								
	<p><i>Modelos predictores del comportamiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teoría de la acción razonada - Teoría de la atribución <p><i>Modelos derivados del condicionamiento clásico y operante:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teoría del aprendizaje perceptivo - Teoría del aprendizaje social de Bandura 	<p><i>Teoría de la acción social:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación popular - Investigación-acción participativa 								
Supone la concepción bancaria de la educación	Dos grandes grupos.									
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Teorías y modelos referidos al cambio individual</td> <td style="width: 50%;">2. Teorías y modelos referidos al cambio grupal o comportamiento interpersonal</td> </tr> </table>	1. Teorías y modelos referidos al cambio individual	2. Teorías y modelos referidos al cambio grupal o comportamiento interpersonal	El concepto que sintetiza el objetivo de la educación es el de la concientización						
1. Teorías y modelos referidos al cambio individual	2. Teorías y modelos referidos al cambio grupal o comportamiento interpersonal									
Las enfermedades son entendidas como algo que se encuentra al margen de las condiciones y comportamientos de las personas	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Creencias en salud</td> <td style="width: 50%;">1. Teoría del aprendizaje social</td> </tr> <tr> <td>2. Comunicación persuasiva</td> <td>2. Teoría de difusión de innovaciones</td> </tr> <tr> <td>3. PRECEDE – PROCEED</td> <td>3. Modelo del aprendizaje del comportamiento</td> </tr> <tr> <td>4. Modelo de etapas de cambio</td> <td>4. Modelo de promoción de la salud*</td> </tr> </table>	1. Creencias en salud	1. Teoría del aprendizaje social	2. Comunicación persuasiva	2. Teoría de difusión de innovaciones	3. PRECEDE – PROCEED	3. Modelo del aprendizaje del comportamiento	4. Modelo de etapas de cambio	4. Modelo de promoción de la salud*	Concebir críticamente la realidad trascendiendo la mera aprehensión espontánea y asumiendo el rol del sujeto que reconstruye el mundo
1. Creencias en salud	1. Teoría del aprendizaje social									
2. Comunicación persuasiva	2. Teoría de difusión de innovaciones									
3. PRECEDE – PROCEED	3. Modelo del aprendizaje del comportamiento									
4. Modelo de etapas de cambio	4. Modelo de promoción de la salud*									

*Adhesión extra al cuadro original. Retomado de: Educación para la salud: los modelos de intervención y su fundamentación teórica de Valdez FIA et al 2015.¹³

2.1.1.4 Elementos de la intervención educativa en salud

Una intervención educativa en salud parte de las necesidades en salud de una población a partir de las cuales se crea un objetivo de trabajo, se delimitan los recursos que se utilizarán, y tras la cual se realiza la evaluación de los resultados obtenidos. Sin embargo, es preciso caracterizar un elemento medular en la intervención educativa, el cual es el educador, quien deberá desempeñar funciones de forma específica en pro de la funcionalidad del programa, contar con actitudes y demostrar habilidades necesarias para proporcionar la intervención con éxito.

2.1.1.4.1 El rol del educador

Para desarrollar una intervención de calidad es necesario disponer de un equipo de trabajo competente y motivado para desempeñar el rol de educador eficazmente. En este sentido, la formación es un elemento clave en el desempeño de la práctica; sin lo que difícilmente se podrán plantear objetivos profesionales para resolver un problema o satisfacer una necesidad en salud. La OMS menciona que en general los profesionales de la salud ayudan a las personas a mejorar sus conocimientos y habilidades; es decir realizan funciones de educador en salud.^{5,14}

En el caso del profesional de enfermería, este debe desarrollar el rol de educador aplicando el modelo teórico previsto, partiendo de las premisas sobre lo que significa educar y aprender en el contexto de salud en cada individuo.¹²

Con lo cual perseguirá generar una situación en la que las personas:

- ❖ Deseen estar sanas.
- ❖ Sepan cómo alcanzar la salud.
- ❖ Hagan individual y colectivamente lo que puedan para mantener su salud.
- ❖ Busquen ayuda cuando lo necesiten.¹⁵

Por tanto, el objetivo de la educación es el aprendizaje significativo, así como contemplar una parte de voluntariedad de cada cambio de comportamiento bajo la presión de la necesidad, como es el caso de la mejora en salud.¹²

Para lograr este objetivo, el educador en salud deberá desempeñar funciones que direccionen la intervención educativa, deberá demostrar actitudes y habilidades específicas para trabajar con las personas y maximizar las posibilidades de éxito.

Son consideradas funciones del educador:

- ❖ La preparación de la intervención educativa.
- ❖ La gestión de la intervención educativa.
- ❖ Las actividades educativas (contenidos, técnicas y recursos didácticos).
- ❖ La mediación del clima producto de la relación entre educador y educando.⁴

Dentro de las actitudes más útiles para desempeñar el rol de educador, destacan, la congruencia, aceptación de cada persona, la valoración positiva y la empatía. A través de estas actitudes el educador se transforma en un poderoso agente educativo de apoyo.⁴

Existen actitudes que se asocian a diferentes climas de la intervención, en este sentido el clima es el reflejo de la relación y comunicación entre educador y educando.²

Cuadro 3. Climas en la intervención y sus actitudes asociadas.

Clima defensivo	Clima tolerante
Juicio	Descripción
Control	Orientación
Rigidez	Flexibilidad
Certeza	Problematización
Distancia	Relación
Superioridad	Paridad
Subordinación	Autoridad de servicio

Retomado de: *Manual de educación para la salud de Pérez JJ 2006.*⁴

Dentro de las habilidades generales necesarias para desempeñar el rol de educador se encuentra:

- ❖ El análisis racional de las situaciones y capacidad de toma de decisiones.
- ❖ La escucha activa.
- ❖ La comunicación interpersonal.
- ❖ El autocontrol emocional.
- ❖ El manejo de conflictos y negociación.

Y de forma más específica serán necesarias para desempeñar el rol de educador, habilidades como:

- ❖ El resumir y devolver cuestiones.
- ❖ Ayudar a pensar.
- ❖ Conducción de reuniones.
- ❖ Reforzar positivamente.
- ❖ Manejo de discusiones.
- ❖ Y manejo de distintos tipos y técnicas y recursos educativos.⁴

En general, las habilidades y actitudes del educador, así como las técnicas usadas deben adaptarse a la dinámica del grupo. Una vez contemplados los aspectos referentes al educador, es preciso conocer las etapas que integran la intervención educativa en salud propiamente.⁴

2.1.1.4.2 Etapas de la intervención educativa en salud

La planificación de la intervención educativa previa a la actuación docente, mejora la posibilidad de éxito, ya que si bien es posible que cuando se lleve a la práctica la intervención, se vuelva necesario realizar algunas modificaciones, e inclusive improvisar para dar respuesta a las incidencias que se produzcan, disponer de un buen plan básico de actuación, tener organizadas las actividades de aprendizaje y los recursos educativos que se utilizarán, facilita la intervención.¹⁶

La planeación hace referencia al proceso de organización y preparación de la intervención educativa, en esta se deben considerar principios generales, como son:

- ❖ Racionalidad.
- ❖ Continuidad.
- ❖ Univocidad.
- ❖ Flexibilidad
- ❖ Variedad.
- ❖ Realismo.
- ❖ Participación.

Fase inicial: En esta fase, se analiza el ámbito de la intervención, esta es la fase diagnóstica de la planificación, se busca conocer las necesidades en salud existentes para posteriormente ser priorizadas. Realizar una investigación rigurosa que plasme la realidad de la población en quien se intervendrá, ayuda a delimitar el problema y los objetivos a alcanzar, es importante plasmar los valores iniciales que presentan los individuos antes de la intervención educativa con el fin de identificar si se presentaron cambios después de esta.^{12,16}

Es por ello necesario plasmar las características sociodemográficas, ambientales y personales de los participantes considerando los siguientes elementos durante el análisis de las necesidades:

- ❖ El análisis debe partir de los determinantes sociales en salud.
- ❖ Se puede utilizar información clave preexistente derivada de censos, registros hospitalarios, o estudios realizados sobre la comunidad objeto de la valoración.
- ❖ Se pueden realizar entrevistas individuales a informadores clave.¹²

Una vez identificadas las necesidades y problemas de la población se procede a priorizar la atención tras lo cual se logra especificar necesidades de salud, definir las estrategias de atención más adecuadas a las necesidades de la población. Si bien existen diversas formas de priorizar (por grupos nominales, de parrilla de análisis, priorización por pares, método Hanlon, método de la Organización Panamericana de la Salud). La elección de uno u otro se realiza con bases a las características de la población, los recursos disponibles y los agentes participantes, tanto educandos, como educadores y coordinadores.^{12,17}

Una vez priorizados los problemas, se deben redactar los objetivos, mismos que pueden responder a estas tres áreas de aprendizaje: conocimientos, actitudes y habilidades. Tras lo cual se lleva a cabo la captación de los participantes.

Fase de ejecución: Con los objetivos fijados se trata de establecer un punto de partida, diseñar el programa propiamente dicho y ponerlo en práctica. En la parte del diseño del programa este debe incluir: Los objetivos, los recursos disponibles y necesarios, las estrategias de acción establecidas, la temporización de las actuaciones.¹⁷

Fase de evaluación: La evaluación de la intervención debe ser continua y, por tanto conviene tomar datos a lo largo del proceso para poder hacer los cambios pertinentes en el momento adecuado. Es recomendable realizar una evaluación integral, dividida en tres momentos:^{12,18}

1. *La evaluación diagnóstica:* Esta evaluación se realiza antes de la intervención educativa, es útil para el establecimiento de objetivos, actividades y para la asignación de materiales. Es parte esencial en la educación, ya que para que un individuo construya el conocimiento, debe hacerlo a partir del conocimiento previo, con lo que la evaluación inicial da pauta a un enlace de conocimientos.^{11,12}
2. *La evaluación formativa:* Las formas de realizar esta evaluación van desde la presencia cotidiana ayudadora, reguladora y motivadora, a todo tipo de retroalimentación o realimentación, como comentarios y sugerencias durante la intervención, llamadas de atención, gestos interrogativos, revisiones, correcciones, valoraciones, diálogos con el educador, negociación con los compañeros, diarios, pistas, explicaciones, reparaciones, calificaciones, propuestas de mejora, etc. En ésta, la acción evaluadora está siempre presente diagnosticando, formulando lo que se va a aprender y cómo se puede hacer, valorando el progreso, contrastando y retroalimentando sobre la misma marcha.¹⁷
3. *La evaluación sumaria:* Finalmente la evaluación sumaria es utilizada para determinar el logro de los objetivos de la intervención así como las dificultades encontradas en el transcurso. Los instrumentos utilizados para esta evaluación deben ser los mismos que en la evaluación inicial a fin de realizar un contraste entre el punto de partida, el objetivo y lo que se ha conseguido. Es así que esta evaluación va de la mano con los otros dos momentos.¹²

2.1.1.4.3 Técnicas educativas.

Para conseguir un aprendizaje significativo es necesario el uso de técnicas educativas con la participación del educando y desde su experiencia. Las técnicas pueden estar dirigidas a mejorar las relaciones humanas, la información/motivación de los individuos, o al aprendizaje de los contenidos en intervenciones más propiamente educativas individuales o grupales.^{4,11}

Las técnicas educativas dirigidas a las relaciones humanas se usan para lograr climas útiles para el aprendizaje, favorecen la implicación de la persona en su propio proceso educativo y constituye el inicio y el final de la relación y de la intervención educativa.

Como técnicas dirigidas a las relaciones encontramos:

1. *Acogida*: Transmiten al educando interés, confianza y calidez humana. Incluye el contexto físico, la distancia, la posición, movimientos del cuerpo, expresión del rostro y el saludo inicial.
2. *Presentación*: Es importante que el educando sepa quién es el educador y viceversa.
3. *Contrato*: En esta técnica se pactan los contenidos a desarrollar, los compromisos, el tiempo y la secuenciación. Se utiliza el consenso y la negociación, y se considera lo que el educado quiere.
4. *Despedida*: Se trata de resumir y evaluar los aprendizajes logrados de subrayar y positivizar los procesos y experiencias desarrolladas y de despedirse.

Una vez iniciado con las técnicas dirigidas a las relaciones, en el proceso educativo se van incorporando nuevas técnicas, sin abandonar del todo las anteriores, para lo cual existe diversas técnicas individuales dirigidas al aprendizaje. La elección de la técnica a utilizar dependerá de los objetivos que se pretendan alcanzar, los contenidos que se deseen abordar y del estilo de aprendizaje del educando.¹⁹

Algunas técnicas individuales dirigidas al aprendizaje se mencionan a continuación:

1. *Técnicas de expresión*: Facilitan a la persona conocer su situación y cómo la vive, hablar de ella, expresar, reflexionar y organizar sus sentimientos, conocimientos, su experiencia, definir más el problema. Se aborda el área emocional, cognitiva y de las habilidades. Para llevar a cabo estas técnicas se puede considerar el hacer preguntas, la escucha activa, la repetición, la citación o cuestiones estructuradas.

2. *Técnicas de información*: Ayudan a la persona a aumentar los conocimientos que le posibiliten profundizar en la situación, abordan fundamentalmente el área cognitiva. Las

técnicas utilizadas son: Información con discusión, repetición, verificación, información participada y lectura con discusión.

3. *Técnicas de análisis*: Ayudan a pensar al educando y a llegar a sus propias soluciones, aborda sobre todo habilidades cognitivas contribuye a trabajar el área emocional contribuyendo a modificar actitudes, valores y sentimientos. Las técnicas para el análisis son: resumir y ordenar, confrontar incongruencias, focalizar, personalizar y realizar ejercicios.

4. *Técnicas de desarrollo de habilidades*: Estas técnicas ayudan a la persona a desarrollar habilidades concretas que le sirvan para actuar sobre su situación e introducir en ella cambios que hayan elegido. Trabaja el área de las habilidades o aptitudes psicomotoras, personales y sociales. Para lo cual se pueden utilizar técnicas como la demostración con entrenamiento, la ayuda en la toma de decisiones y simulaciones operativas, entre otras.⁴

2.1.1.5 Intervención educativa de enfermería

Una intervención de enfermería es el tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional para favorecer un resultado esperado en el paciente. Las intervenciones incluyen cuidados directos e indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, así como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados.²⁰

Dependiendo de quién pone en marcha una intervención de enfermería estas pueden ser: *a) Dependientes*: realizadas por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes; *b) Independientes*: ejecutadas por el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional y que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud; o *c) Interdependientes*: actividades que se llevan a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.²¹

Para poder brindar una intervención, el profesional de enfermería utiliza el Proceso de Atención de Enfermería, el cual es la herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral conformada por cinco etapas interrelacionadas.²¹

Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

En las etapas de este proceso (valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación), se observa similitud con la implementación de las intervenciones educativas.

Por ejemplo desde la valoración de enfermería es posible conocer las necesidades de salud de las personas (con la diferencia que dependiendo de la teoría de enfermería con la que se realice dicha valoración pueden utilizarse diferentes lenguajes al respecto) y una vez que se tiene amplio conocimiento de la situación de las personas, es posible realizar un diagnóstico. Tras lo cual se establecen objetivos a cumplir priorizando la atención que se proporcionará.^{12,16}

En lo que respecta a la puesta en marcha de la intervención educativa, esta se lleva a cabo en el marco de un modelo o teoría de enfermería y a partir de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*, donde se describe a profundidad no solo las intervenciones de enfermería, sino las actividades a llevar a cabo en cada una de ellas.

El siguiente paso en el caso del PAE y la intervención educativa es la evaluación de la intervención contrastándola con los objetivos planteados en un inicio.²⁰

En síntesis la forma de desarrollar las intervenciones educativas de enfermería dependerá de las respuestas humanas que presenten los pacientes, del modelo o teoría desde el que se concibe a las personas (pacientes o educandos), los objetivos que se trazan para la intervención (y quienes participan en su establecimiento), la conceptualización de aprendizaje, del modelo de enseñanza y del rol que tome el profesional de enfermería en la intervención educativa.

La propuesta de intervención educativa para la presente tesis se detalla en el anexo 3.

2.1.2 El déficit del autocuidado y la promoción de la salud, dos aproximaciones a la atención en enfermería

Cada modelo y teoría como medio para concebir la realidad de un fenómeno cuenta con grandes aciertos y limitaciones dadas por las observaciones de las que emana, de la evidencia de la que se nutre y en general del uso que los miembros de una disciplina, ciencia o profesión le dan. Sin embargo la aplicación exclusiva de un modelo o teoría por el hecho de ser ampliamente utilizada no garantiza que sea el mejor o el único método disponible para obtener información acerca de un fenómeno de estudio.

Más aun en enfermería, el uso de modelos teóricos que explican el comportamiento humano y que provienen de otras disciplinas representa una forma comúnmente utilizada, si bien válida la concepción del objeto de estudio de enfermería es el metaparadigma enfermero, por lo que el estudio del ser humano, su cuidado, salud y entorno, no siempre se ve considerado en modelos externos a la profesión, o no así como podría ser abordado desde la mirada del paradigma de la transformación enfermera.²²

En este segundo punto dentro del marco teórico exploramos primero los elementos de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem dentro de la cual se plantea la premisa que dio pie a la reflexión acerca de si sería necesario el uso de un segundo “acercamiento” al cuidador primario y es: ¿Qué pasa cuando una persona tiene salud? ¿Qué pasa cuando una persona no desea iniciar una conducta para mantener o mejorar un estado que por sí mismo ya es considerado deseable?

A continuación, presentamos los supuestos teóricos con los que Nola Pender en su modelo de Promoción de la salud plasma elementos que intervienen en la adopción de estilos de vida saludables y/o promotores de la salud.

Finalmente presentamos de forma somera el sustento epistemológico del que sería posible derivar la viabilidad de la utilización de un modelo y una teoría enfermera, como punto de partida para una intervención educativa de enfermería en cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no trasmisibles.

2.1.2.1 La teoría del Déficit de autocuidado

Dorothea E. Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a las personas, y la teoría de sistemas enfermeros que describe y explica cómo deben ser las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.²³

2.1.2.1.1 Teoría del autocuidado

El autocuidado puede considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Esta práctica es iniciada y realizada en beneficio del paciente, para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. El autocuidado se realiza efectivamente si una persona realiza las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.²⁴

El autocuidado es la acción considerada, auto iniciada y auto dirigida de las personas para conocer su requisitos actuales y futuros para regular su propio funcionamiento y desarrollo y seleccionar y usar los medios para cumplir estos requisitos con el fin de sustentar la vida y promover la salud y el bienestar.²⁵

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, la maduración y cultura de los individuos.

2.1.2.1.2 Los requisitos de autocuidado

Dentro del modelo de Orem se encuentran los requisitos de autocuidado los cuales son esenciales durante la valoración de enfermería. Un requisito es un consejo formulado y

expreso sobre las acciones que deben llevar a cabo los individuos porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo circunstancias y condiciones específicas. Orem contempla 3 tipos de requisitos:²³

Requisitos universales: El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. Orem identificó 8 actividades esenciales para el logro del autocuidado independientemente del estado de salud, desarrollo o entorno del individuo.²⁴

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento de un aporte suficiente de actividad y el reposo.
6. Mantenimiento de un aporte suficiente entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, e funcionamiento humano, y el bienestar.
8. Promoción del funcionamiento humano y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal. (Normalidad).²⁴

Los problemas que ocurren en estas áreas podrían ser potencialmente peligrosos para la vida. Estos requisitos esenciales son tareas que un individuo debería ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo. Orem contemplo estos requisitos como demandas de autocuidado que se hacen al individuo el cual debe cubrir activamente y mediante habilidades aprendidas, lo cual genera una idea de equilibrio entre ambas.²⁴

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Estos requisitos se hallan en circunstancias asociadas al desarrollo humano. Orem los clasificó en dos tipos:

- a) *Etapas específicas del desarrollo:* Requisitos relacionados con la producción y mantenimiento de condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven el desarrollo, es

Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.

1. Vida intrauterina.
2. Vida neonatal.
3. Lactancia.
4. Infancia, adolescencia, adulto joven.
5. Edad adulta.
6. Embarazo.

b) *Condiciones que afectan el desarrollo humano*: Implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

1. Depravación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.
6. Cambio de posición ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.²⁴

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud: Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Por tal razón el individuo presentará las siguientes demandas adicionales a su cuidado:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones asociadas a estados y acontecimientos patológicos.
2. Ser consiente de los efectos y condiciones de los estados patológicos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
4. Ser consiente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas, y su influencia sobre el desarrollo.

5. Modificación del autoconcepto aceptándose como ser en un estado particular de salud y con necesidades específicas de autocuidado.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas.²⁴

2.1.2.1.3 Condiciones y prácticas para motivar el autocuidado

Orem identificó cuatro determinantes principales de la cantidad y el tipo de enfermería que requieren los miembros de la población. Uno de los determinantes identificado fue el de los déficits emocionales motivacionales. Ella indica que tales déficits pueden surgir del tipo de hogar, el ambiente del que proviene el paciente. Se identificaron dos entornos de tipo potencialmente perjudicial.²⁶

1. Hogares de alto estrés y alta demanda: la limitación del autocuidado aquí es la cantidad de energía disponible que el paciente puede dirigirse a sí mismo. En esta situación, el factor importante es la posición del paciente en el hogar en relación con la gestión de la crisis.
2. Situaciones ambientales donde hay un aporte emocional limitado para las personas que son pacientes: el déficit aquí es en el área de refuerzo al paciente de su propio valor y apoyo para mantener la consistencia del régimen de autocuidado.

En los casos de déficits motivacionales-emocionales, hubo una sugerencia de acciones compensatorias por parte de las enfermeras, desde recomendaciones para cambios ambientales hasta el establecimiento de sistemas continuos de enfermería de apoyo para el individuo bajo cuidado y de enseñanza y apoyo para la familia. En casos de grandes déficits en la orientación de la salud en situaciones donde hay evidencia de capacidad y voluntad de cambio, se sugirieron medidas educativas dirigidas a los otros significativos del paciente y un sistema extensivo de apoyo educacional para el paciente.²⁶

Las dos perspectivas desde las cuales las enfermeras deberían examinar el “autocuidado motivador” pueden ser tratadas por pacientes bajo el cuidado de enfermeras que respetan los roles de los pacientes como agentes de autocuidado incluso cuando los pacientes tienen limitaciones en el desempeño del rol. Estar motivado para actuar de una manera particular no

requiere que nuestros juicios y decisiones permanezcan en la conciencia mientras nos involucramos en la acción para alcanzar un objetivo.²⁶

Las siguientes son consideraciones prácticas para motivar al autocuidado:

1. Las personas deben tener a su disposición el conocimiento que es necesario para distinguir algo como bueno o deseable o malo e indeseable y para reflexionar sobre su deseabilidad o inconveniencia. El objetivo y las formas de lograrlo deben ser conceptualizados o imaginados.
2. Se deben conocer las razones para la selección de formas de acción para lograr lo que se ha evaluado como bueno o deseable y se ha otorgado el estado provisional de un objetivo.
3. Se requiere tiempo y conocimiento para que las personas formen ideas sobre este o aquel modo de acción o para formar imágenes de cada modo de acción en relación con el objetivo.
4. La reflexión debe dirigirse a las preguntas: ¿Es esta forma de actuar bien o deseable? ¿Es más deseable o menos deseable que otras formas de actuar para lograr el objetivo?
5. La reflexión sobre elegir una forma de acción podría continuar para siempre; por lo tanto, se debe cerrar con una decisión cuando las formas de acción se han concebido como ideas claras o imágenes claras.
6. Una persona posee su evaluación de posibles formas de acción para alcanzar un objetivo y su decisión de actuar de acuerdo con una o una combinación de estas formas, cuando esta forma de actuar se formaliza e incorpora en la autoimagen de la persona o autoconcepto.²⁶

Las ideas sobre la motivación se pueden derivar de los materiales de casos acumulados por las enfermeras en situaciones prácticas. Las personas deben:

1. Organizar sus conocimientos sobre sus requisitos particulares de autocuidado y el significado de cumplir estos requisitos para la vida, la salud y el bienestar.
2. Establecer los conjuntos de acciones y sus secuencias adecuadas para cumplir con cada requisito particular de autocuidado y adjuntar a cada uno los materiales esenciales y las condiciones ambientales, los tiempos de ejecución, la duración del desempeño y el trabajo requerido.

3. Ser capaces de estimar la incomodidad o el dolor y el estrés asociado con los cursos prescritos de autocuidado.
4. Ser capaces de ubicar el autocuidado prescrito dentro de sus jerarquías de valores.²⁶

Las enfermeras deben conocer los factores y eventos que pueden condicionar lo que los pacientes pueden y juzgan como impulsos de acción, deseables o indeseables que preceden a las decisiones de actuar de una u otra forma.²⁶

Algunos factores, eventos y condiciones se resumen a continuación:

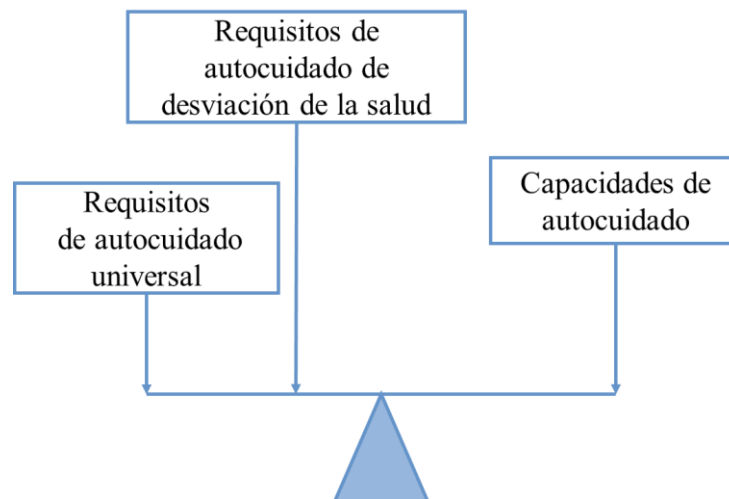
1. Los objetivos establecidos por otros para el logro del paciente son conocidos por el paciente como inalcanzables.
2. Las medidas de autocuidado prescritas se consideran irrelevantes porque el paciente no posee un yo que necesita esas medidas o posee un yo con una alteración estructurada o funcional particular del estado de salud.
3. Intereses e inquietudes primordiales interfieren con el conocimiento de los pacientes de un régimen de autocuidado propuesto o recetado.
4. La complejidad de la demanda de autocuidado terapéutico y los requisitos de tiempo y recursos para satisfacerla son abrumadores y no se pueden manejar.
5. La búsqueda desenfrenada de un objetivo de autocuidado o de autogestión interfiere con la atención a otras partes del régimen de autocuidado.
6. El conocimiento inadecuado da como resultado juicios inválidos sobre la deseabilidad de las tendencias de acción.
7. La imposibilidad de hacer preguntas ocurre debido a la falta de conocimiento suficiente sobre una situación de cuidado propio.
8. Los pacientes están siendo presionados para tomar una decisión.
9. Hay una ausencia de condiciones ambientales que permitan la reflexión y la consulta necesaria sobre la conveniencia o no conveniencia de las opciones que están abiertas a los pacientes.²⁶

Finalmente, es importante recordad que si bien, son los impulsos concretos para la acción los que están asociados con las emociones, esto también es posible de formar a través del aprendizaje.

2.1.2.1.4 El déficit de autocuidado

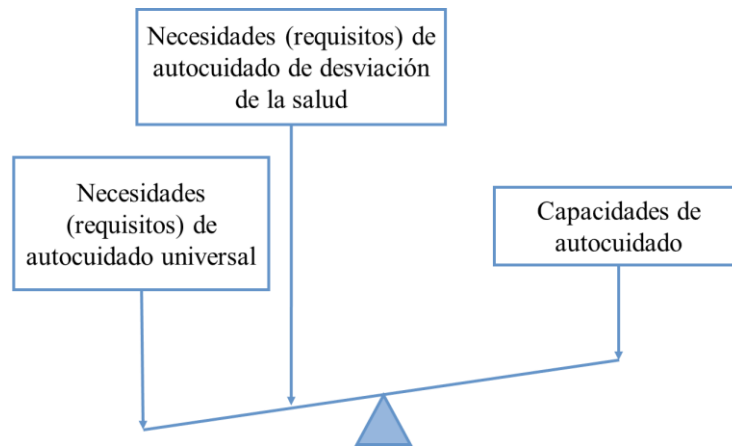
Además de la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos pueden producirse demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo. El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica, de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operáticas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.^{23, 24}

Figura 1. Individuo que experimenta un cambio en su salud, pero que aún es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado.



Retomado de Modelo de Orem aplicación práctica Cavanagh J. 1993.²⁴

Figura 2. Individuo que experimenta un cambio en su salud, es incapaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud.



Retomado de Modelo de Orem aplicación práctica Cavanagh J. 1993.²⁴

2.1.2.1.5 Demanda de autocuidado terapéutico

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. Esta demanda se resume a la relación de requisitos de autocuidado existentes conocidos y por aparecer con aquello que debería hacerse para satisfacerse.

2.1.2.1.6 La agencia de autocuidado

La agencia de autocuidado se define como la capacidad que poseen las personas de cuidar de sí mismos con el fin de mantener la buena salud y el bienestar. Es agente de autocuidado la persona que proporciona los cuidados o realiza una acción específica para ello.²⁷

En este sentido, Orem identificó que mientras un individuo que es capaz de realizar su propio cuidado es un individuo con una agencia de autocuidado desarrollada, otros pueden estar en proceso de desarrollo de esta habilidad. Así mismo existe la posibilidad de que un individuo posea una agencia de autocuidado bien desarrollada y que sin embargo, ésta no sea funcional.²⁴

A veces no se ejecutan capacidades de autocuidado que están desarrolladas y que los individuos podrían hacer operativas; esto puede producirse a través de una elección voluntaria, por olvido o debido a factores de tiempo y lugar, o porque la disponibilidad de los recursos necesarios no permite la ejecución de las operaciones de autocuidado.²⁷

Hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería este concepto es identificado por Orem como agencia de autocuidado dependiente. El individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como *agente de cuidado dependiente*.²⁴

2.2.1.1.7 La teoría de sistemas enfermeros

Todos los sistemas de acción que son sistemas de enfermería, son producidos por enfermeras a través del ejercicio de su agencia de enfermería en el contexto de sus relaciones contractuales e interpersonales con individuos que se caracterizan por déficits de autocuidado asociados a la salud, con el fin de asegurar que sus demandas de autocuidado terapéutico son conocidos y su agencia de autocuidado está protegida y su ejercicio o desarrollo, está regulado.²⁸

La teoría del sistema de enfermería es una explicación descriptiva de cómo las personas con déficits de autocuidados derivados de la salud o relacionados con la salud pueden ser ayudados a través de la enfermería por enfermeras para que las demandas de autocuidado terapéutico propias o de sus dependientes sean conocidas y cumplan con la propiedad de la agencia de autocuidado protectora, y el ejercicio o desarrollo de autocuidado o agencia de cuidado dependiente regulada.

En cierto sentido, la estructura conceptual de la teoría del sistema de enfermería subsume y relaciona los elementos conceptuales de la teoría del déficit de autocuidado con elementos de la teoría del autocuidado.²⁸

Cada una de las tres teorías dentro de la teoría del déficit de autocuidado de la enfermería expresa cuatro categorías de conceptualizaciones, que se usan como base para el análisis de la teoría de sistema de enfermería.²⁸

1. *La entidad, persona o personas conceptualizadas en una localización espacio-temporal*: Esta unidad interpersonal está formada por enfermeras en sus asociaciones e interacciones con personas con déficits de autocuidado que celebran acuerdos para aceptar y participar en la enfermería y con parientes o personas que asumen la responsabilidad de las personas que requieren la enfermería.

2. *Propiedades o atributos*: La unidad debe incluir una enfermera calificada y registrada o con licencia para practicar la enfermería dentro de la jurisdicción donde se brinda la enfermería. El acuerdo o contrato debe especificar la prestación del servicio de enfermería. La unidad interpersonal debe exhibir legitimidad de enfermería es decir, mostrar evidencia de déficits de autocuidado existentes, emergentes o potenciales por parte de las personas que buscan enfermería. Por parte de enfermería debe haber evidencia de las capacidades desarrolladas y el conocimiento experiencial específico para el tipo particular de caso de enfermería en uno o en las localizaciones cambiantes de espacio-tiempo.
3. *Movimiento o cambio*: La unidad es funcional como unidad de enfermería cuando las enfermeras activan sus poderes de agencia de enfermería para conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de las personas que requieren enfermería y para proteger y regular el ejercicio o el desarrollo de su agencia de autocuidado. Los cambios más específicos incluyen aumentos o disminuciones en la dependencia, independencia e interdependencia de las personas dentro de la unidad interpersonal y cambios en las responsabilidades del rol.
4. *Efectos o resultados, lo que se produce*: Todo lo que es un sistema de enfermería no puede generarse sin productos que se desarrollan en relación con las propiedades y atributos de los miembros de la unidad interpersonal. Diez productos se identifican sin referencia al proceso de producción, en la siguiente lista de productos de un sistema de enfermería:²⁸
 1. Un cuerpo de información de los sistemas de autocuidado existentes o pasados o de cuidado dependiente de personas que requieren enfermería, la calidad de dichos sistemas y las opiniones de sus productores sobre ellos.
 2. La demanda terapéutica de autocuidado calculada o componentes específicos de la misma para personas que requieren enfermería.
 3. Un cuerpo de información descriptivo de las capacidades de autocuidado y las limitaciones de las personas que requieren enfermería.
 4. Una selección de las formas de ayudar que son válidas y apropiadas para la naturaleza y el alcance de las limitaciones de autocuidado de las personas que requieren enfermería y para el encuentro inmediato y continuo de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico.

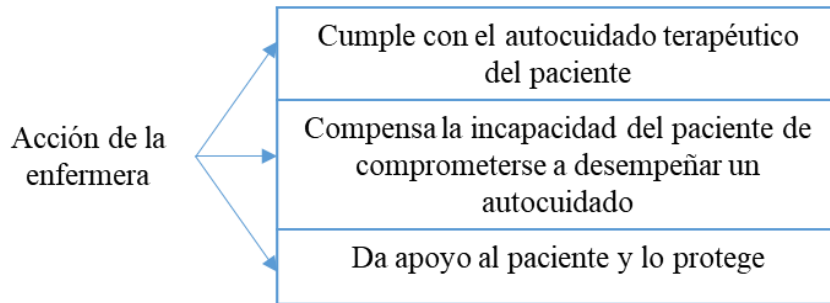
Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

5. Un establecimiento y asignación de funciones de roles de los miembros de la unidad interpersonal y un diseño para su desempeño en una matriz de tiempo y lugar con el fin de tener información continua y cumplir continuamente con los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de los pacientes de enfermería y proteger o regular el ejercicio o el desarrollo de su agencia de autocuidado.
6. Surgimiento de sistemas de enfermería estables o cambiantes a medida que se realizan funciones de roles asignados
7. Un cuerpo de información sobre la adecuación de la agencia de enfermería de las enfermeras dentro de la unidad interpersonal.
8. Habiendo solicitado la consulta de enfermería.
9. Tener reemplazos de enfermeras o miembros adicionales de enfermería de la unidad interpersonal para asegurar el desempeño adecuado y oportuno de la enfermería; operaciones de diagnóstico, prescriptivas y de producción.
10. Un cuerpo de información sobre la adecuación y efectividad de la gestión de enfermería del caso y los resultados que se producen para las personas que requieren enfermería.²⁸

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: completamente compensador, parcialmente compensador y de sistema de apoyo educativo.

El *sistema completamente compensador*: Es requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado, (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.²⁴

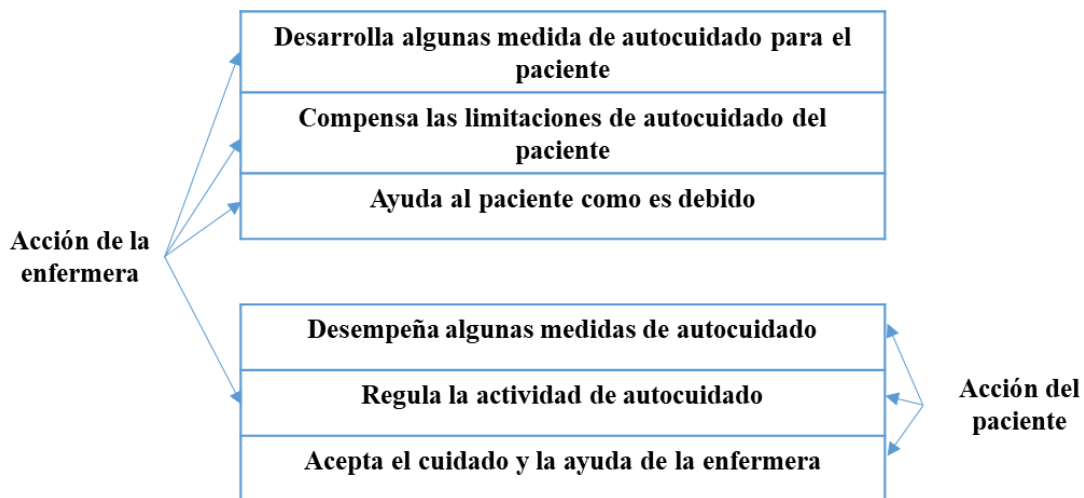
Figura 3. Sistema completamente compensador.



Retomado de Modelos y teorías de enfermería Taylor GS 2003. ²³

El *sistema parcialmente compensador*: No requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio, en este sistema la enfermera debe actuar con papel compensatorio pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.²⁴

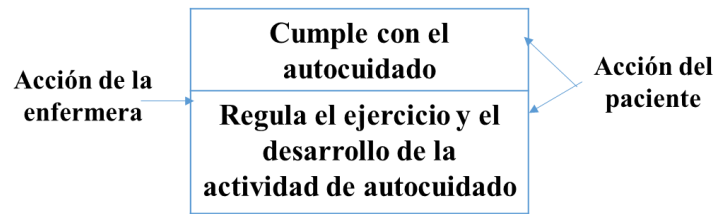
Figura 4. Sistema parcialmente compensador.



Retomado de Modelos y teorías de enfermería de Taylor GS 2003. ²³

El sistema de apoyo educativo es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita de ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlo. El papel de la enfermera se limitará a brindar apoyo en la toma de decisiones y transmitir conocimientos y habilidades.²⁴

Figura 5. Sistema de apoyo educativo.



Retomado de Modelos y teorías de enfermería de Taylor GS 2003²³

Para concluir el abordaje de la teoría del déficit del autocuidado es importante recordar que la acción de enfermería tiene un componente de originalidad, y que para Orem el arte de enfermería se “expresa individualmente por cada enfermera a través de su creatividad y estilo al diseñar y proveer el cuidado que es efectivo y satisfactorio”. El arte es creativo pues requiere del desarrollo de una habilidad que permita englobar las formas de intervención específicas de acuerdo con los resultados esperados para cada situación.²⁹

2.1.2.2 El modelo de Promoción de la salud

El modelo de Promoción de la salud (MPS), desarrollado por Nola Pender a principios de los años ochenta, es un marco que sirve como: *guía para explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan a los individuos a participar en conductas de salud dirigidas a la mejora de la salud* así como la forma en que adoptan decisiones acerca del cuidado de su salud. Expone a su vez de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos.^{30,31}

Este modelo fue creado a partir del modelo de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término de estilo de vida promotor de la salud en sus planteamientos y a diferencia del modelo de creencias sobre la salud en el MPS no tiene cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria.^{32,33,34}

En un principio, este modelo fue empleado para predecir el estilo de vida promotor de la salud en su globalidad (de hecho, en los estudios se utilizaba como variable dependiente una puntuación global de estilo de vida). Sin embargo, debido a que el porcentaje de varianza

explicada era bajo, los investigadores empezaron a aplicarlo a la predicción de conductas de salud aisladas: consumo de alcohol, tabaco, ejercicio físico, conducta sexual, alimentación, etc.^{35,36}

Actualmente este modelo integra 10 categorías determinantes en la conducta de promoción de la salud y se identifican conceptos importantes para las conductas de promoción de la salud, facilitando así la generación de hipótesis demostrables.³⁷

A continuación se presentan los principales conceptos que integran el modelo de Promoción de la salud:

Conducta previa relacionada: Es una conducta previa o similar en el pasado y su frecuencia, a partir de la cual se aprecia la posibilidad de comprometerse con las conductas de la salud.

Factores personales: Predicen una cierta conducta y están enmarcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta. Estos incluyen; a) *Factores personales biológicos* como: edad, sexo, IMC, fuerza, agilidad y equilibrio, b) *Factores personales psicológicos* como: autoestima, automotivación, competencia personal, salud percibida y conceptualización de salud, y c) *Factores personales socioculturales* como: la raza, la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

Beneficios percibidos de la acción: Son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.

Barreras percibidas por la persona para la acción: Son los bloqueos o desventajas anticipadas, imaginadas o reales para la adopción de una conducta determinada.

Autoeficacia percibida: Representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, la autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.

Afecto relacionado con la actividad: Sentimientos positivos o negativos que se dan antes, durante y después de la conducta. Este sentimiento puede afectar la autoeficacia potenciándola

Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

o mermándola, a la inversa, la autoeficacia en torno a la realización o logro de metas puede aumentar este sentimiento.

Influencias interpersonales: Cuando un ser querido o cercano desea cambios en la persona es más probable que estos sucedan. Influyen, el apoyo social, las expectativas de las personas más importantes y la modelación.

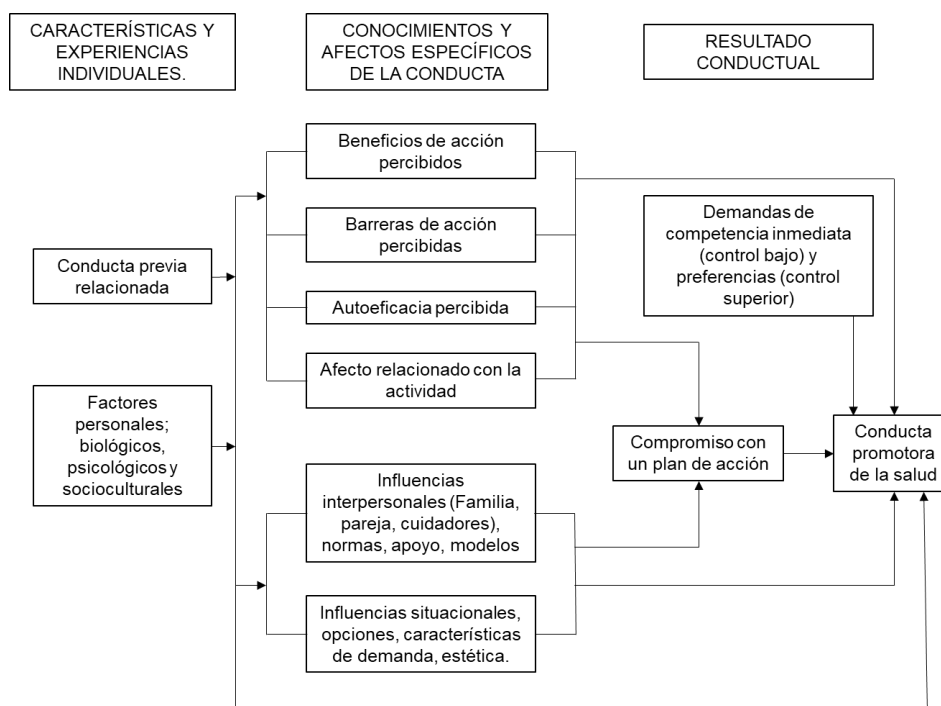
Influencias situacionales: Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluye percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de salud.

Compromiso para un plan de acción: Es el precedente del resultado final deseado; el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implementación de una conducta de salud.

Demandas y preferencias contrapuestas: Son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado. Las preferencias contrapuestas, son conductas alternativas sobre las que se tiene un alto control.^{31,36}

Nola Pender identificó que los factores cognoscitivos perceptuales de los individuos son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción. El resultado esperado está determinado por el compromiso hacia un plan de acción es decir; una conducta promotora de salud.³⁷

Figura 6. Modelo de Promoción de la salud revisado.



Retomado de Nola J Pender: *El modelo de prevención de la salud Sakraida TJ 2003*³⁶

2.1.2.2.1 Supuestos teóricos

Los supuestos en este modelo reflejan el papel activo del paciente para gestionar las conductas en salud modificando el contexto del entorno.

1. Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
2. Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.

Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

5. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.³⁶

2.1.2.3 La integración de dos aproximaciones a la atención de enfermería

Debido a las características del cuidador primario en comunidad, se retomaron elementos de las teorías del déficit de autocuidado de Dorothea Orem así como del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, por lo cual se presenta el posible sustento epistemológico para el desarrollo de una intervención educativa de enfermería en cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

2.1.2.3.1 La complejidad de la atención de enfermería

El desarrollo de la complejidad social exige, por parte del cociente individual, un conocimiento cada vez más amplio y preciso del medio ambiente y de la sociedad, una memoria cada vez más potente, múltiples posibilidades asociativas y actitudes adecuadas para tomar decisiones y encontrar soluciones ante un gran número de situaciones diversas e imprevistas.³⁸

En la búsqueda de la comprensión ampliada y sistémica de la atención de salud, así como en la búsqueda de nuevas posibilidades para intervenir en la dinámica de la vida saludable, el profesional de enfermería se está convirtiendo en uno de los principales protagonistas.³⁹

Sin embargo, se reconoce que ha sido común dar explicaciones simplistas a la práctica de enfermería, cuando en realidad el cuidado en enfermería es complejo y de naturaleza no acomodaria, destacando en importancia el estudio de la complejidad, de la imprevisibilidad así como de la falta de certeza para la mejor comprensión de las acciones desarrolladas por la enfermera en el cuidado directo o indirecto al paciente. De esta manera, a menudo se reduce el

cuidado de enfermería a una acción puntual, lineal y fragmentada, es decir a una acción vertical determinista entre el sujeto y el objeto.^{39,40}

Es preciso mencionar que existe una tendencia en general a explicar todos los fenómenos desde una perspectiva teórica única no importando el comportamiento del fenómeno en sí, ni los requerimientos metodológicos para ser abordados, es decir, el estilo es único, el perfil es único y el modelo teórico es estático, lo cual representa una barrera epistemológica para la atención en enfermería.⁴¹

La búsqueda por disolver la complejidad de los fenómenos para revelar la simpleza de la naturaleza se justificaba con anterioridad en que la hipótesis más simple era la mejor y parte de la ciencia clásica. Sin embargo, se considera que algo es complejo cuando por lo menos envuelve más de una circunstancia o posibilidad interactiva y por tanto, múltiples interfaces lo cual es caso del fenómeno de la salud y del cuidado. Al concebir a la enfermería como la ciencia, arte o profesión de promoción de cuidados al ser humano en su singularidad y multidimensionalidad, se argumenta que la enfermería es un fenómeno complejo, dinámico, interrelacionado y sistematizado.³⁹

Partiendo de la comprensión de la complejidad en enfermería y de la necesidad de avanzar a marcos teóricos que amplíen el campo de visión enfermero, tendrá entonces el profesional de enfermería como objetivo, ensayar la aplicación teórica, con lo que a menudo no se encuentran respuestas lineales y predecibles.³⁹

Para este caso, no se debe buscar llegar a un conocimiento general o a una teoría unitaria, pero sí debe tratarse de encontrar un método que detecte las relaciones y las articulaciones que ayuden a comprender mejor la práctica de enfermería.⁴⁰

En cuanto a las teorías, se deduce que cuanto más avanzado sea el nivel de ésta en términos de aplicabilidad, mayor será su utilidad para guiar y mejorar la práctica. Las teorías disponibles suministran conceptos y diseños que definen su lugar en el cuidado de la salud; con estos referentes teóricos la enfermería ha tomado su lugar como una disciplina de conocimiento que incluye redes, conceptos y abordajes para responder a sus cuestionamientos sobre la realidad. Pero también es cierto que ellos deben ser validados en la práctica para desarrollar

propuestas más refinadas o novedosas; a la vez que podrían identificar situaciones y fenómenos que no hayan sido tenidos en cuenta y que puedan contribuir al enriquecimiento del conocimiento de la disciplina.⁴²

La necesidad que existe de encontrar nuevos enfoques de la práctica enfermera es algo que va más allá de los planteamientos actuales, por lo que requerirá de decisiones fuertemente sustentadas en la ciencia, en su quehacer y su saber, con la enfermera y al lado de otros profesionistas que contribuirán en esta tarea. No obstante, habrá que recordar que no son necesarias certezas absolutas ya que hay que recordar que la creatividad surge de las posibilidades interactivas y de situaciones virtualmente adversas y contradictorias.^{29,39,41}

La construcción entonces del cuidado complejo de enfermería implica, considerar la articulación de conocimientos que trascienden la linealidad del hacer y que implican un cierto grado de desorden e incertidumbre.³⁹

2.1.2.3.2 El autocuidado y la promoción de la salud

El autocuidado es una función humana reguladora y deliberada llevada a cabo con el fin de mantener la vida, el estado de salud, desarrollo y bienestar, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollo específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.⁴³

Esta teoría sugiere que la enfermería es la acción articulada en sistemas de acción diseñados y producidos por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.⁴⁴

Lo anterior representa una limitante para los profesionales de enfermería al momento de integrar a su práctica la promoción de la salud debido a la falta de acomodación y comprensión de su papel en la planificación de las intervenciones dirigidas a tal fin.⁴⁵

La utilización de un modelo teórico de suplencia como el de Dorotea Orem, no permite diagnosticar situaciones en que las personas muestran disposición a iniciar conductas

promotoras de salud, dicha teoría identifica como objeto de intervención, situaciones de déficit de autocuidado, por lo que difícilmente podrá diagnosticar conductas promotoras de salud, no al menos ciñéndose a ese marco teórico exclusivamente.⁴⁵

Esta situación se traduce en la planificación de cuidados en el campo de la promoción de la salud como un complemento al proceso de atención de enfermería realizado en teorías como la de Dorotea Orem, utilizando de algún modo intuitivamente un modelo de promoción de la salud, o bien utilizando otros modelos teóricos donde las acciones de promoción de la salud encuentran mejor acomodo como es el modelo de Nola J. Pender.^{45, 46}

Los individuos sanos se están convirtiendo en un aspecto cada vez más importante de los cuidados de la salud organizados, Canavagh menciona que Orem no aborda adecuadamente situaciones en las que un individuo está sano, o no presenta déficit de autocuidado ya que su modelo se centra en ser capaz de satisfacer en el momento presente alguna necesidad de autocuidado. Esto deja sin explorar el tema de la promoción de la salud y de los cuidados preventivos de la salud. Orem comienza a abordar esta dificultad al decir que si una persona ignora los problemas del cuidado de la salud, la enfermera tiene la función de ayudar al individuo a ser conciente de dichos problemas. Esto puede potencialmente por lo menos, ampliar la esfera potencial de la influencia de la enfermería.²⁴

A partir de lo expuesto con anterioridad y con el fin de atender a las necesidades de autocuidado, pero también de buscar una conducta promotora de salud desde las creencias y valores de las personas, se torna útil y necesaria la utilización de la teoría del déficit del autocuidado, sus tres sub teorías y el modelo de promoción de la salud.

2.1.3 El cuidador primario

En torno al término cuidador primario se han identificado diferentes acepciones para denominarle a partir de quien realice el cuidado, la relación que guarda con la persona a quien se cuida, las funciones que desarrolla, el nivel de participación que tiene en esta función e inclusive, del significado que se da al cuidado. Cada concepto presenta tres elementos clave para su entendimiento, el cuidador es:

Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

- 1) *Es una persona*; que es relevante para la persona que será cuidada.
- 2) *Realiza una tarea*: Cuidar, asistir, apoyar, prestar atención o cubrir necesidad. Al mismo tiempo que es responsable del cuidado que suministra, participa en las decisiones de la persona cuidada y es solidaria con quien se cuida.
- 3) La acción que realiza está dirigida a la persona que cuida.^{47,48}

Entender por cuidador primario a la persona que está siempre cerca del paciente, que tiene un papel primordial en su tratamiento, bienestar y recuperación que participa en las decisiones relacionadas con la salud y ayuda a cubrir sus necesidades básicas, es una forma de integrar los elementos mencionados con anterioridad y poder ampliar la concepción de este término no solo a familiares, al extenderlo a amigos y personas sin parentesco siempre que cumplan lo enunciado.⁴⁹

2.1.3.1 Perfil del cuidador primario en México

Frecuentemente son los miembros de la familia los que se convierten en cuidadores primarios, este cambio puede ser gradual y casi imperceptible para el cuidador, en ocasiones comenzando a cuidar en etapas preclínicas, o por otra parte, puede iniciar el cuidado súbitamente.⁵⁰

La motivación para el cuidado del familiar, generalmente es altruista, por razones de reciprocidad, gratitud o incluso culpa. La relación previa entre el cuidador y la persona a quien ahora se cuida es un aspecto importante a la hora de identificar motivaciones para llevar a cabo el cuidado y puede marcar una sustancial diferencia dependiendo de si esta relación ha sido positiva o negativa.⁵⁰

En México, el cuidado de personas dependientes es frecuente, en el año 2016 el Instituto Nacional de Geografía y Estadística reportó la existencia de 286 mil cuidadores de personas dependientes, entendiendo a ellos como quienes *presentan alguna limitación; física, psíquica o intelectual, que merma algunas capacidades de la persona, que presentan incapacidad o dificultad para realizar por sí mismo actividades de la vida diaria y que requieren asistencia o cuidados de un tercero*.⁵¹

Siguiendo con datos de ese mismo año, se sabe que el 97% de los cuidadores es del género femenino, con edad promedio de 37.6 años. La edad del 37% de ellos está entre 15 y 29 años,

21% tiene entre 30 y 39 años, 17% de ellos entre 40 y 49 años, 16% entre 50 y 59 años y finalmente 9% de ellos tiene más de 60 años. Y el 44% de ellos cuenta con pareja.

Respecto a la residencia de los cuidadores el 8.5% y el 8.3% de los cuidadores provienen de la Ciudad de México y del Estado de México respectivamente, estas dos entidades ocupan el primer y segundo lugar en concentración de cuidadores de todo el país. Un aspecto importante a tener en cuenta es que 2% de los cuidadores presenta alguna discapacidad relacionada con caminar, moverse, subir o bajar. Al tomar en cuenta la ocupación de los cuidadores se observa que el 72% se ocupa en casas particulares o prestan sus servicios en su propio domicilio y de ellos la mayoría (67%) tiene estudios de secundaria o inferiores. El promedio de horas semanales dedicadas al cuidado es de 38.5 horas.

Al analizar las horas semanales dedicadas al cuidado por mujeres, encontramos que; el 7.3% dedica menos de 15 horas semanales, 29% de 15 a 34 horas, 44% de 35 a 48 horas semanales y 19.7% más de 48 horas. De quienes perciben remuneración por su labor sabemos que el 32% de ellos percibe *hasta un salario mínimo*, 44% *de uno a dos* y 24% *más de dos*. El sueldo para las mujeres fue de 23.9 pesos por hora, menor al de los hombres de 36.3 pesos promedio.⁵¹

Cabe mencionar que 10% de las mujeres que cuidan, no perciben un sueldo frente al casi 8% de los hombres. Estimaciones sobre el trabajo no remunerado estiman que el cuidado representó el 21.6% de estas actividades y se realizó con el 74.1% de participación femenina.⁵²

Respecto a las características de las personas a quienes cuidan; observamos que la 87% son niñas y niños menores de 15 años, 17% personas enfermas temporalmente y el resto tiene limitaciones permanentes. 52.1% son mujeres y 47.9% son hombres.

De quienes tienen limitaciones permanentes tanto hombres como mujeres, en su mayoría tienen 60 años o más, representado por el 41.9% y el 67.9% respectivamente. El cuidado en el hogar se llevó a cabo en su mayoría por personas del mismo lugar 81.8%.

A partir de los datos anteriores, podemos inferir que el cuidador primario en México es predominantemente del género femenino con edad alrededor de los 40 años, con estudios de secundaria o inferiores, poco más de la mitad de ellos no cuenta con pareja, la labor que desempeña la realiza en viviendas particulares, ocupando casi 40 horas semanales de cuidado

Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

en menor medida a personas con enfermedades temporales y limitaciones permanentes de quienes en su mayoría son personas de más de 60 años y del género femenino. En la mayor parte de los casos percibe, entre uno y dos salarios mínimos.

2.2 Revisión de la literatura

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo con base en los lineamientos de la declaración prisma. Utilizando los términos del siguiente lenguaje básico de búsqueda:

Palabras clave: Intervención educativa, programa educativo, educación para la salud, efectividad, resultados, efecto. Cuidador primario, cuidador informal, cuidador formal, cuidador principal, proxi, cuidador familiar.

Key Words: Educational intervention, educational program, education for health, effectiveness, results, effect. Primary caregiver, informal caregiver, formal caregiver, primary caregiver, proxi, family caregiver.

Palavras chave: Intervenção educativa, programa educacional, educação para a saúde, eficácia, resultados, efeito. Cuidador principal, cuidador informal, cuidador formal, cuidador principal, proxi, cuidador familiar.

Los artículos elegidos tenían las siguientes características: Acceso libre a texto completo, 3 idiomas en las siguientes bases: *Pubmed*, *Scielo*, *Biblioteca Virtual en Salud (BVS)*, *Biblioteca Digital UNAM (BiDi)*, *Cochrane*, *Medigraphic*, *Imbiomed*, *Graylit* y *Clinical trials*. La cantidad de resultados tras cada estrategia se detalla en el *cuadro 6*.

Se incluyeron estudios pre-experimentales, cuasi experimentales, y experimentales realizados en todos los niveles de atención y/o fuera del ámbito sanitario, que evaluaran la efectividad de las intervenciones educativas cuyo objetivo era mejorar los estilos de vida saludables o el autocuidado. Se buscó que el tipo de participantes en los estudios revisados fueran cuidadores primarios, de todas las edades y de ambos sexos.

Los criterios de selección fueron: Publicaciones dirigidas a evaluar la efectividad de intervenciones educativas en la mejora del autocuidado y/o estilos de vida en cuidadores primarios, de acceso libre a texto completo publicados desde enero 2014 a noviembre 2018, en español, inglés y portugués.

Cuadro 4. Palabras clave, sinónimos y términos utilizados para la búsqueda de investigaciones antecedentes relevantes.

Término clave	Sinónimo / Variante	DECs (Español)	DECs (Portugués)	MeSH
Intervención educativa	Estudio de Intervención, Intervención educativa de enfermería, Health care educational interventions.	Ensayo Clínico	Ensaio Clínico	Clinical Trial
Estilos de vida	Hábitos saludables	Estilo de vida	Estilo de vida	Life style
Autocuidado	-	Autocuidado	Autocuidado	Selfcare
Cuidadores primarios	Cuidador de Familia cuidador familiar, cuidador informal, cuidador formal, cuidador principal,	Cuidadores	Cuidadores	Caregivers

Cuadro 5. Estrategias de búsqueda.

Estrategia*	Término
A	Intervención educativa & Estilo de vida
B	Intervención educativa & Autocuidado
C	Intervención educativa & Cuidador primario
D	Cuidador primario & Autocuidado
E	Cuidador primario & Estilo de vida
F	Intervención educativa & Estilo de vida & Autocuidado
G	Cuidador primario

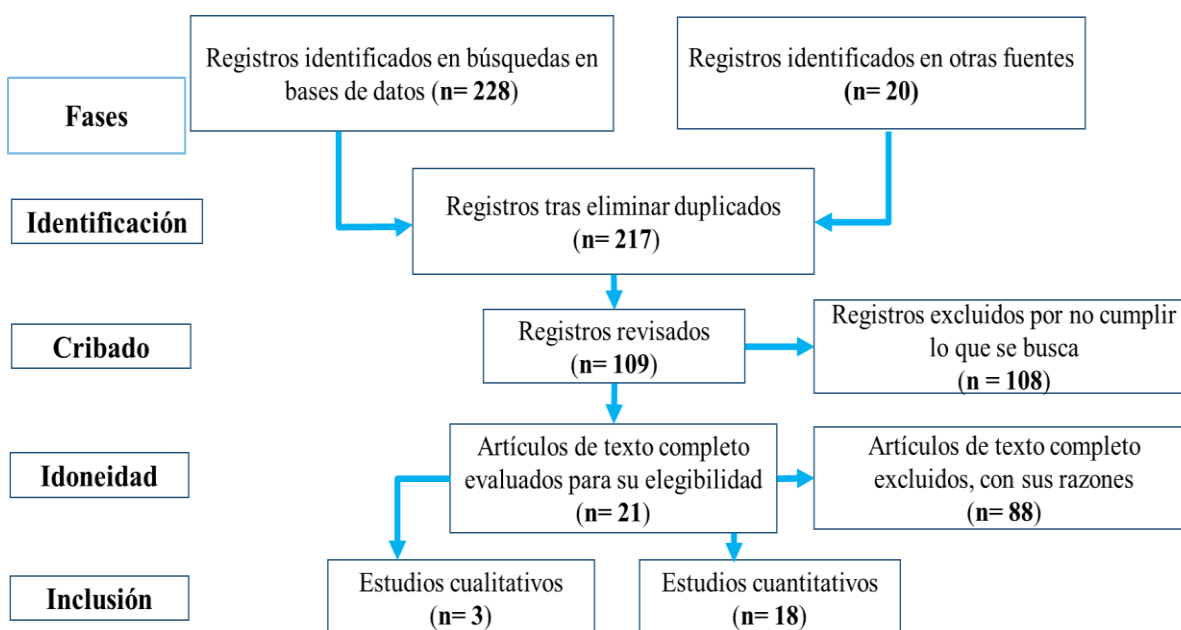
* La estrategia incluye la búsqueda con los sinónimos y variantes del término.

Cuadro 6. Artículos obtenidos de la búsqueda de información en bases de datos especializadas.

Base de datos / Estrategia	Pubmed	Scielo	BVS	Bidi	Cochrane	Medigraphic	Imbioned	Graylit	Clinical Trials
A	4	15	0	4	0	13	9	0	0
B	5	16	5	9	0	8	4	0	0
C	2	7	1	3	9	7	10	0	1
D	16	10	2	0	0	1	0	0	0
E	3	0	0	1	0	0	0	0	0
F	0	0	0	0	0	3	0	0	0
G	3	15	2	2	0	24	34	0	0
Total	33	63	10	19	9	56	57	0	1

Se encontraron 248 artículos, de los cuales se detalla su uso para la conocer los antecedentes de la investigación en *la figura 7*.

Figura 7. Diagrama de flujo de la búsqueda.



Fuente: Elaboración a partir de criterios PRISMA.

Figura 8. Origen de los artículos incluidos.

	N°
País	
<i>Cuba</i>	5
<i>México</i>	4
<i>EUA</i>	4
<i>Brasil</i>	3
<i>España</i>	2
<i>Chile, Colombia, Israel</i>	3
Idioma	
<i>Español</i>	13
<i>Inglés</i>	8

Fuente: Elaboración propia.

Como resultado de la lectura crítica se encontró información sobre: El papel que tiene el educando, el rol de los educadores, la teoría desde la que se parte, los objetivos del aprendizaje, el material de apoyo que se utiliza, las características y las temáticas de las Intervenciones Educativas (IE), la práctica educativa, el análisis que realizan sobre la realidad, así como el concepto de salud que se manejó en las mismas. Se ordenaron siguiendo 3 dimensiones principales, la estructura, el proceso y el resultado.

A continuación se presentan las características más relevantes sobre los artículos encontrados.

Sobre los elementos de la estructura.

Papel del educando: La mayoría de las IE se dirigieron a adultos de entre 40 y 60 años, en menor medida a mayores de 60 y pocas de ellas a menores de 40 años. Una parte considerable de estas no especifica la edad de los participantes.

El papel que dan al cuidador primario (CP) en algunas de las IE es de *receptor pasivo*^{53,54,55} en otras más es *pasivo al determinar el conocimiento* que va adquirir pero activo en el ajuste de lo que se le indica,^{56,57,58,59,60,61,62} una cantidad similar de IE señalan el papel del CP como *participativo*^{63,64,65,66,67,68} y en menor número en un papel *activo y cogestor* de la acción educativa.^{69,70} En el resto, esto no se especifica.^{71,72,73}

El rol de los educadores: La mayoría de quienes llevaron a cabo las IE son profesionales de Enfermería 11 (52%), seguido por médicos 6 (29%), y en menor proporción estas se llevaron a cabo por medio de un equipo multidisciplinario 4 (19%). Complementario al rol de los educandos se observa la presencia del *papel prescriptivo* del educador dentro de las IE, característico por ser éste quien decide como experto o poseedor del conocimiento^{53-55,59-61} el contenido de las mismas, se hace presente también, como *controlador* del proceso de aprendizaje^{57,58,67,68} en menor medida como *mediador* de este proceso⁶⁴⁻⁶⁶ y como *facilitador* y *apoyo* para el educando.^{56,63,69,70} Son pocos los trabajos que no refieren el papel que el educador juega en las IE.^{62,71-73}

Teoría desde la que parte: La mayor parte de las IE no hacen mención a teorías desde las cuales parten para dar sustento a su acción educativa, pocas de ellas lo hacen desde un enfoque de enfermería,^{56,66,64,70} y en menor medida un enfoque constructivista o psicopedagógico.^{67,69}

Objetivos planteados: Los verbos utilizados en el objetivo de los artículos analizados están dirigidos mayormente a identificar la efectividad de las IE. Se presentan en orden descendente de aparición los verbos: *Evaluar, Identificar, educar, analizar, comparar, y mantener.*

Material de apoyo: Su uso en la mayoría de los casos no es especificado, sin embargo en algunas IE se utiliza el material impreso,^{61,67,70} o el audiovisual.^{56,60,69} En menor medida tecnologías educativas digitales,^{57,68} el uso de dos o más de los anteriores^{58,66} y el seguimiento por vía telefónica.^{63,65}

Sobre el proceso.

Características de la IE: La duración es muy variada, oscila entre 5 y 60 minutos, con media de 24 minutos por sesión. Así mismo el número de sesiones se encuentra entre 1 y 36, dando un promedio de 5.6 sesiones por intervención.^{53,73}

Temática y enfoque de la IE: Se aprecian dos tipos de temáticas; las dirigidas a mejorar la capacidad del CP de cuidar de otros 14 (67%) y las dirigidas a repercutir en la salud del CP directamente 7 (33%).

Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

Sobre las dirigidas a mejorar la capacidad del CP de cuidar de otros, destacan dos temas los relacionados a *mejorar el conocimiento* de aspectos sobre a la enfermedad de la persona a quien cuidan cuyo abordaje es mayormente preventivo,^{55,56,59} de capacitación^{57,62,72} y curativo⁶¹. Y los relacionados a la *mejora de las habilidades de cuidar* esto desde un enfoque preventivo^{54,58,65,69} de capacitación.^{64,66} y de promoción de estilos de vida saludables para la persona a quien cuidan.⁶⁰

El descanso y la sobrecarga del cuidador son los temas principales enfocados a repercutir en la salud del CP. El *descanso* visto desde un enfoque preventivo^{53,71} y como estrategia de promoción de la salud.⁷⁰ Así como la *sobrecarga del cuidador* desde la prevención,^{67,73} el tratamiento,⁶³ y de fomento del autocuidado.⁶⁸

La práctica educativa: Una IE mostró una práctica de tipo proteccionista unidireccional,⁵⁴ mientras que la mayoría de estas se llevó a cabo desde una práctica unidireccional controladora tecnológicamente,^{53,55,56,58-60,62,72} y una práctica bidireccional con búsqueda de autonomía de los cuidadores primarios.^{5,9,12-19} Solo se encontró una IE con una práctica con gestión del proceso de enseñanza aprendizaje.⁷⁰ En su mayoría las IE se presentan de forma grupal a los CP y en menor medida de forma individual o personalizada.^{60,61,63-65,69,70,72}

Análisis de la realidad: Está orientado a las normas sociales dominantes y considera los efectos medioambientales,^{68,59} pero principalmente hace hincapié en los factores de riesgo y del entorno de la salud.^{53-55, 57,58,61-67,71-73} Pocas tienen su base en el análisis de la estructura social y de los determinantes en la jerarquía de poder.^{56,60,70} Y en solo una no lo especifican.⁶⁹

Concepto de salud: Concebido como la ausencia de enfermedad,⁶⁸ su concepción de salud es determinada por otros y privilegia este hecho,^{56,65,54} Multifactorialmente determinada.^{55,60,61,64} No lo especifica.^{53,57,59,62,63,66,69-71}

Sobre el resultado:

Análisis de los resultados: Se lleva a cabo principalmente por procesos de estadística inferencial,^{55,56,58-61,63,65,66,68,71} en menor medida desde un enfoque cualitativo,^{54,57,64,72,73} y con base en el planteamiento de los objetivos establecidos en un inicio.^{67,69,70}

Efectividad: El 86% de las intervenciones se observa efectivas, en el caso del 14% restante, los resultados son insuficientes para declarar su efectividad.^{53,58,71}

Didáctica: Dado que son pocos los estudios que utilizan más de una herramienta didáctica como material de apoyo en las IE,^{58,66} y ya que no reportaron la efectividad de un material frente a otro, no es posible establecer su efectividad en el logro de objetivos en las IE dirigidas al CP.

Modelo de atención: No lo específica,⁷⁰ informativo prescriptivo,^{53,55,61,64,68,71} persuasivo motivacional,^{57-59,62,65-67,72,73} Político, económico, ecológico,^{56,62} crítico emancipatorio.^{60,69}

Tras el análisis de las características de las investigaciones más recientes, se podría desde una visión parcial decir que el objetivo de las mismas se logró y por tanto que son intervenciones de calidad, sin embargo, es importante mencionar dos puntos que desde la evaluación del cumplimiento acorde a lo establecido por A. Donabedian destacan; el primero es la carencia de indicadores tanto empíricos como normativos, mismos que muestran lados complementarios del cumplimiento.

Por otra parte la estructura y proceso guardan relación estrecha en los trabajos revisados a partir de lo que se podría inferir, un ajuste por parte de los autores, no solo a los medios y recursos disponibles, sino a las características de los cuidadores primarios, sus necesidades y expectativas.

Finalmente y si bien todas las intervenciones fueron efectivas, se pone de manifiesto la necesidad de continuar el análisis de la calidad de intervenciones.

III. Material y métodos

3.1 Tipo de estudio y diseño

Estudio transversal, analítico.

3.2 Población y muestra

Población: 35 Cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles de 2 Clínicas Universitarias de Atención a la Salud del Oriente de la Zona Metropolitana.

Tipo de muestreo: A conveniencia.

Muestra: Conformada por 26 cuidadores.

3.2.1 Criterios de selección

Inclusión:

1. Cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles con o sin complicaciones.
2. Mayores de 18 años.
3. Sin distinción de sexo.
4. Que participaron voluntariamente en la investigación.
5. Que consientan su participación por medio de la firma del consentimiento informado.
6. Con disponibilidad de tiempo (30 minutos).

3.3 Variables del estudio

Variable de interés

1. Nivel de autocuidado y autoeficacia percibida en cuidadores primarios.

Variables intervinientes.

1. Edad.
2. Sexo.
3. Escolaridad.
4. Nivel socioeconómico.
5. Características ocupacionales (trabajo, horas de trabajo).
6. Estado civil.
7. Características de los hijos (Número y edad).
8. Parentesco con la persona con enfermedad crónica no transmisible.
9. El tiempo que llevan cuidando a esa persona.

3.3.1 Operacionalización de variables

Tabla 1. Variable principal.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Valor
Nivel de Autocuidado y autoeficacia percibida	Dado que es una construcción a raíz de dos modelos de enfermería no se cuenta con una definición conceptual propiamente dicha	La capacidad auto iniciada, aprendida y percibida del cuidador primario para realizar las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, mantener la salud y promover su bienestar	1. Agencia de autocuidado 2. Requisitos universales 3. Autoeficacia percibida	Cualitativa Ordinal	0 – 24 = Elemento poco desarrollado 25 – 48 = Elemento en desarrollo 49 – 72 = Elemento desarrollado A mayor puntuación mejor desarrollo del autocuidado y estilo de vida

Tabla 2. Indicadores de las dimensiones de la variable principal.

Dimensiones.	Definición operacional.	Indicadores.	Tipo de variable.	Valor.
Agencia de autocuidado	La capacidad que permite a las personas discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, de manera que cubran sus requisitos de autocuidado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Energía 2. Búsqueda de información 3. Habilidades de autocuidado 	Cualitativa Ordinal	0 – 8: Elemento poco desarrollado. 9 – 17: Elemento en desarrollo 18 – 24: Elemento desarrollado
Requisitos universales de autocuidado	El grado de cumplimiento de los cuidados de salud y la capacidad del individuo de llevarlos a cabo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Requisitos universales de autocuidado 1 al 5 2. Requisitos universales de autocuidado 6 y 7 3. Requisito universal de autocuidado 8 	Cualitativa Ordinal	0 – 8: Elemento poco desarrollado 9 – 17: Elemento en desarrollo 18 – 24: Elemento desarrollado
Autoeficacia percibida	La capacidad de una persona de generar una conducta de salud, lo que explica su importancia en la evaluación de las investigaciones y la pauta que puede dar a la hora de intervenir en las necesidades de los individuos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beneficios percibidos y barreras percibidas 2. Autoeficacia percibida y afecto 	Cualitativa Ordinal	0 – 8: Elemento poco desarrollado 9 – 17: Elemento en desarrollo 18 – 24: Elemento desarrollado

3.4. Hipótesis

1. Con base en investigaciones similares reportadas en otros países y los resultados sobre intervenciones educativas dirigidas a mejorar el autocuidado en cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, *suponemos que el nivel de autocuidado y autoeficacia percibida en los cuidadores primarios se encontrará poco desarrollado.*

Debido a la naturaleza de la presente tesis cuyo objetivo es proponer una intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas en el hogar, no se dispone de una hipótesis de trabajo principal.

3.5 Procedimientos

3.5.1 Para la recolección de datos

Etapas en la recolección de la información.

Etapa I. *Diseño y validación del cuestionario de autocuidado y autoeficacia percibida del cuidador primario:* Con base en el modelo teórico de Nola Pender y la teoría de D. Orem (detallados en el marco teórico) así como de la revisión de la producción científica más reciente sobre el autocuidado del cuidador primario se diseñó el cuestionario de auto aplicación sobre el autocuidado y autoeficacia percibida en el cuidador primario.

Dicho cuestionario contó con 110 preguntas con escala de respuesta tipo likert, en su versión inicial fue enviado a 4 expertos en educación y enfermería comunitaria de quienes se tomaron observaciones y comentarios para hacer adecuaciones correspondientes al cuestionario.

La segunda versión del instrumento cambió el orden y número de las preguntas quedando únicamente 36, mismas que se organizaron en 3 dimensiones. Entre otras adecuaciones se modificó el lenguaje del instrumento para que fuera más entendible. Se redujo la escala de respuestas a tres posibilidades y pasó de ser un cuestionario auto aplicable a uno de aplicación dirigida.

Tras las modificaciones hechas al instrumento, se llevó a cabo su aplicación en una población similar de cuidadores primarios al sur de la Ciudad de México para conocer las cualidades métricas del mismo. La participación de los cuidadores primarios fue con su consentimiento informado, completamente voluntaria y no representó ningún riesgo para su salud o integridad.

Etapa II. *Reclutamiento:* Se explicó a los cuidadores primarios de personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles el objetivo de la investigación, los posibles beneficios y riesgos que de ésta emanan, la voluntariedad de la participación así como de la permanencia. Esta etapa incluyó la firma del consentimiento informado y la agenda de una cita para aplicación del cuestionario de autocuidado y autoeficacia percibida. El reclutamiento se llevó a cabo durante 4 semanas.

Etapa III. *Valoración*: Tras el reclutamiento, se aplicó el cuestionario de autocuidado a los cuidadores primarios en su domicilio. Cabe destacar que debido a la dificultad de localización de los participantes que habían accedido durante el reclutamiento el tamaño muestral inicial ideal fue reducido a 26 participantes cuya disposición y participación fue consistente.

Etapa IV. *Diseño de la Intervención educativa*: Tras el análisis de los resultados obtenidos en la valoración de los cuidadores primarios se desarrolló una propuesta de intervención educativa de enfermería con 10 láminas como material didáctico de apoyo el cual fue sometido a una ronda de 4 jueces para su validación. Se aplicaron pruebas de concordancia entre observadores y se obtuvo el índice de aprobación para cuatro criterios relacionados con la pertinencia del material didáctico para con los cuidadores primarios.

Se proporcionó el (MD) en un cuadernillo engargolado con una escala de 1 a 4.21 (1:4.21) con instrucciones para que los expertos emitieran su juicio sobre el cumplimiento de los aspectos de atracción, comprensión, involucramiento y aceptación en modalidad dicotómica, así como un apartado para las observaciones que pudieran realizar.

Tabla 3. Perfil de los evaluadores.

Evaluador	Sexo	Unidad	Formación doctoral	Línea de investigación
1	Femenino	FES* Iztacala	Administración	Educación en enfermería Evaluación educativa Cuidado de la vida y salud de la persona y Cuidado en las transiciones de la vida
2	Femenino	ENEO**	Enfermería y cultura de los cuidados	Educación en enfermería
3	Femenino	FES Zaragoza	Educación: Diagnóstico y Medida	Cuidado a la vida y Salud de las personas
4	Masculino	FES Zaragoza	Ciencias de Enfermería	

*FES: Facultad de Estudios Superiores, **ENEO: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Como prueba de validez se sumó el total de respuestas por criterio y se dividió entre las posibles respuestas, éste índice tiene como puntuación máxima 1 y como mínima 0. Para su aceptación en esta investigación se determinó como punto de corte un índice de 0,7 o superior por criterio, es decir que para que uno de los criterios fuera válido debía aprobarse por al menos el 70% de los expertos. Lo anterior corresponde a la metodología seguida por Correa Tello en (2014) quien da cuenta de su uso común en otras investigaciones.

Tabla 4. Puntos de corte para el índice de evaluación por pregunta.

Puntos de aceptación por pregunta	Índice obtenido
4	1.0
3	0.75
2	0.5
1	0.25
0	0

Tabla 5. Puntos de corte para el índice de evaluación por criterio.

Puntos de aceptación por criterio	Índice obtenido
8	1.0
7	0.87
6	0.75
5	0.62
4	0.5
3	0.37
2	0.25
1	0.12
0	0

Finalmente. Con base en las observaciones de los expertos se realizaron ajustes al contenido, distribución de las imágenes y colores en el (MD).

3.5.2 Para el análisis de datos

1. Se utilizaron medidas de frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central para describir las características de la población. (Datos sociodemográficos, relación que guarda con la persona a quien cuida, características del cuidado que proporciona, sobrecarga del cuidador, autoestima, actividad física independencia de la persona a quien cuida y funcionalidad familiar).
2. Se aplicaron pruebas de estadística descriptiva para identificar las características sobre el autocuidado, (*apreciación por parte del cuidador y el grado de cumplimiento en los requisitos de autocuidado*) y sobre autoeficacia percibida.
3. Se realizó el análisis exploratorio para identificar si alguna de las características de los cuidadores, se asocia especialmente a otra, además de comparaciones entre grupos, identificación de relaciones entre puntajes.
4. Como análisis especiales se presentan las características métricas del cuestionario de autocuidado y autoeficacia percibida del cuidador primario. Así como el análisis de confiabilidad para el material didáctico desarrollado para la presente propuesta de material didáctico.

3.6 Instrumento de medición

Se trata de un cuestionario en su segunda versión de aplicación dirigida con 2 secciones, la primera acerca de las características laborales, familiares y escolares del cuidador primario así como las referentes al cuidado que proporcionan a la persona con enfermedades crónicas no transmisibles, seguido de preguntas para determinar su nivel socioeconómico con base en la propuesta del AMAI 2018. Esta sección consta de 18 reactivos de respuesta abierta.

La segunda sección es propiamente el cuestionario sobre *autocuidado y autoeficacia percibida por el cuidador primario de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar*. Que consta de 36 ítems cada uno con opción de respuesta con valor entre 0 y 2 puntos (tres opciones), tras la aplicación se puede obtener un puntaje entre 0 y 72 puntos, a partir del cual se determina el grado de desarrollo del constructo: (de 0 a 24 puntos) = elemento poco desarrollado, (de 25 a 48 puntos) = elemento en desarrollo y (de 49 a 72 puntos) = elemento desarrollado.

El cuestionario integra tres dimensiones de 12 ítems cada una para conocer a) la apreciación de la agencia de autocuidado, b) el desarrollo de los requisitos universales de autocuidado y c) la autoeficacia percibida. Cada dimensión con valor máximo de 24 puntos y mínimo de 0. Una vez obtenido el puntaje es posible determinar el grado de desarrollo de cada dimensión de la siguiente forma: (0 a 8 puntos) elemento poco desarrollado, (9 a 17 puntos) elemento en desarrollo y (de 18 a 24 puntos) elemento desarrollado.

Dentro de la dimensión apreciación de la agencia de autocuidado, se valoraron tres indicadores de cuatro ítems cada uno: regulación de la energía (Ítems del 1 al 4), adquisición de la energía (ítems del 5 al 8) y habilidades para el autocuidado (Ítems del 9 al 12). Con puntuaciones para determinar el desarrollo del indicador de la siguiente forma: (0 a 2 puntos) elemento poco desarrollado, (3 a 5 puntos) elemento en desarrollo y (de 6 a 8) elemento desarrollado.

Dentro de la dimensión requisitos universales de autocuidado, se valoraron tres indicadores de cuatro ítems cada uno: requisitos universales de autocuidado 1 al 5 (Ítems del 13 al 16) requisitos universales de autocuidado 6-7 (Ítems del 17 al 20) y requisito universal de autocuidado 8 (Ítems del 21 al 24) Con puntuaciones para determinar el desarrollo del indicador de la siguiente forma:

Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

(0 a 2 puntos) elemento poco desarrollado, (3 a 5 puntos) elemento en desarrollo y (de 6 a 8) elemento desarrollado.

Dentro de la dimensión autoeficacia percibida se valoraron dos indicadores de 6 ítems cada uno: *Beneficios percibidos y barreras percibidas* (Ítems del 25 al 30) y Autoeficacia percibida y afecto (Ítems del 31 al 36). Con puntuaciones para determinar el desarrollo del indicador de la siguiente forma: (0 a 4 puntos) elemento poco desarrollado, (5 a 8 puntos) elemento en desarrollo y (de 9 a 12) elemento desarrollado.

3.6.1 Confiabilidad y validez

Para la creación del cuestionario sobre autocuidado y autoeficacia percibida del cuidado primario de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar se llevó a cabo su validación de constructo a través de jueceo de expertos a quienes se eligió por su experiencia en; a) la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, b) desarrollo de investigaciones previas en el autocuidado y/o autoeficacia percibida, y/o c) en el desarrollo de actividades de educación para la salud e intervenciones educativas.

Se entregó a cada juez carta de presentación del proyecto, el cuestionario tal cual se aplicaría, un formato para evaluar el instrumento con el cual evaluarían la redacción, pertinencia con la población, un apartado sobre el objetivo de la investigación y un apartado de observaciones. Se entregó además un dictamen de instrumento para que con base en la coherencia, secuencia, claridad, metodología de desarrollo, suficiencia de constructo ofrecieran su dictamen acerca del instrumento.

El jurado se integró por 6 participantes; una doctora en educación, evaluación, diagnóstico e intervención; un doctor en ciencias de la enfermería, dos enfermeras especialistas en salud pública, un maestro en salud pública y un enfermero especialista en neurología que dirige una unidad de consultoría en enfermería.

El resultado del jueceo fueron los siguientes dictámenes; 4 aceptaciones con modificaciones menores, 1 aceptado con modificaciones mayores (de lenguaje) y un aceptado sin modificaciones.

De forma cualitativa los comentarios de los jueces comentaron lo siguiente; *“es necesaria la adecuación del lenguaje a un lenguaje más simple” “o más coloquial”*.

Tras lo cual se realizaron los ajustes pertinentes.

Se llevó a cabo la prueba piloto con 20 cuidadores primarios de personas con diabetes Mellitus al momento del egreso de sus familiares de una unidad de tercer nivel de atención, posterior a su consultoría de enfermería.

El tiempo promedio de resolución del cuestionario en su formato de auto aplicación fue de 20 minutos pero para su versión de aplicación dirigida, el tiempo se redujo a 17 minutos razón por la cual se eligió esta versión para su aplicación final.

Los comentarios por parte de los cuidadores primarios en torno al cuestionario fueron las siguientes: *“Es un cuestionario muy sencillo de contestar”*.

Se creó una base de datos: en el programa estadístico SPSS V.22. Fue capturada por una, enfermera ajena al proyecto con el fin garantizar la ceguedad de captura, a quien se capacito previamente para tal labor. La rectificación de la base fue realizada en presencia del capturista, sin encontrarse diferencias.

Se realizó la prueba estadística de Alfa de Cronbach para determinar la consistencia del instrumento, se obtuvo un coeficiente de 0.854. Se realizó la prueba de Alfa de Cronbach para dos mitades obteniéndose para la primera mitad un coeficiente de 0.637 y para la segunda 0.619 con un coeficiente de relación entre formularios por Spearman Brown de 0.873 y la prueba de dos mitades de Guttman en la que se obtuvo un coeficiente de 0.873

Tras la aplicación pre test con 26 cuidadores primarios el coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0.799.

3.7 Características de la propuesta de intervención educativa de enfermería

Se trata de una intervención educativa individualizada de 5 sesiones, con duración de 20 minutos de exposición y un tiempo de debriefing estimado entre 5 y 40 minutos, el cual estará sujeto a las necesidades y particularidades del cuidador primario. La totalidad de la intervención oscila entre una hora con cuarenta minutos y cinco horas.

La técnica didáctica será la exposición y discusión, con variante de exposición y planteamiento de un problema, se utilizan 10 láminas como material didáctico de apoyo + un caso de refuerzo durante las sesiones.

Respecto a la evaluación se llevara a cabo en tres formas. Evaluación formativa por medio de debriefing dirigido, evaluación sumaria por medio de la comparación entre puntajes obtenidos (antes y después) de la intervención educativa en el cuestionario de autocuidado y autoeficacia percibida. Así como la evaluación cualitativa en modalidad de preguntas al final de la sesión sobre la utilidad de la misma, la claridad y complejidad de la temática abordada en cada sesión.

La justificación de la IE, los esquemas de las sesiones educativas, los casos, las temáticas abordadas y el material didáctico propuesto se especifican en el Anexo 3.

3.8 Aspectos éticos

Esta investigación se llevó a cabo acorde a las *disposiciones comunes* que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título segundo *de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos*. CAPÍTULO I y lo dispuesto en el CAPÍTULO II *de la Investigación en Comunidades*.

Se respetó el principio ético de la *autonomía* de los participantes, con la lectura del consentimiento informado (*Anexo 1*), en presencia de un familiar y haciendo énfasis en la participación voluntaria, así como en la no repercusión de ningún tipo en caso de no desear participar.

Así mismo los investigadores declaran no ejercer coacción de ningún tipo a los participantes, respetando sus decisiones en torno a la duración de la permanencia en el presente proyecto.

No se hizo distinción a los participantes o familiares, de ningún tipo durante las etapas del proyecto relacionadas con, género, condición social o de cualquier tipo.

Se mantuvo la confidencialidad de los datos proporcionados por los participantes y únicamente fueron utilizados con base en el objetivo planteado para ésta.

Esta investigación fue enviada al comité de investigación de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza bajo el título de *Efectividad de una intervención educativa para mejorar el autocuidado y estilo de vida de cuidadores primarios*. Del cual se obtuvo respuesta en Septiembre de 2019 bajo la premisa de “Observaciones realizadas” en el oficio No. FESZ/DEPI/CEP/0989/19, en las que se sugiere, entre otras observaciones la modificación del cronograma para la intervención educativa.

Para obtener la autorización para llevar a cabo la intervención, se realizaron las adecuaciones sugeridas por el comité, sin embargo, por cuestiones de tiempo entre las sesiones del mismo, se modificó el alcance de la presente tesis a la propuesta de intervención.

IV. Resultados

4.1 Descripción

4.1.1 Características sociodemográficas.

La edad de los cuidadores primarios oscila entre 20 y 80 con media de 60.9 años, desviación estándar de 13.99 y mediana de 60.5, razón por la que se agrupó en mayores y menores de 60 años, lo cual representa el 50% en cada grupo. La mayor parte de los cuidadores primarios son mujeres, sobre su educación, es de nivel básico en su mayoría 19 (73%).

Respecto a la situación laboral de los cuidadores se observa en el *cuadro 7*. Que la mayor parte de los cuidadores están empleados 80%, en su mayoría se ocupan en el hogar, razón por la cual se ocupan durante los 7 días de la semana del cuidado del hogar de entre 8 horas y más.

Acerca del estado civil de los cuidadores primarios, la mayor parte de ellos se encuentra casado 18 (69%), así mismo la mayor parte de ellos tiene hijos, 19 (73%). Mientras que la persona a quien cuidan es en su mayoría su pareja (esposa) 53%, sin embargo una parte considerable de los cuidadores primarios, cuida a sus hijos. El tiempo que llevan cuidando a su familiar es de más de 4 años en la mayoría de los casos.

Respecto del nivel socioeconómico de los cuidadores primarios este se agrupó a modo de 3 niveles E, D y C en el que el nivel E es el más bajo económicamente seguido por el D y el C.

La *tabla 6*. Presenta el nivel de desarrollo de la agencia de autocuidado, requisitos universales e autocuidado, autoeficacia percibida y del nivel de desarrollo del autocuidado y autoeficacia percibida del cuidador primario.

En este sentido las dimensiones de agencia de autocuidado y requisitos universales de autocuidado en los cuidadores primarios se encuentra *en desarrollo* 15 (58%) y 17 (65%) *respectivamente*, por otro lado, la autoeficacia percibida en la mayoría de los cuidadores, cuenta con este elemento *desarrollado* 14 (54%).

Finalmente el *nivel de desarrollo autocuidado y autoeficacia percibida* mayormente se encuentra desarrollado seguido por el elemento en desarrollo 14 (54%) 12 (46%) respectivamente.

Se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes según su nivel socioeconómico de a) nivel de autocuidado y autoeficacia percibida b) nivel de desarrollo de la agencia de autocuidado, c) nivel de desarrollo de la dimensión de requisitos universales, d) autoeficacia percibida. De los participantes en torno a su nivel socioeconómico *tabla 7*.

Se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes según su nivel socioeconómico de los componentes de la agencia de autocuidado (tres componentes), de los requisitos universales de autocuidado (tres componentes) y de los autoeficacia percibida (dos componentes). *Tablas 8 y 9*.

Se realizó la prueba de asociación entre el nivel de autocuidado y autoeficacia percibida de los cuidadores primarios con sus respectivas dimensiones *tabla 10*. Se observó que las 3 dimensiones se asocian directamente proporcional con el nivel de autocuidado y autoeficacia percibida, con un tamaño de efecto moderado.

Se identificó por medio del análisis de regresión lineal que el componente de autoeficacia percibida por el cuidador primario es un buen predictor (22%) del nivel de desarrollo de la agencia de autocuidado y que a su vez ésta explica hasta el 47% del cumplimiento de los requisitos universales. (*Ver figura 9 y figura 13*)

4.2 Análisis estadístico

Cuadro 7. Características sociales de los cuidadores primarios.

Características	Fr (%) n= 26
Edad	
De 60 años o menor	13 (50%)
Mayor de 60 años	13 (50%)
Sexo	
Mujer	15 (57.7%)
Hombre	11 (42.3%)
Nivel de estudios	
Educación básica	19 (73%)
Educación Media Superior	4 (15%)
Superior	3 (12%)
Estado civil	
Soltero	6 (23%)
Casado	18 (69%)
Divorciado	2 (8%)
Hijos	
Tiene hijos	19 (73%)
No tiene hijos	7 (27%)
El cuidador es de la persona a quien cuidan	
Madre	1 (4%)
Hijo	7 (27%)
Hermano	4 (15.4%)
Esposa (o)	14 (53.8%)
Tiempo que llevan cuidándolo	
Menos de 1 año	1 (4%)
2 años	3 (12%)
3 años	4 (15%)
4 años o más	18 (69%)
Nivel socioeconómico AMAI	
Nivel C+	1 (4%)
Nivel C	8 (31%)
Nivel C-	7 (27%)
Nivel D+	5 (19%)
Nivel D	3 (11%)
Nivel E	2 (8%)
Nivel socioeconómico agrupado	
Nivel E	2 (8%)
Nivel D	8 (31%)
Nivel C	16 (61%)

FR: Frecuencia, %= Porcentaje.

Cuadro 8. Características laborales de los cuidadores primarios.

Características	Fr (%)
Situación laboral	
Jubilado	3 (12%)
No trabaja	2 (8%)
Transportista	1 (4%)
Comerciante	4 (15%)
Hogar	9 (34%)
Otros	7 (27%)
Días que trabaja a la semana	
No aplica	5 (19%)
3 – 5 Días	5 (19%)
6 Días	2 (8%)
7 Días	14 (54%)
Horas que trabaja al día	
No aplica	5 (19%)
Hasta 8 horas	12 (46%)
Más de 8 horas	10 (39%)

FR: Frecuencia, %= Porcentaje

Tabla 6. Nivel de desarrollo de las dimensiones del cuestionario sobre autocuidado y autoeficacia percibida del cuidador primario.

	Fr (%)
	n=26
Nivel de desarrollo de la agencia de autocuidado	
Elemento poco desarrollado	1 (4%)
Elemento en desarrollo	15 (58%)
Elemento desarrollado	10 (38%)
Nivel de desarrollo de los requisitos universales de autocuidado	
Elemento poco desarrollado	1 (4%)
Elemento en desarrollo	17 (65%)
Elemento desarrollado	8 (31%)
Nivel de desarrollo de la autoeficacia percibida	
Elemento en desarrollo	12 (46%)
Elemento desarrollado	14 (54%)
Nivel de desarrollo autocuidado y autoeficacia percibida	
Elemento en desarrollo	12 (46%)
Elemento desarrollado	14 (54%)

FR: Frecuencia, %= Porcentaje

Tabla 7.1 Nivel de desarrollo de las dimensiones del cuestionario sobre autocuidado y autoeficacia percibida del cuidador primario. (Dimensiones y componentes)

Componente	Nivel de desarrollo		
	Poco desarrollado	En desarrollo	Desarrollado
AC 1	0 (0%)	8 (30.8%)	18 (69.2%)
AC 2	5 (19.2%)	15 (57.7%)	6 (23.1%)
AC 3	3 (11.5%)	10 (38.5%)	13 (50%)
RU 1	2 (7.7%)	12 (46.2%)	12 (46.2%)
RU 2	4 (15.4%)	20 (76.9%)	2 (7.7%)
RU 3	0 (0%)	15 (57.7%)	11 (42.3%)
AP 1	3 (11.5%)	10 (38.5%)	13 (50%)
AP 2	1 (3.8%)	11 (42.3%)	14 (53.8%)

AC: Componente de Autocuidado, RU: Componentes de los requisitos universales de autocuidado, AP: Componente de autoeficacia percibida.

Tabla 8. Nivel de autocuidado y autoeficacia percibida en el cuidador primario; comparaciones en torno al nivel socioeconómico.

* Nivel socioeconómico	Nivel de autocuidado y autoeficacia percibida	Nivel desarrollo Dimensión AC	Nivel desarrollo Dimensión RU	Nivel desarrollo Dimensión AP
Nivel E	2.5 (1)	2.5 (1)	2.5 (1)	2.5 (1)
Nivel D	2 (1)	2 (1)	2 (1)	3 (1)
Nivel C	3 (1)	2 (2)	2 (2)	3 (1)

Fuera de paréntesis valor mediana, dentro de paréntesis valor rango. *Comparación de medianas por prueba de ANOVA Kruskal-Wallis. Valores de prueba superiores a 0.05.

Tabla 9. Nivel de desarrollo de los componentes AC1-AC3 y RU1 por participantes según su nivel socioeconómico.

* Nivel socioeconómico	Nivel desarrollo componente 1. AC	Nivel desarrollo componente 2. AC	Nivel desarrollo componente 3. AC	Nivel desarrollo componente 1. RU
Nivel E	0 (0)	0 (0)	2.5 (1)	2.5 (1)
Nivel D	2 (1)	2 (2)	2 (2)	2 (1)
Nivel C	3 (1)	2 (2)	3 (2)	2.5 (2)

Fuera de paréntesis valor mediana, dentro de paréntesis valor rango. *Comparación de medianas por prueba de ANOVA Kruskal-Wallis. Valores de prueba superiores a 0.05.

Tabla 10. Nivel de desarrollo de los componentes RU 2, RU3, EV1 y EV2.

* Nivel socioeconómico	Nivel desarrollo componente 2. RU	Nivel desarrollo componente 3. RU	Nivel desarrollo componente 1. AP	Nivel desarrollo componente 2. AP
Nivel E	(0)	(0)	(0)	1.5 (1)
Nivel D	2 (2)	(0)	2 (2)	2.5 (1)
Nivel C	2 (2)	3 (1)	3 (2)	3 (1)

Fuera de paréntesis valor mediana, dentro de paréntesis valor rango. *Comparación de medianas por prueba de ANOVA Kruskal-Wallis. Valores de prueba superiores a 0.05.

Tabla 11. Asociación del nivel de autocuidado y autoeficacia percibida de los cuidadores primarios con sus dimensiones.

	Nivel desarrollo Dimensión AC	Nivel desarrollo Dimensión RU	Nivel desarrollo Dimensión AP
Nivel de autocuidado y autoeficacia percibida de los cuidadores primarios	r= 0.735 p= 0.000	r= 0.631 p= 0.001	r=0.536 p= 0.005

r= Índice de relación, p= valor de prueba Rho de Spearman.

Modelo de regresión lineal autoeficacia percibida – agencia de autocuidado.

Valor de prueba ANOVA: 0.015

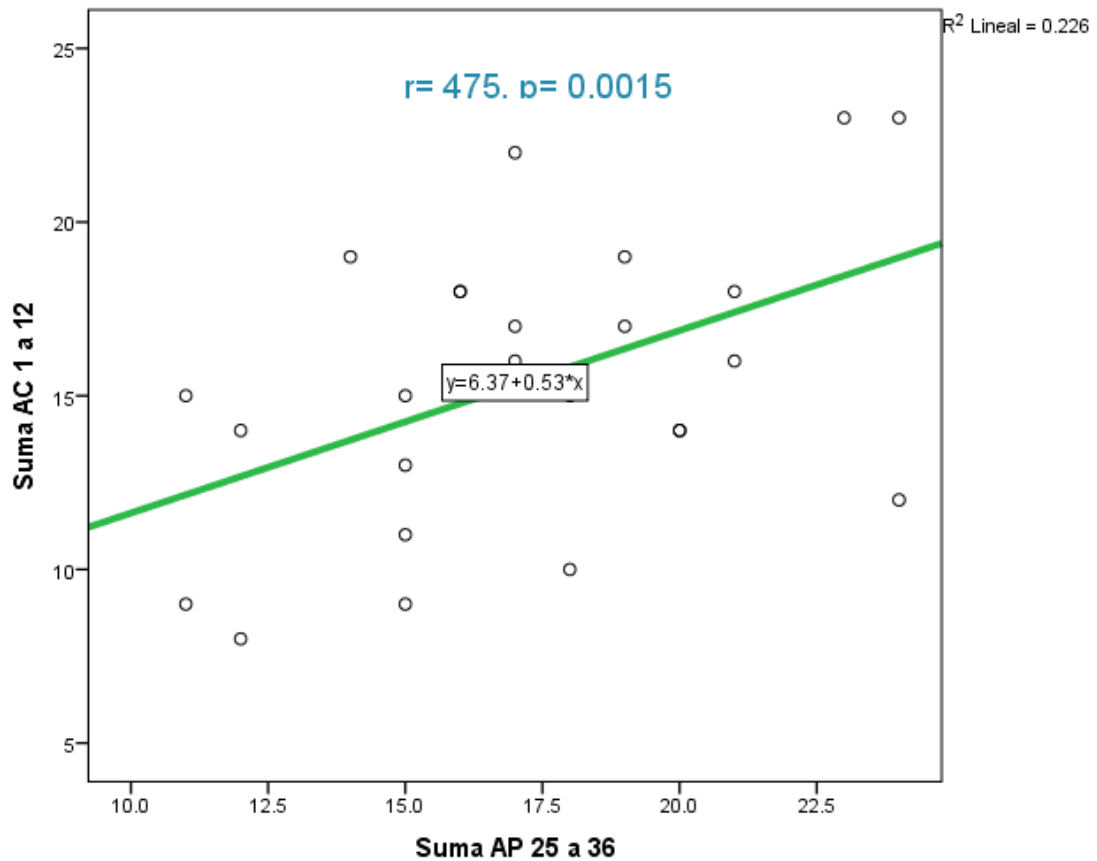
Durbin Watson: 1.285 Valor entre 1 y 3.5.

R^2 : 22.6% Explica el 22.6% de la agencia de autocuidado.

Fórmula Obtenida para el cálculo de la agencia a partir del puntaje de autoeficacia:

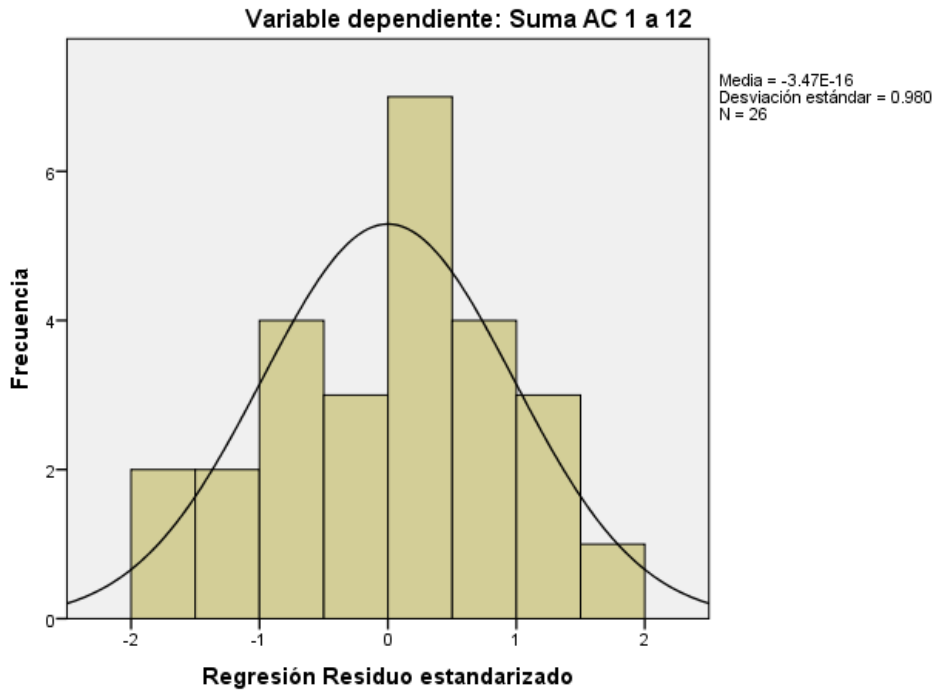
El puntaje de la agencia de autocuidado= 6.370 + (0.526) (Puntaje en autoeficacia percibida).

Figura 9. Relación entre el puntaje de autoeficacia percibida y agencia de autocuidado.



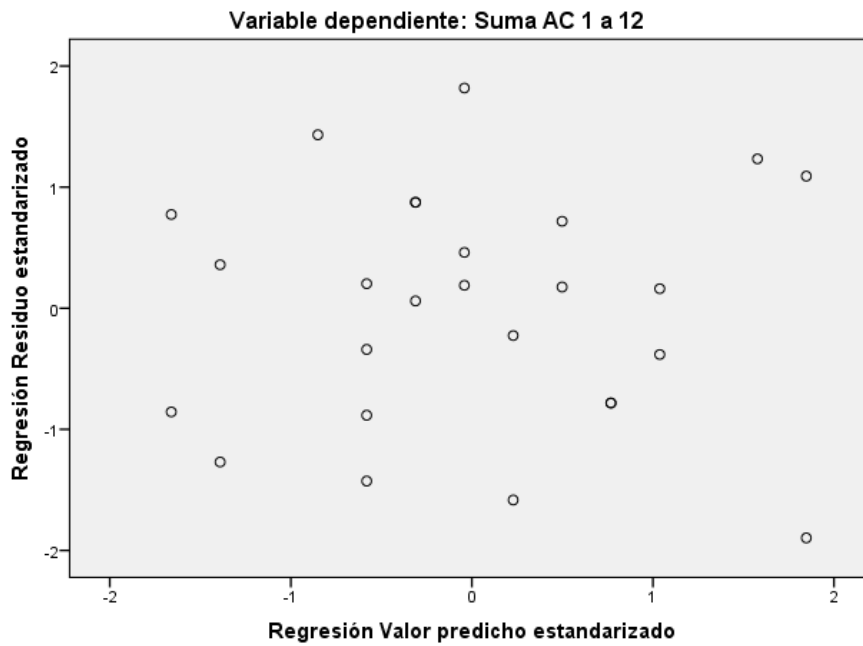
El gráfico superior muestra que se cumple el supuesto de linealidad.

Figura 10. Histograma puntaje de autoeficacia percibida y agencia de autocuidado.



El histograma muestra una distribución normal. Se cumple supuesto de normalidad.

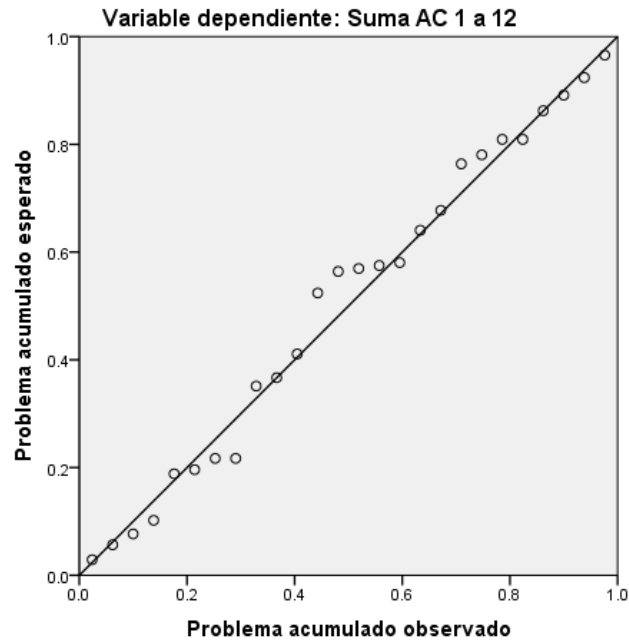
Figura 11. Diagrama de dispersión de autoeficacia percibida y agencia de autocuidado.



Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

El gráfico de dispersión no muestra conglomerados de puntos polarizados. Se cumple supuesto de homocedasticidad.

Figura 12. Gráfico P- P: autoeficacia percibida y agencia de autocuidado



El gráfico PP muestra que se cumple el supuesto de independencia.

Modelo de regresión lineal agencia de autocuidado - cumplimiento requisitos universales.

ANOVA: 0.000

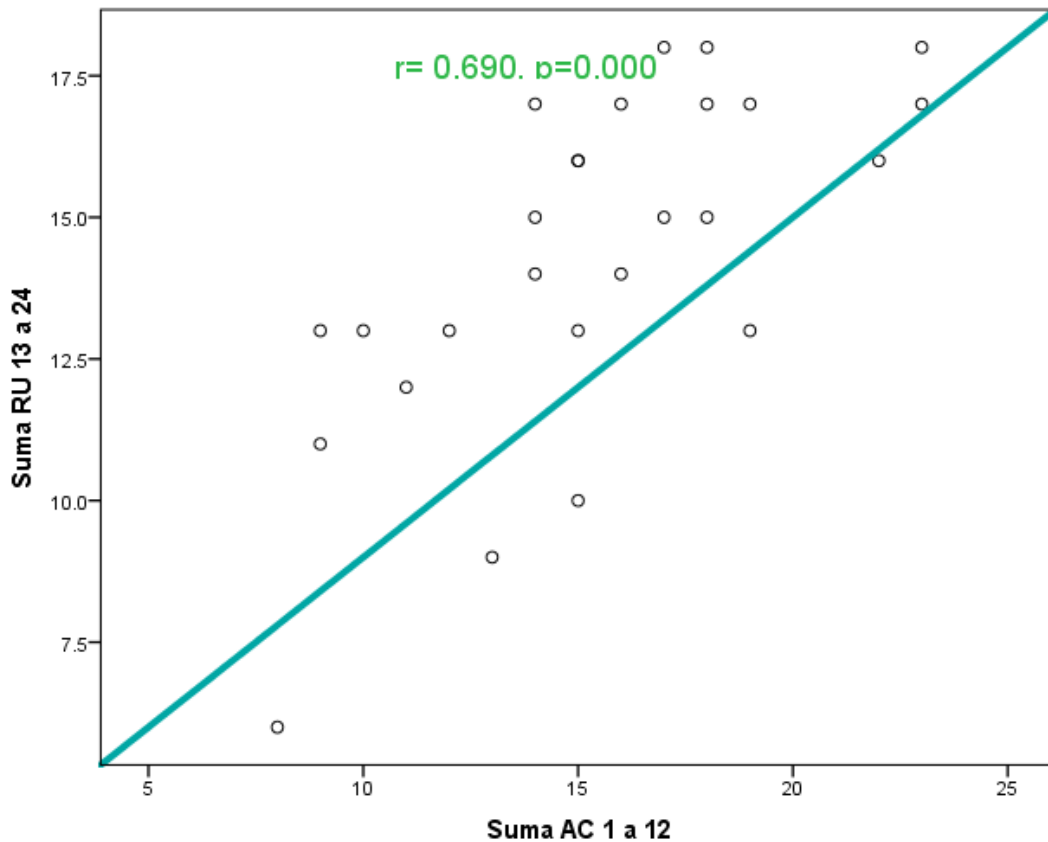
Durbin Watson: 1.485 (Superior a 1.0 inferior a 3.5)

R^2 : 47.6% Explica el 47.6% de la agencia del cumplimiento de los requisitos universales.

Fórmula obtenida para el cálculo del nivel de desarrollo de los requisitos universales a partir del puntaje de la agencia de autocuidado:

$$\text{El puntaje de los requisitos universales} = 6.527 + (0.508) (\text{Puntaje en la agencia de autocuidado}).$$

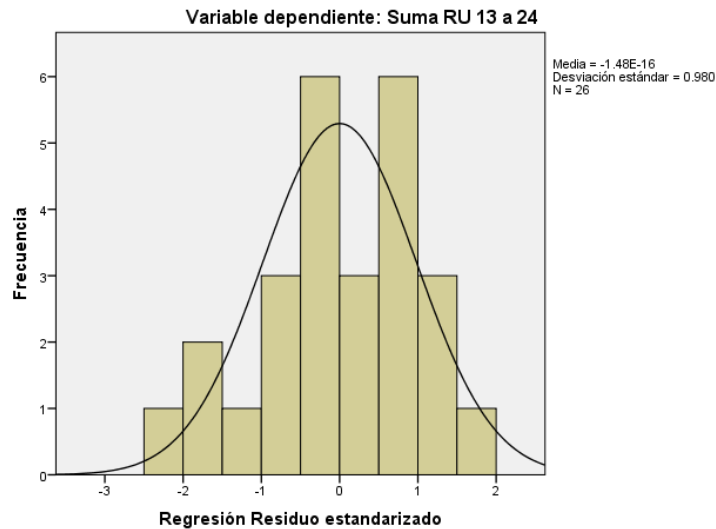
Figura 13. Relación entre el puntaje de agencia de autocuidado y cumplimiento de los requisitos universales.



Propuesta de intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.

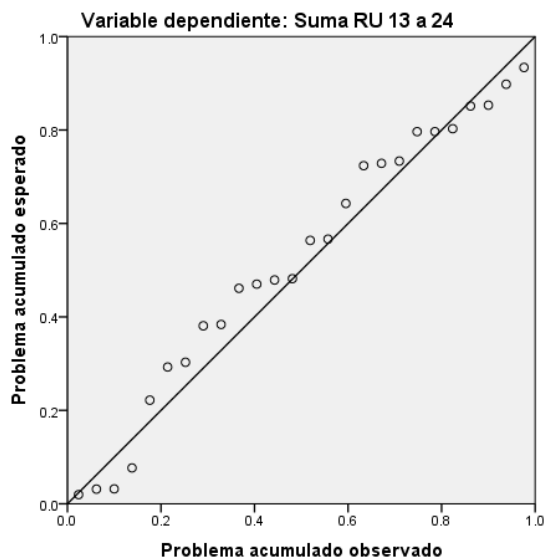
El gráfico superior muestra que se cumple el supuesto de linealidad.

Figura 14. Histograma puntaje de agencia de autocuidado y cumplimiento de los requisitos universales



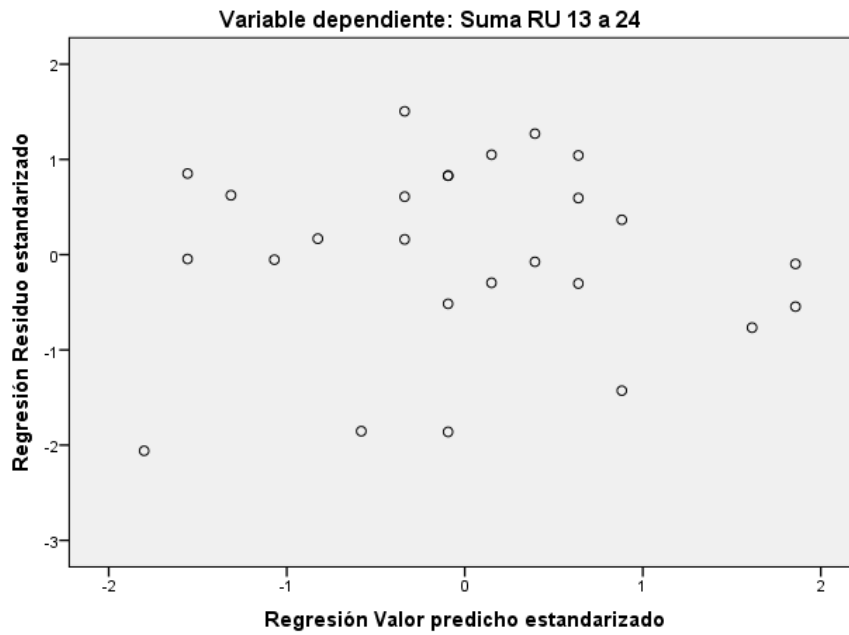
El histograma muestra una distribución normal. Se cumple supuesto de normalidad.

Figura 15. Gráfico P- P normal de regresión: agencia de autocuidado y cumplimiento de requisitos universales



El gráfico PP muestra que se cumple el supuesto de independencia.

Figura 16. Diagrama de dispersión de la agencia de autocuidado y el cumplimiento de los requisitos universales.



El gráfico de dispersión no muestra conglomerados de puntos polarizados. Se cumple supuesto de homocedasticidad.

4.3 Análisis especial: Pruebas de validez de material didáctico.

Las pruebas de validez mostraron índices superiores al punto de corte por pregunta en la mayoría de las láminas (*Ver tabla 11*). Así también en la evaluación de las láminas por criterio (*Ver tabla 12*). No obstante destaca que la *lámina 3* obtuvo un valor inferior al aceptado en los criterios de atracción-comprensión. Lo cual plantea la necesidad de rediseñarla, dado que fue considerado así consistentemente por los expertos. Las observaciones cualitativas en torno a las *láminas 1, 4 y 6* se presentan en la *tabla 13*, dichas observaciones se obtuvieron del recuadro de observaciones disponible para los expertos.

Tabla 12. Índice de aprobación por pregunta.

Pregunta evaluada	Lámina 1	Lámina 2	Lámina 3	Lámina 4	Lámina 5	Lámina 6	Lámina 7	Lámina 8	Lámina 9	Lámina 10
1. ¿La lámina llamará la atención del cuidador?	0.75	1.0	0.5	0.75	1.0	1.0	1.0	0.75	1.0	0.75
2. ¿El diseño, formato y colores son adecuados para los contenidos?	0.75	0.75	0.5	0.5	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75
3. ¿Se entienden los contenidos y mensajes presentados en lámina	0.75	1.0	0.5	0.75	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	0.5
4. ¿Considera que al leer los mensajes de la lámina éstos le quedaran claros al cuidador?	0.5*	1.0	0.5	0.75	0.5	0.75	0.75	1.0	1.0	1.0
5. ¿Considera que los cuidadores se sentirán identificados con el mensaje de la lámina?	1.0	0.75	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
6. ¿Considera que los mensajes de la lámina aplican al contexto del cuidador?	1.0	1.0	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
7. ¿Considera que las recomendaciones dadas en la lámina son adecuadas para el cuidador?	0.75	1.0	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
8. ¿Piensa que el cuidador aceptara el mensaje y los contenidos?	0.75	1.0	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

***Se señala en negritas los ítems por lámina que no alcanzaron aprobación.**

Tabla 13. Índice de validez por criterio.

Criterios evaluados	Lámina 1	Lámina 2	Lámina 3	Lámina 4	Lámina 5	Lámina 6	Lámina 7	Lámina 8	Lámina 9	Lámina 10
1. Atracción	0.75	0.87	0.5	0.62	0.87	0.87	0.87	0.75	0.87	0.75
2. Comprensión	0.62*	1.0	0.5	0.75	0.75	0.62	0.87	1.0	1.0	0.75
3. Involucramiento	1.0	0.87	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
4. Aceptación	0.75	1.0	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

***Se señala en negritas los ítems por lámina que no alcanzaron aprobación.**

Tabla 14. Comentarios en torno a las láminas con baja aceptación.*

Evaluador	Lámina 1	Lámina 4	Lámina 6
1	<i>“El mensaje sale cortado en un recuadro”</i>	<i>Sin observaciones</i>	<i>Sin observaciones</i>
2	<i>“El lenguaje utilizado puede ser muy complejo para los cuidadores”</i>	<i>“El color amarillo de fondo no es muy atractivo”</i>	<i>“Deberías reubicar las imágenes y los letreros para mayor claridad”</i>
3	<i>Sin observaciones</i>	<i>Sin observaciones</i>	<i>“Usa imágenes diferentes”</i> <i>[Las imágenes presentadas son similares a las de otras láminas]</i>
4	<i>“El entendimiento de la información depende del nivel académico del cuidador”</i>	<i>“Cambiar color de fondo y usar colores vivos”</i>	<i>“Agregar imágenes más llamativas”</i>

*** No se presentan las observaciones en torno a la lámina 3 debido a que existió consenso en su reelaboración por parte de los expertos y los investigadores.**

V. Discusión y conclusiones

5.1 Interpretación y discusión de los resultados

Las características sociodemográficas de los cuidadores que fueron entrevistados concuerdan con lo reportado por el INEGI en 2016,⁵¹ es decir, los cuidadores son adultos maduros y adultos mayores predominantemente del género femenino, con escolaridad básica y que se encuentran empleados desarrollando actividades en el hogar, con jornadas completas los 7 días a la semana, la mayoría de ellos se encuentra casados y tuvieron hijos a lo largo de su vida.

Concuerda también con el perfil de los cuidadores primarios reportados en estudios alrededor del mundo, como lo presentado por Mercado en 2015 en su estudio de intervención educativa en México, Baker et al. En su revisión sistemática Cochrane de 2016⁵⁸, el estudio de intervención de Mena et al en Cuba⁵⁹ así como el estudio de Santos et al. En Brasil⁷⁴, entre otros.

De igual forma, al menos la mitad de ellos, cuidan de su pareja (esposo) hijos, hermanos y padres, lo que da cuenta al tipo de cuidado que menciona Centeno 2004,⁵⁰ un cuidado familiar, lo que pone de manifiesto la vigencia de su pensamiento a 3 lustros de la publicación de su libro.

Estas dos características, el cuidado familiar y la demanda frecuente de actividades de la vida cotidiana, representan un elevado requisito de energía para los cuidadores, la disminución de tiempo para ejercer su autocuidado así como de actividades de descanso.

En el presente estudio se identificaron 4 áreas en las que los niveles de desarrollo del cuidador primario tenían puntuaciones tendientes a mejorar estas fueron, *la búsqueda y uso de la información disponible para fortalecer el autocuidado, el balance del tiempo entre el cuidado, los pasatiempos y bienestar y el desarrollo del cuidador dentro de grupos sociales*. Estas características han sido encontradas en estudios previos, aunque debido al enfoque no desde el que se concibe al cuidador en otras investigaciones, no son identificadas particularmente con estos nombres.

Por ejemplo lo encontrado por Pérez et al.⁷² muestra que el 76% de su población tiene dificultades en la búsqueda de apoyo similar a lo que en la presente investigación sería 77% representado por el uso y búsqueda de información para fortalecer el cuidado. Luego, en torno a lo que reportan estos mismos autores sobre la pérdida de relaciones sociales (21.9%), en la presente se observa esta capacidad paralela (el desarrollo en grupos sociales) tiene mayor prevalencia 57.7% que la reportada. Finalmente, mientras que éste mismo autor reporta que el 43.8% de su población presenta falta de tiempo libre, en el trabajo actual se observó un porcentaje mayor de cuidadores con dicha situación (53.1%). Como se menciona con anterioridad la asignación de términos es un poco distinta pero reporta fenómenos similares.

Si bien las características sociales y ocupacionales permiten vislumbrar las propiedades que necesitaría una intervención educativa y las particularidades del autocuidado de los cuidadores dan luz sobre los contenidos necesarios de abordar, es el análisis comparativo entre los grupos socioeconómicos lo que permite saber que se partiría en similitud de circunstancias, ya que si bien acorde a lo que reporta el AMAI los niveles socioeconómicos C, D y E presentan diferencias sustanciales, entre ellos no se observan diferencias estadísticamente significativas para su agencia de autocuidado, cumplimiento de sus requisitos universales y autoeficacia percibida.

A lo anterior, la alta frecuencia de cuidadores con autoeficacia percibida desarrollada, y el valor predictivo encontrado durante la regresión lineal de la misma, suman la posibilidad de éxito en la misma, lo que podría disminuir errores del tipo 1 durante la medición posterior a implementación de una intervención educativa.

En torno a los resultados de la validez de material didáctico, el cálculo del índice de aprobación permitió dar matiz a la opinión de los expertos y ayudó a identificar los aspectos susceptibles de modificar en cada lámina al punto de poder discernir entre aquellas que eran de mejor calidad, necesarias de cambio y aquella que debía re elaborarse. Por su parte los comentarios en torno a las láminas con baja aceptación permiten mayor claridad acerca de los elementos que necesitan modificarse de forma ordenada, dan transparencia a los comentarios de los jueces y es sintético.

5.2 Conclusiones

La implementación de intervenciones educativas de enfermería dirigidas a mejorar algún aspecto relacionado a la salud o bienestar de las personas es comúnmente elegida debido a la relativa facilidad de implementación, su bajo costo y el gran número de personas a quienes se puede dirigir. El principal postulado de la presente tesis es que para que esto sea del todo una sentencia legal (verdadera) el método deductivo en el diseño e implementación de las intervenciones educativas de enfermería, es en estricto sentido insuficiente.

La presentación del concepto intervención educativa de enfermería y las semejanzas que aquí se plantean con el método enfermero pretenden desde la desambiguación del concepto con el de intervención educativa, marcar el punto de inflexión entre lo que *se ha hecho* lo que se hace y lo que se podría hacer; y con ello señalar la necesidad del replanteamiento del método deductivo como método principal para el inicio de una intervención educativa de enfermería.

Tal idea no es originada por el sustentante ya que surge del análisis y reflexión sobre: a) los enfoques de atención sanitarios,⁷⁵ las formas de determinar las necesidades y prioridades en salud y la implementación del involucramiento de los actores (cuidadores) inmersos en la metodología del marco lógico. No es de extrañar que con lo anterior, se piense en la implementación del método inductivo que aquí se propone.

Esta idea, la de comenzar a diseñar una intervención educativa de enfermería no desde lo que señalan únicamente las publicaciones científicas, la estadísticas y en general la tradición que siga cada profesional de enfermería vendría a ser reemplazada por el método de valoración de necesidades en cuidado (salud u otras) de enfermería. En este punto podría no vislumbrarse la diferencia entre métodos ya que en los dos casos planteados es el profesional de enfermería quien en último sentido funge como poseedor del conocimiento o bien como agente regulador entre la normalidad y lo que no lo es, la salud y la enfermedad.

No obstante, la principal diferencia en elegir el método inductivo para iniciar la intervención frente al deductivo, es la posibilidad de aumentar el éxito al determinar las principales y más importantes necesidades de salud en el momento de la valoración. Por supuesto enriquecidas por la participación de a quienes se dirige la intervención. Siendo así que en paralelo con la

etapa del método enfermero de planeación las preferencias del usuario direccionarían el acto educativo maximizando su efectividad.

La consideración de las características (sociodemográficas de cuidado y autoeficacia) de los cuidadores primarios en el desarrollo de la presente propuesta de intervención educativa, contribuyen de forma falsacionista al postulado de la insuficiencia del método deductivo, ya que de seguirse éste último y relacionado con lo observado durante la búsqueda de investigaciones antecedentes (para ésta tesis) probablemente la temática de la intervención educativa habría apuntado a la capacitación de los cuidadores primarios y no a aspectos más concretos.

Hay un compromiso epistémico de trasfondo en la presente tesis debido al origen deductivo que tuvo y este se encuentra en el diseño del instrumento de medición para determinar el autocuidado y autoeficacia percibida, el mismo se originó a raíz de una consideración de intención, la cual fue: la búsqueda del mayor beneficio posible para el cuidador primario y que el beneficio se mantuviera a través del tiempo. Es así que el método inductivo no se termina de concretar en los resultados de la presente y lo identificamos como la principal limitación.

Si bien es la principal limitación de la presente tesis, una arista positiva en la misma se encuentra en el proceso de diseño del instrumento, en el cual ya suma por sí misma la adaptación del lenguaje del mismo a uno, sencillo breve y con alta aceptación por parte de los cuidadores, elemento fundamental en el diseño de intervenciones educativas.

Siguiendo el tópico de la intencionalidad de la intervención educativa, se hace mención durante el marco teórico a las observaciones que Cavanagh²⁴ hace sobre las limitaciones de la teoría del déficit de autocuidado, es así que surge el segundo compromiso epistémico de la presente tesis:

Al concebir las limitaciones de una teoría y luego del análisis reduccionista a sus componentes y buscar su simetría o compatibilidad de los mismos con los de otra (modelo o teoría) obtenemos un constructo válido para concebir lo necesario para el éxito de una intervención educativa de enfermería en cuidadores primarios.

Se vuelve necesario el análisis de la intención en la intervención educativa de enfermería y sea para el profesional su intención la de mejorar la salud, cuidado o bienestar de las personas

y al interior de la intervención sean las necesidades y preferencias en salud de las personas lo que las guíe.

Retomando el segundo compromiso epistémico de la presente; al tratar de superar la barrera del conocimiento unitario y del sustancialismo, es decir, al integrar y señalar la importancia del elemento de la autoeficacia como “necesario” para el cumplimiento del objetivo de la intervención educativa y su necesidad de ser evaluado en conjunto a la agencia de autocuidado y el cumplimiento de requisitos universales, se observó un componente importante de correlación, regresión y predicción en la población de estudio aún pese a su reducido tamaño.

Evidencia que sugiere un análisis con mayor profundidad sobre esta relación, pero que al tiempo permea la validez primero de este tipo de ejercicios reduccionistas al tiempo que plantea la duda sobre si con un acercamiento inductivo (específicamente cualitativo) podría obtenerse una perspectiva de mayor amplitud sobre el fenómeno.

En relación a los objetivos planteados se logró diseñar y validar un cuestionario de medición de autocuidado y autoeficacia percibida en cuidadores primarios, así como identificar el nivel de agencia de autocuidado, el nivel de desarrollo de los requisitos universales de autocuidado y el nivel de autoeficacia percibida. Es decir se logra el cumplimiento de todos los objetivos.

En síntesis, a partir de lo identificado en los resultados se concluye rechazar la hipótesis 1 que señala que el nivel de autocuidado y autoeficacia percibida en los cuidadores primarios se encuentra poco desarrollado.

A raíz de los elementos identificados en los cuidadores primarios, se propone una intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar.

Cabe resaltar lo mencionado en torno a la idea original de ésta tesis, la cual fue identificar la efectividad de una intervención educativa de enfermería y que sin embargo fue modificada por cuestiones de tiempo descritas en las consideraciones éticas de la presente. Y que por tanto se considera la mayor limitante para la presente.

5.3 Aportaciones a la profesión

Duran de Villalobos⁷⁶ en su artículo *Marco epistemológico de la enfermería* señala sobre los patrones de conocimiento de enfermería lo siguiente:

*A pesar de que la disciplina profesional recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustentan y de su razón social, es el núcleo de la disciplina y su desarrollo, a través de la **indagación científica**, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines, y ello se convierte, entonces, en su marco epistemológico. Por esta razón, podemos decir que el marco epistemológico de la enfermería es **el conocimiento que se genera, a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar**, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional.*

En ese mismo orden de ideas, la presente con base en los métodos de indagación científica que se utilizaron, postula como producto del patrón de conocimiento personal de la enfermería (el cual trata de dar cuenta sobre porque la enfermera/enfermería se comporta/actúa como lo hace) las siguientes aportaciones a la práctica profesional:

- Es necesaria la conceptualización de la intervención educativa de enfermería particularmente cuando se implementa a partir de un método deductivo.
- Es necesario mejorar la calidad de las publicaciones científicas de enfermería y transparentar los métodos de implementación de las intervenciones educativas. (Para poder adecuarlas a diversos entornos comprobarlas y mejorarlas).
- Se hace necesario el desarrollo y consenso del concepto de intervención educativa de enfermería con el fin de que se establezcan directrices para su implementación, requisitos mínimos y con ello parámetros para su mejora.

Lo anterior derivado de la necesidad actual de la implementación del rol ampliado del profesional de enfermería en América Latina de la OPS y que busca sumar todas las fuerzas posibles a la causa de lograr la accesibilidad de los recursos de salud a la población y maximizar su eficacia.

VI. Referencias bibliográficas

¹ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra 1986.

² Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las américas ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior. [Internet] 2017.[Disponible en: <https://bit.ly/2IP97IU>

³ Villa-Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per 28(4) 2011.

⁴ Pérez JJ, Echauri OM, Ancizu IE, Chocarro SM. Manual de educación para la Salud. Navarra. ONA Industria Gráfica. 2006. Pág. 23 – 33.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Educación para la Salud: Manual sobre educación primaria en atención primaria de la salud. Ginebra 1989. Pág. 23, 24.

⁶ Organización Mundial de la Salud. Intervenciones [Internet].Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (NHD). 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2Iht0yQ>

⁷ Equipo del proyecto eLENA, Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (NHD), Organización Mundial de la Salud (OMS). Intervenciones por categorías biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA) [Internet]. Geneva. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (NHD).1989. Consultado [25 Abril 2018] Disponible en: <https://bit.ly/2L9FI87>

-
- ⁸ Touriñán LJM. Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La Mirada Pedagógica. Extra-Série, 2011; v.n. (0):pág. 283-307.
- ⁹ Touriñán LJM. Análisis conceptual de los procesos educativos. Formales, no formales e informales. Teor. educ. 1996; vol (8): Pág. 55-79
- ¹⁰ Negrete ATJ. La intervención educativa: un campo emergente en México. Revista de Educación y Desarrollo. 2010; 13 (4): Pág. 33-45.
- ¹¹ Hernández-Rojas G. Miradas constructivistas en psicología de la educación. Paidós educador. México 2006.
- ¹² Palmar SAM. Métodos educativos en salud. España. 2014 Elsevier. Pág. 5,6
- ¹³ Valadez FIA, Vargas VV, Fausto GJ, Montes BR. Educación para la salud: los modelos de intervención y su fundamentación teórica. 2015 México Jalisco.
- ¹⁴ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Formación en promoción y educación para la salud. Octubre 2003 Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid España
- ¹⁵ Brito YD, Pérez RJL, Pupo FB, Martín MC. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Rev Cubana Med Gen Integr. Habana 2012; 28(3).
- ¹⁶ Jordan-Padrón M, Pachón-González L, Blanco-Pereira ME, Achiong-Alemañy M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev Med Electrónica [formato]. [internet]. 2011 33(4); pag.1-8.Disponible en: <https://bit.ly/2XTgNHY>
- ¹⁷ Toledo VHJ, Borroto CR, Libca FM, Núñez TC. Determinación de prioridades en salud con participación social. Rev Cubana Med Gen Integr. [formato]. [internet]. Ciudad de La Habana 1996; 12(3): pág. 222-228. Disponible en: <https://bit.ly/2INOkze>
- ¹⁸ Fernández, S. Evaluación y aprendizaje. Revista de Didáctica Español Lengua Extranjera [revista en Internet]. 2017; (24). Disponible en: <https://bit.ly/2VxSMrN>
- ¹⁹ Piedrola Gil. Medicina preventiva y Salud Pública. 11va Edición. Elsevier Masson 2008 España.

- ²⁰ Bulechek MG, Butcher JM, Dochterman MC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Sexta edición. USA: Elsevier. 2014: Pág. XVII
- ²¹ NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.
- ²² Kerouac S. El pensamiento el pensamiento enfermero. Masson S.A. 1996
- ²³ Taylor GS. Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería quinta edición. Elsevier España 2003. 190-201.
- ²⁴ Cavanagh J. Modelo de Orem aplicación práctica. Masson 1993.
- ²⁵ Orem D. Self-Care and Health Promotion: Understanding Self-Care. In: McLaughlin RK, Gebhardt TS. Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. USA: Cuarta Edition. 2003 by Springer Publishing Company, Inc. Pág. 212-222.
- ²⁶ Orem D. Motivating SelfCare the Reality: Persons as Self-Care Agents. In: McLaughlin RK, Gebhardt TS. Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. USA: Cuarta Edición. 2003 by Springer Publishing Company, Inc. Pág. 223-236.
- ²⁷ Alba-Fernández A, Manrique-Abril FG. Agencia de autocuidado. Rev. salud. 2009;4 (1). Disponible en: <https://bit.ly/2PzX7FD>
- ²⁸ Orem D. Nursing Systems TS. Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. USA: Cuarta Edición. 2003 by Springer Publishing Company, Inc. Pág. 280-288.
- ²⁹ Balan GC, Franco OM. Teorías y modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado especializado antología. Segunda Edición. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
- ³⁰ Srof BJ, Velsor-Friedrich B. Health Promotion in Adolescents: A Review of Pender's Health Promotion Model. Nursing Science Quarterly. October 2006;19 (4): pág. 366-373

-
- ³¹ Aristizábal HGP, Blanco BDM, Sánchez RA, Ostiguín MRM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión (México). *Enferm. Univ.* 2011; 8 (4).
- ³² Soto MF, Lacoste MJA, Papenfuss RL, Gutiérrez LA. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Rev. Esp. Salud Pública.* 1997; vol.71 (4).
- ³³ Bandura A. (1977). *Social learning theory.* Nueva Jersey, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
- ³⁴ Pender NJ. (1996). *Health promotion in nursing practice.* Stanford, CA, EE. UU.: Appleton & Lange.
- ³⁵ Ramos VP, Moreno RC, Rivera SF. *Estilos de vida y promoción de la salud: Material didáctico.* Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías de la Universidad de Sevilla. 2010 Universidad de Sevilla. 2009.
- ³⁶ Sakraida TJ, Nola J Pender. *Modelos y teorías de enfermería. El modelo de promoción de la salud.* quinta edición. España; Elsevier; 2003. Pág. 625- 634.
- ³⁷ Giraldo-Osorio A, Toro-Rosero MY, Macías-Ladino AM, Valencia-Garcés CA, Palacio-Rodríguez S. La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet].* 2010; 15(1):128-143. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>
- ³⁸ Escobar MBE, Escobar RAA. Complejidad en las Ciencias de la Salud y del pensamiento enfermero. *Revista Criterios- 24 (1)- Rev. Criterios-* pp. 395-406
- ³⁹ Backes DS, Zamberlan, CF, Barbosa HC, Souza J, Teixeira MC, Santini R. Del cuidado previsible al cuidado complejo de enfermería. *Enferm. glob.* vol.13 no.36 Murcia oct. 2014.
- ⁴⁰ Andrade LOV. Reflexiones sobre el paradigma de la complejidad y el caos y sus nexos con la enfermería del tercer milenio. *Enfermería global.* Num 14 Vol. 2. 2008
- ⁴¹ Sánchez-Estrada T, Jiménez-Castro AB, Salinas-Durán MT. Barreras epistemológicas en enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2004;12 (1): 29-33 MG

⁴² Ariza-Olarte C. Desarrollo epistemológico de enfermería. *Enferm. univ* vol.8 no.2 México abr. /jun. 2011

⁴³ Naranjo-Hernández Y, Concepción-Pacheco JA, Rodríguez-Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit* vol.19 no.3 Sancti Spíritus set.-dic. 2017

⁴⁴ Rojas GA, Pérez PS, Lluch BA, Cabrera AM. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Rev. Cubana Enfermer* v.25 n.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2009.

⁴⁵ Pazos Casal R. Validación de un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en el marco de la Teoría de Pender. Universidad de Coruña. 2014 Tesis

⁴⁶ Tello-Delgado MP, Campos-Santa-Cruz ME. Efectividad de un programa educativo sobre VIH/Sida aplicado a universitarios dentro del enfoque promocional. *Cuid salud*, ene-jun 2015; 2(1):125-136.

⁴⁷ Rivas-Herrera JC, Ostiguín-Meléndez RM. Cuidador: ¿Concepto operativo o preludeo teórico? 2011; *Enferm. univ* vol.8 no.1 México.

⁴⁸ Rivas-Herrera JC, Ostiguín-Meléndez RM. Cuidador primario: Habilidades para el cuidado en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. [Tesis de Maestría]. México. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009.

⁴⁹ Ostiguín-Meléndez RM, Rivas-Herrera JC, Vallejo-Allende M, Crespo-Knopfler S, Alvarado-Aguilar S. Habilidades del cuidador primario de mujeres mastectomizadas. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2012; 30(1):9-17. Recuperado de: <https://bit.ly/2Laq1O3>

⁵⁰ Centeno SC. Cuidar a los que cuidan; qué y cómo hacerlo. Asociación para la formación continuada en ciencias de la salud y educación. Alcalá. 2004 Editorial: formación Alcalá.

⁵¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día de las y los cuidadores de personas dependientes. México, INEGI, 2017, Pág. 1-10

⁵² Instituto Nacional de las Mujeres. El trabajo de cuidados ¿Responsabilidad compartida?, México IMUJERES, 2013, Pág. 1-24

⁵³ Martínez-Martínez, Sirvent-Muñoz. Efectividad de una intervención educativa en cuidadores informales de dos centros de salud con cansancio del rol de cuidador. RECIEN 12 (8) 2016.

⁵⁴ Acuña-Aguilarte PM, Renó-Céspedes JS, Chichay-Torres L, Álvarez-RiveroMB, Muñoz Pérez J. Foto-educación para cuidadores de niños y adolescentes cubanos con alto riesgo de cáncer cutáneo. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2015 21(1)

⁵⁵ Mercado Cardona L. Impacto de una intervención educativa para el apoyo familiar del paciente con hipertensión arterial sistémica y su control en una unidad de primer nivel de atención. UMF N°1. UNAM. 2015

⁵⁶ Moreira ACA, Silva MJ, Darder JJT, Coutinho JFV, Vasconcelos MIO, Marques MB. Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(3):1055-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0100>

⁵⁷ Sousa SPD, Araújo SZM, Barroso DLM, Peixoto CJM, Ferreira RKA, Frota CR. Capacitación del familiar cuidador con la aplicación de la Tecnología Educativa en Salud. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(3):1135-43.

⁵⁸ Baker PRA, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD010321. DOI: 10.1002/14651858.CD010321.pub2.

⁵⁹ Mena Aragón E, Sánchez Sarduy M, Reyes Quintana Y, García Martín D. Eficacia de intervención educativa en conocimientos de cuidadores para prevenir el maltrato del adulto mayor. Rev Cuba Enf 2016; 32 (2)

⁶⁰ Golnar G, Mansoreh AF, Seyedfatemi N, Haghani H. The effect of supportive educative program on the quality of life in family caregivers of hemodialysis patients. J Edu Health Promot 2017; 6:80.

⁶¹ Esquivel Rentería MG. Nivel de ansiedad después de la intervención educativa en el paciente con colapso del cuidador de la UMF no. 20. 2015 UNAM

⁶² Marante PE, Casanova MM, Nuñez LE, Pozo ALM, Trasancos DM, Ochoa OM. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. AMC vol.18 no.3 Camagüey Mayo.- jun. 2014

⁶³ Lins S, Hayder-Beichel D, Rücker G, Motschall E, Antes G, Meyer G, Langer G. Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD009126. DOI: 10.1002/14651858.CD009126.pub2.

⁶⁴ Silva DCC, Bertoncillo FCM, Santos TA, Iwanow CT, Marques LI. Applicability of Orem: training of caregiver of infant with Robin Sequence. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(suppl 3):1469-73.

⁶⁵ Aikens JE, Zivin K, Trivedi R, Piette JD. Diabetes self-management support using mHealth and enhanced informal caregiving. Journal of Diabetes and Its Complications 28 (2014) 171–176

⁶⁶ Sánchez-Martínez RT, Molina-Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. Rev Cuid 2016; 7(1): 1171-84.

⁶⁷ Condado S L. Atención de enfermería al cuidador de pacientes dependientes en Atención Primaria. Propuesta de intervención educativa [Tesis]. España: Universidad de Valladolid; 2016. Pág. 15 – 20.

⁶⁸ Solange-Campos C, Bustamante C, Herrera LM, Urrutia M. Evaluación de programa piloto de apoyo para trabajadores que cuidan a familiares dependientes: estudio pre-postest. Gerokomos. 2015;26(4):127-131

⁶⁹ Vega HS, López MGE, Rodríguez Duarte SJ, Serna GM, López JAM, Fernández OY. Grupo psicoeducativo en cuidados paliativos para el paciente cardiópata y su familia. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2016;24: 24-27

⁷⁰ Mena-Gómez I, Cadena-Estrada J, Troncoso-Pérez D. Intervención de Enfermería en una familia mexicana con factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas. *Enfermería Universitaria* 2014;11(2):67-72

⁷¹ Maayan N, Soares-Weiser K, Lee H. Atención de relevo para los pacientes con demencia y sus cuidadores (Revisión Cochrane Traducida. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD004396. DOI: 10.1002/14651858.CD004396.pub3.

⁷² Pérez RM, Álvarez GT, Javier ME, Valdivia CS, Borroto CI, Pedraza NH. El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. *Gaceta Médica Espirituana* Vol.19, No. 1 (2017)

⁷³ Salazar MAM, Murcia PLM, Solano PJA. Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014. *Archivos de Medicina* Volumen 16 N° 1 - Enero-Junio de 2016

⁷⁴ Santos GS, Cunha ICKO. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. *Saúde Colet* 2013.

⁷⁵ Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Revista facultad Nacional de Salud Pública*. Vol 31 2013 Pág 13 – 27.

⁷⁶ Durán de Villalobos MM. Marco Epistemológico de la enfermería. *Aquichan*. Vol. 2, Núm. 1 (2002)

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
* Z A R A G O Z A *



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:

Propuesta de una intervención educativa en la mejora del autocuidado y autoeficacia percibida en cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el domicilio.

Antecedentes y Objetivo.

Los cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles pertenecen a un grupo vulnerable en riesgo educativo entorno al autocuidado, dado que el estrés y demanda que emanan del cuidado, pueden presentar déficit emocional o motivacional. En casos de grandes déficits en la orientación de la salud, se recomienda un sistema extensivo de apoyo educacional para el cuidador que le ayude a mantener fortalecer y mejorar su autocuidado.

En la actualidad se reportan pocos estudios dirigidos a mejorar el autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas. Por tal motivo, en el presente estudio se propone el diseño de una intervención educativa de enfermería para mejorar del autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el domicilio. A todos los participantes se les realizara un cuestionario antes de iniciar la intervención educativa y al finalizar la intervención.

Procedimiento.

A todos los participantes se les aplicará un cuestionario solicitando datos personales y sobre su cuidado y como lo perciben.

Condiciones para ingresar al estudio.

1. Cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no trasmisibles con o sin complicaciones.
2. Mayores de 18 años sin distinción de sexo.
3. Que deseen participar voluntariamente en la investigación.
4. Que firmen el consentimiento informado.
5. Que tengan disponibilidad de tiempo.

Riesgos.

No existe ningún riesgo agregado para su salud, la valoración de enfermería será llevada a cabo por personal experimentado.

Beneficios.

Los resultados de la investigación pueden resultar benéficos para el desarrollo de una intervención educativa para mejorar la salud de cuidadores primarios.

Confidencialidad.

Toda la información obtenida es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**, por lo que sólo se le proporcionará la participante.

Preguntas.

Toda duda que tenga durante el tiempo que dura la investigación la podrá consultar con el equipo de investigación.

Derecho a rehusar.

La aceptación a participar en este estudio es enteramente **VOLUNTARIA**. **Por lo que SI DECIDE RENUNCIAR EN ALGÚN MOMENTO AL ESTUDIO PUEDE HACERLO SIN NINGUNA CLASE DE COMPROMISO, REPERCUSIÓN SOCIAL O HACIA SU PERSONA.**

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en el estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo o me lo han leído en presencia de un familiar responsable.

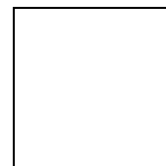
Nombre y firma del participante. _____

Nombre y firma de un familiar (testigo). _____

Nombre y firma del investigador (testigo). _____

Ciudad de México. A ____ de _____ del _____.

En caso de no tener firma, favor de colocar su huella digital:



Anexo 2: Instrumento de recolección



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría en Enfermería
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Cuestionario sobre autocuidado y autoeficacia percibida del cuidador primario de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar.

I. Datos sociodemográficas.

Folio: _____

1. Edad: _____
2. Sexo: _____
3. ¿Último grado de estudios? _____
4. ¿En que trabaja? _____
5. ¿Cuántos días a la semana trabaja? _____
6. ¿Cuántas horas a la semana trabaja? _____
7. ¿Estado civil? _____
8. ¿Tiene hijos? _____
9. ¿Qué edad o edades tienen? _____, _____, _____, _____, _____.
10. ¿Parentesco con la persona a quien cuida? _____
11. ¿Hace cuánto tiempo cuida de él o ella? _____
12. ¿Qué escolaridad tiene el jefe de familia? _____
14. ¿Cuántos baños con regadera y excusado hay en su vivienda? _____
15. ¿Cuántos automóviles tienen en su hogar? _____
16. ¿Cuenta con internet? (No considerar el del teléfono) _____
17. De las personas de más de 14 años ¿Cuántas trabajaron en el último mes? _____
18. ¿Cuántos dormitorios tiene? _____

II. Autocuidado y autoeficacia percibida.

Nº	Pregunta.	Nunca	A veces	Siempre
1	¿Se siente fuerte para cuidarse como le gusta?			
2	¿Se siente cansado al despertar?			
3	¿Ha dejado de hacer cosas que quería hacer por sentirse cansado?			
4	¿Se siente con energía para hacer ejercicio?			
5	¿Pide consejo a su familia, amigos o vecinos para cuidarse?			
6	¿Le pregunta al personal de salud como cuidarse? (Ejemplo de personal: enfermeros, médicos, psicólogos, o nutriólogos)			
7	¿Busca información para cuidarse en revistas, televisión, periódicos libros o internet?			
8	¿Pone en práctica lo que aprende sobre su cuidado?			
9	¿Mantiene su hogar tan limpio como le gusta?			
Nº	Pregunta.	Nunca	A veces	Siempre
10	¿Se viste y se arregla como a usted le gusta?			
11	¿Hace cambios en sus comidas para cuidar su peso?			
12	¿Revisa su cuerpo para ver si tiene cambios?			
13	¿Le falta el aire al subir escaleras?			
14	Considerando comidas y bebidas ¿Diría que tiene una alimentación balanceada?			
15	¿Tiene problemas cuando va al baño?			
16	¿Duerme bien?			
17	¿Sus seres queridos valoran su esfuerzo?			
18	¿Tiene tiempo para pasatiempos?			
19	Cuando se da cuenta que enfermó ¿Va al médico?			
20	¿En el día a día siente temor, ansiedad o miedo?			
21	¿Se siente satisfecho con su vida?			
22	¿Le es fácil llevarse bien con nuevas personas?			
23	¿Le cuesta trabajo tomar decisiones?			
24	¿Procura tiempo para buscar actividades que favorezcan su bienestar?			
25	¿Mantiene una alimentación muy saludable?			
26	¿Realiza ejercicio físico de forma regular?			
27	¿Sabe cómo manejar el estrés del día a día?			
28	¿Descansa lo suficiente?			
29	¿Le da suficiente atención a los aspectos que considera más importantes o sagrados en su vida?			
30	¿Se lleva bien con las personas que recién conoce?			

		No	Un poco	Si
31	¿Considera que una mejora en su estilo de vida le haría bien?			
32	¿Cree que una mejora sería difícil en este momento?			
33	¿Considera que su familia le apoyaría para lograr una mejora?			
34	Recuerde un cambio que haya hecho antes en su vida ¿Cree que ahora podría hacer algo parecido?			
35	¿Se sentiría feliz de lograr una mejora en su estilo de vida?			
36	¿Actualmente se siente comprometido con una mejora en su estilo de vida?			

Anexo 3. Propuesta de intervención educativa de enfermería



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Programa de Maestría en Enfermería



- 1. Título.** Intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios.
- 2. Ámbito.** Domicilio del cuidador primario.
- 3. Grupo de población al que está dirigido.** Adultos cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.
- 4. Sexo.** Ambos sexos.
- 5. Área temática.** Etapas vulnerables; cuidado en el hogar.
- 6. Justificación.** Los cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles pertenecen a un grupo con vulnerabilidad de presentar déficit de autocuidado, debido a sus particularidades sociales, situaciones de estrés y demanda que emanan del cuidado; así como por las condiciones en las que deben proporcionarlo. Sin embargo, en ocasiones los cuidadores cuentan con la posibilidad de mejorar su agencia de autocuidado y por medio de la socialización pueden transmitir estos beneficios a las personas a quienes cuidan.

En casos de déficit de autocuidado se recomienda un sistema extensivo de apoyo educacional para el cuidador que le ayude a mantener, fortalecer y mejorar su autocuidado. Sin embargo en la actualidad se reportan pocos estudios dirigidos a mejorar el autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles o dirigidos a fortalecer su agencia de autocuidado.

Aunado a lo anterior, en investigaciones recientes no se hace mención al modelo pedagógico de las intervenciones que se proporcionan, o se describen pobremente características específicas de las mismas, dejando un poco de lado aspectos como: la temática de la intervención, el rol que el educando y educador tienen durante la misma; las que son importantes para la réplica, análisis o mejora de intervenciones educativas previas.

7. Análisis de la situación. Con el fin de identificar el desarrollo específico de 3 elementos de poder de *la agencia de autocuidado* (un conjunto de habilidades energía y obtención de información); así como del cumplimiento de los 8 *requisitos universales* establecidos en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem y el desarrollo de *elementos que motivan el inicio de conductas saludables*, se diseñó y aplicó un cuestionario que contempla el desarrollo del cuidado como: poco desarrollado, en desarrollo y desarrollado.

Es así que 26 cuidadores primarios de dos comunidades al oriente de la ciudad de México presentaron las siguientes características en su *agencia de autocuidado*; en el cumplimiento de sus *requisitos universales de autocuidado* y en los *elementos que motivan el inicio de conductas saludables*.

Los elementos de la *agencia de autocuidado* y *requisitos universales de autocuidado* se encuentran en desarrollo 15 (58%) y 17 (65%) respectivamente, por otro lado los *elementos que motivan el inicio de conductas saludables* la mayoría de los cuidadores cuentan con este elemento desarrollado 14 (54%) seguido por quienes lo presentan en desarrollo 12 (46%).

Vistas en su conjunto como autocuidado se observan como un elemento desarrollado en su mayoría; y menor medida como un elemento en desarrollo 14 (54%) y 12 (46%) respectivamente.

Para conocer si nivel de desarrollo de estos elementos se realizó un análisis comparativo entre los cuidadores primarios acorde a su nivel socioeconómico, tras lo cual se determinó que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de desarrollo de la *agencia de autocuidado*, en los *requisitos universales* y en los *elementos que motivan el inicio de conductas saludables* entre los participantes según su nivel socioeconómico.

Para matizar el comportamiento de la *agencia de autocuidado*, *requisitos universales* y los *elementos que motivan el inicio de conductas saludables* se realizaron pruebas de asociación entre las mismas obteniéndose los siguientes resultados: El nivel de desarrollo de la *agencia de autocuidado* de los cuidadores primarios, guarda una asociación directamente proporcional moderada con el nivel de desarrollo de los *requisitos universales de autocuidado* y directamente proporcional débil con los *elementos que motivan el inicio de conductas saludables*.

Lo anterior puede interpretarse como que a mayor nivel de *agencia de auto cuidado*, mayor nivel de cumplimiento de *requisitos universales* y mayor nivel de *los elementos que motivan el inicio de conductas saludables*

Se realizaron dos regresiones lineales para determinar la influencia de la *agencia de autocuidado* en el nivel de *requisitos universales* y de los *elementos que motivan el inicio de conductas saludables*. Se observó que el desarrollo de la agencia de autocuidado es predictor de hasta el 47.6% del puntaje de los *requisitos universales* de autocuidado y de hasta el 22% *los elementos que motivan el inicio de conductas saludables*.

A raíz de lo anterior se puede asumir que al aumentar en *nivel de agencia de autocuidado* se verán beneficiados el nivel de desarrollo de los *requisitos universales* y los *elementos que motivan el inicio de conductas saludables*

8. Población diana. La edad de los cuidadores primarios en cuestión oscila entre 20 y 80 años su agrupación entre mayores y menores de 60 años representan el 50% en cada grupo, es decir, dos grupos de 13. La mayor parte los cuidadores son del género femenino, con educación de nivel básico en su mayoría 19 (73%). La mayor parte de las cuidadoras que se encuentran empleados lo hacen en su hogar alrededor de 7 días a la semana predominantemente en su mayoría con más de 8 horas por día.

Respecto a la persona a quien cuidan en su mayoría son sus parejas e hijos a quienes han proporcionado cuidado por más de 4 años.

9. Objetivo general. Fortalecer la agencia de autocuidado de cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar.

10. Objetivos específicos.

- El cuidador primario identificará aspectos básicos para reforzar su autocuidado.
- El cuidador primario identificará fuentes de información que fortalezcan su autocuidado.
- El cuidador primario identificará la importancia de llevar a cabo actividades de autocuidado para ejercer su papel de cuidador.
- El cuidador primario identificará la importancia de la inclusión de pasatiempos para su bienestar.
- El cuidador primario identificará los beneficios de su desarrollo dentro de grupos sociales para elementos del autocuidado.

11. Captación.

Grupo real: 26 adultos dedicados al cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

Estrategias de captación: Visita domiciliaria programada.

12. Metodología.

- Numero de sesiones: 5 sesiones individuales.
- Duración de las sesiones: Se utilizaran 20 minutos para la exposición y el tiempo de debriefing se ajustará acorde a las necesidades y particularidades del cuidador primario, hasta un máximo de 60 minutos por sesión.
- Número de horas totales: Desde 1hr 40 minutos a 5 horas según las circunstancias.

➤ Síntesis de las sesiones educativas:

Sesión	Contenidos	Técnica	Materiales	Tiempo
1.	“El autocuidado” Una práctica para toda la vida.	Exposición y discusión.	2 Láminas 1 Caso.	20 a 60 minutos
2.	Búsqueda y uso de información para el autocuidado.	Exposición + planteamiento de caso.	2 Láminas 1 Caso.	20 a 60 minutos
3.	Habilidades que fortalecen el autocuidado.	Exposición + planteamiento de caso.	2 Láminas 1 Caso.	20 a 60 minutos
4.	Equilibrio del tiempo, pasatiempos, bienestar y cuidado.	Exposición + planteamiento de caso.	2 Láminas 1 Caso.	20 a 60 minutos
5.	La razón y beneficios del autocuidado	Exposición + planteamiento de caso.	2 Láminas 1 Caso.	20 a 60 minutos

➤ Reuniones de coordinación:

N° de reunión	Fechas	Temas tratados	Acuerdos aportados
1.	25 de febrero al 8 de marzo 2019	Reclutamiento	Participación voluntaria e informada, agenda de visita para valoración.
2.	11 de marzo al 2 de abril 2019	Valoración	Participación voluntaria e y firma de consentimiento informado.

13. Enfermero-facilitador de la información.

Nombre: Eduardo Velazquez Moreno

14. Evaluación.

➤ Sistemas de evaluación:

1. Evaluación formativa: Debriefing dirigido.
2. Evolución sumaria: Cuestionario de autocuidado y autoeficacia percibida.
3. Evaluación cualitativa: Preguntas al final de la sesión sobre: utilidad, claridad y complejidad.

15. Sesiones educativas.

- Se presentan a continuación.
- Las láminas que se presentan se encuentran en una escala de 1:4.21 son reproducción idéntica a las que se presentaran en un formato de 90 cm por 60 cm.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**



Programa de Maestría en Enfermería

Intervención educativa para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios en el hogar
(Esquema de la sesión 1)

Sesión: 1 de 5		
Título de la sesión: “El autocuidado” Una práctica para toda la vida.		
Objetivo: El cuidador primario identificará aspectos básicos para reforzar su autocuidado.		
Método: Explicativo – ilustrativo y heurístico.	Estrategias de enseñanza - aprendizaje: 1. Preguntas exploratorias 2. Exposición con rotafolio 3. Discusión dudas y comentarios	Recursos: - Láminas - Caso
Reactivación de conocimientos previos: Preguntas exploratorias: 1. ¿Qué es el autocuidado? 2. ¿Quién cuida y a quien cuida? 3. ¿Qué facilita y que dificulta el cuidado?	Situación problemática: Se plantea el acercamiento de una persona a un cuidador y le señala que su aspecto le preocupa.	Aplicación de los conocimientos: Identifica las prácticas de autocuidado de su vida cotidiana.
Construcción de significados: Se solicita que el cuidador primario: Identifique elementos en su vida que le dificultan y le facilitan cuidar de sí.	Organización de conocimientos: - Formulación de situaciones hipotéticas desde las cuales podría mejorar su autocuidado.	Evaluación del proceso: Debriefing: - Replantear las preguntas de la reactivación de los conocimientos y discutir si las respuestas han cambiado. -Conocer la opinión que el cuidador tiene sobre el tema visto.

Guion de exposición

Introducción

- El enfermero facilitador de la información se presenta ante el cuidador o cuidadores.
- Menciona brevemente el objetivo de la sesión y la estructura de la misma.
- El enfermero hace preguntas exploratorias sobre el tema de la sesión educativa como estrategia de activación de conocimientos previos.

Desarrollo

- El enfermero presenta el contenido de la primera lámina al cuidador.
- Se presenta a los cuidadores un caso sobre aspectos básicos para reforzar el cuidado.
- Se pide a los cuidadores que tras escuchar el caso respondan las preguntas del mismo.
- Se presenta a los cuidadores la lámina con implicaciones en torno al caso.
- Como estrategia de aplicación del conocimiento se pide al cuidador que identifique las prácticas de autocuidado en su vida diaria.
- Se pide a los cuidadores que mencionen que aspectos de su vida le facilitan y dificultan cuidar de sí.
- Se pide a los cuidadores que mencionen como podrían mejorar su autocuidado.

Evaluación

- Se hace a los cuidadores las preguntas exploratorias iniciales. Y se evalúa si aumentaron los conocimientos demostrados, en comparación a los del inicio de la clase. Se aclaran dudas.
- Se pide la opinión de los cuidadores sobre la sesión.
- El enfermero facilitador se despide.

Caso 1

Rosa una mujer de 45 años es visitada por su hermana que tiene 35 años, ella le dice: “Te veo un poco decaída Rosa, deberías cuidarte más”

Rosa le contesta: “Eso quisiera pero francamente casi nunca tengo tiempo entre los deberes de la casa y los hijos y a veces termino muy cansada.

Preguntas del caso

¿Qué dificultades presenta Rosa?

¿Qué podría ayudar a mejorar su situación?

Lámina 1



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en Enfermería



1. Autocuidado: una práctica de toda la vida

Cuidar es:

- . Interesarse por el otro
- . Mostrar interés en el o ella
- . ¡Amar, querer y acompañar!
- . Dar una oportunidad de vida

Autocuidado es:

- . Quererse a uno mismo
- . Protegerse de las enfermedades
- . Ser parte de la familia
- . Sentirse alguien valioso

¿Quién cuida?



¿A quién se cuida?

A un familiar, a un amigo, a **uno mismo**, a un paciente.

¿Qué necesitamos
para nuestro
autocuidado y para
cuidar de los demás?

- . Estar motivados
- . Tomar decisiones
- . Aumentar nuestro conocimiento
- . Administrar la energía del día para el autocuidado



¡Comenzar a cuidarnos!

Información disponible en:

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.
2. Taylor GS. Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición. España: Elsevier; 2003.

Lámina 2

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en Enfermería
1. Autocuidado: una práctica de toda la vida

Hola ¿Cómo estas?
Te veo un poco decaída, deberías cuidarte más"

¡Eso quisiera pero casi nunca tengo tiempo entre los deberes de la casa y los hijos!

¡Y a veces termino muy cansada!

**¿Qué dificultades presenta Rosa?
¿Qué podría ayudar a Rosa a mejorar su cuidado?**

Circunstancias que *dificultan* el autocuidado:

1. Demasiadas actividades en casa.
2. Dejar de pensar en uno mismo.
3. Dar más importancia al cuidado de otros.

¿Qué otras actividades conoce?

...

Actividades que *favorecen* el autocuidado:

1. Aumentar conocimiento y ponerlo en práctica.
2. Administrar la energía del día para el autocuidado.
3. Tomar decisiones .

¿Qué otras actividades considera que favorecen el cuidado?

...

Información disponible en:

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.
2. Taylor GS. Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición. España: Elsevier; 2003.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Programa de Maestría en Enfermería

Intervención educativa para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios en el hogar
(Esquema de la sesión 2)

Sesión: 2 de 5		
Título de la sesión: Búsqueda y uso de información para el autocuidado		
Objetivo: El cuidador primario identificará fuentes de información que fortalezcan su autocuidado.		
Método: Método explicativo – ilustrativo y de exposición problemática.	Estrategias de enseñanza y aprendizaje: 1. Preguntas exploratorias 2. Exposición con rotafolio 3. Resolución de caso	Recursos: - Rotafolio - Un caso con preguntas
Reactivación de conocimientos previos: 1. ¿Pide consejo a alguien para cuidarse? 2. ¿Considera importante pedir consejo sobre cómo cuidarse? 3. ¿A quién le pediría consejo para cuidarse?	Situación problemática: - Se plantea un caso hipotético sobre la aparición de un “grano” en el cuello de una persona. Se insta al cuidador a responder las preguntas del caso.	Aplicación de los conocimientos: El cuidador identifica beneficios de conocer y usar diversas fuentes de información para el autocuidado.
Construcción de significados: - Se solicita al cuidador que mencione dos fuentes de información en su entorno. - Se solicita al cuidador que mencione que fuente le es más confiable.	Organización de conocimientos: - Formulación verbal de medios de contacto desde los que podría tener acceso a las fuentes de información que mencione.	Evaluación del proceso: Debriefing: Replantear las preguntas de la reactivación de los conocimientos y discutir si las respuestas han cambiado. -Conocer la opinión que el cuidador tiene sobre el tema visto.

Guion de exposición

Introducción

- El enfermero facilitador de la información se presenta ante el cuidador o cuidadores.
- Menciona brevemente el objetivo de la sesión y la relación con la sesión anterior.
- El enfermero hace preguntas exploratorias sobre el tema de la sesión educativa como estrategia de activación de conocimientos previos.

Desarrollo

- El enfermero presenta el contenido de la primera lámina al cuidador.
- Se presenta a los cuidadores un caso sobre la búsqueda de información.
- Se pide a los cuidadores que respondan preguntas sobre el caso.
- Se presenta a los cuidadores la segunda lámina, con implicaciones en torno al caso.
- Como estrategia de aplicación del conocimiento se pide al cuidador que identifique beneficios de conocer y acercarse a fuentes de información del cuidado.
- Se pide a los cuidadores que mencionen dos fuentes de información en su entorno.
- Se pide a los cuidadores que mencionen que fuente les parece más confiable y accesible.

Evaluación

- Se hace a los cuidadores las preguntas exploratorias iniciales. Y se evalúa si aumentaron los conocimientos demostrados, en comparación a los del inicio de la clase. Se aclaran dudas.
- Se pide la opinión de los cuidadores sobre la sesión.
- El enfermero facilitador se despide.

Caso 2

Doña Rosa se propuso mejorar su salud pero no sabe por dónde empezar, así que decide preguntarle a su comadre

Preguntas del caso:

1. ¿Qué le dirían a doña Rosa que haga para mejorar su salud?
2. ¿Le recomendarían que acudiera con alguien de su confianza?
3. ¿A quién deberíamos confiar nuestra salud?

Lámina 3



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en enfermería
2. Uso de información para el autocuidado



¿Dónde buscar información sobre cuidado y salud?



Antes de pedir información debemos preguntarnos si...

- ¿La información es de utilidad para nosotros?
- ¿La información es seria, completa y oportuna?
- ¿En verdad me ayudara en mi labor?
- ¿Me deja un aprendizaje valioso?



- ¿La persona tiene experiencia en el tema?
- ¿La persona tiene solidos conocimientos del tema?
- ¿La persona se responsabiliza de la información que nos da?

Información disponible en:

1. Taylor GS. Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición. España: Elsevier; 2003.

Lamina 4

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en Enfermería
2 Búsqueda de información para el autocuidado

¿De donde saco tiempo?

¿En quien puedo confiar?

¡A quien le pregunto!

No se angustie comadre! Vamos al centro de salud, ¡Conozco a una Enfermera que le va a ayudar!

¡Bienvenidas!

¡Creo que es el inicio de algo muy bueno!

En caso de tener dudas regrese por favor doña Rosa.

Información disponible en:
1. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.
2. Taylor GS. Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición. España: Elsevier; 2003.



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría en Enfermería

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Intervención educativa para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios en el hogar
(Esquema de la sesión 3)

Sesión: 3 de 5		
Título de la clase: Importancia de actividades que fortalecen el autocuidado		
Objetivo: El cuidador primario identificará la importancia de llevar a cabo actividades de autocuidado para ejercer su papel de cuidador		
Método: Método explicativo – ilustrativo y de exposición problemática.	Estrategias de enseñanza y aprendizaje: 1. Preguntas exploratorias 2. Exposición con rotafolio 3. Resolución de caso	Recursos: - Rotafolio - Un caso con preguntas
Reactivación de los conocimientos previos: 1. Cuando usted cuida a su familiar: ¿Quién es la persona más importante? 2. ¿Considera que hay cuidados más importantes que otros? 3. ¿El cuidado se transmite?	Situación problemática: Se plantea un caso hipotético de despersonalización de un cuidador primario. Se insta al cuidador a resolver las preguntas del caso.	Aplicación de los conocimientos: El cuidador primario reconoce la importancia de dar valor al autocuidado dentro del cuidado que proporciona a su familiar.
Construcción de significados: - Se solicita al cuidador que mencione dos habilidades que fortalecen el autocuidado. -Se solicita al cuidador que mencione dos beneficios de fortalecer el autocuidado.	Organización de conocimientos: El cuidador menciona un aspecto concreto en el que podría fortalecer su autocuidado.	Evaluación del proceso: Debriefing: Replantear las preguntas de la reactivación de los conocimientos y discutir si las respuestas han cambiado. -Conocer la opinión que el cuidador tiene sobre el tema visto.

Guion de exposición

Introducción

- El enfermero facilitador de la información se presenta ante el cuidador o cuidadores.
- Menciona brevemente el objetivo de la sesión y la relación con la sesión anterior.
- El enfermero hace preguntas exploratorias sobre el tema de la sesión educativa como estrategia de activación de conocimientos previos.

Desarrollo

- El enfermero presenta el contenido de la primera lámina al cuidador.
- Se presenta a los cuidadores un caso sobre riesgo de cansancio del cuidador primario.
- Se pide a los cuidadores que respondan preguntas sobre el caso.
- Se presenta a los cuidadores la segunda lámina, con implicaciones en torno al caso.
- Como estrategia de aplicación del conocimiento se pide al cuidador que identifique la importancia de dar valor al autocuidado dentro del cuidado que proporciona a su familiar.
- Se solicita al cuidador que mencione dos habilidades que fortalecen el autocuidado.
- Se solicita al cuidador que mencione dos beneficios de fortalecer el autocuidado.
- Se solicita al cuidador que mencione un aspecto para fortalecer su propio cuidado.

Evaluación

- Se hace a los cuidadores las preguntas exploratorias iniciales. Y se evalúa si aumentaron los conocimientos demostrados, en comparación a los del inicio de la clase. Se aclaran dudas.
- Se pide la opinión de los cuidadores sobre la sesión.
- El enfermero facilitador se despide.

Caso 3

Rosa comenzó hace un mes una rutina de ejercicio 3 veces a la semana, un plan de alimentación y destina un poco más de tiempo al arreglo de su hogar, su vestimenta y revisar su cuerpo con regularidad; gracias a la información que enfermeras y nutriólogos le proporcionaron. Sin embargo esta semana debido a que el familiar a quien cuida se ha sentido mal, está pensando en dejar dicha rutina, porque piensa que el cuidado de su familiar es lo más importante.

Preguntas al cuidador:

¿Qué le dirían a Rosa? ¿Qué podría hacer Rosa con esta situación?

Lámina 5



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en Enfermería



3 Importancia de cuidarnos cuando cuidamos

¿Qué significa para ud el cuidado?

¿La salud del cuidador esta ligado a la persona a quien cuida?

¿Quién es la persona más importante en el cuidado?

¿Qué ocurre cuando el cuidador se deja de cuidar?

Cuidar de uno mismo es **alimentarse bien**, hacer **ejercicio**, evitar **peligros** para la vida y procurar **nuestro buen funcionamiento**.

Cuidar a otro ser humano y ayudarlo en aquellas cosas que no puede hacer por su cuenta, **es un acto noble, una labor bella** pero suele ser **muy demandante**.

Pero cuidar y cuidarse también es...



Información disponible en:

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.
2. Taylor GS. Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición. España: Elsevier; 2003.

Lámina 6



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en Enfermería
3 Importancia de cuidarnos cuando cuidamos



Podría cuidar de mi mamá...

Y después... podría retomar mi ejercicio

¿Qué pasaría si disminuyo mi rutina de ejercicio, sin abandonarla?

¿Y si solo dejo de hacer mi nueva rutina de ejercicio?

¿???

¡Claro! Podría cuidar más de mi mamá.

.Le dedicaría más tiempo a la familia
.Después volvería a reiniciar mi rutina de ejercicios

Información disponible en:
1. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.
2. Taylor GS, Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición. España: Elsevier; 2003.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Programa de Maestría en Enfermería

Intervención educativa para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios en el hogar.

(Esquema de la sesión 4)

Sesión: 4 de 5		
Título de la clase: “Equilibrio” El tiempo, pasatiempos, bienestar y autocuidado		
Objetivo: El cuidador primario identificara la importancia de la inclusión de pasatiempos como estrategia de autocuidado		
Método: Método explicativo – ilustrativo y de exposición problemática.	Estrategias de enseñanza y aprendizaje: 1. Preguntas exploratorias 2. Exposición con rotafolio 3. Resolución de caso	Recursos: - Rotafolio - Un caso con preguntas
Reactivación de conocimientos previos: 1. ¿Cree que tiene tiempo de disfrutar hobbies? 2. ¿Cree que los hobbies se relacionan con el autocuidado? 3. ¿Su bienestar depende de tener tiempo para hobbies?	Situación problemática: Se plantea un caso hipotético en el que un cuidador deja de dedicar tiempo a sus hobbies y presenta malestares diversos en su día a día. Se insta al cuidador a responder las preguntas del caso.	Aplicación de los conocimientos: El cuidador identifica la importancia de incluir pasatiempos como estrategia de autocuidado.
Construcción de significados: Se solicita al cuidador primario que mencione un pasatiempo que considere agradable y benéfico para sí.	Organización de conocimientos: El cuidador formula un escenario en el que podría destinar tiempo para un pasatiempo preferentemente que pueda compartir con sus familiares.	Evaluación del proceso: Replantar las preguntas de la reactivación de los conocimientos y discutir si las respuestas han cambiado. Conocer la opinión que el cuidador tiene sobre el tema visto.

Guion de exposición

Introducción

- El enfermero facilitador de la información se presenta ante el cuidador o cuidadores.
- Menciona brevemente el objetivo de la sesión y la relación con la sesión anterior.
- El enfermero hace preguntas exploratorias sobre el tema de la sesión educativa como estrategia de activación de conocimientos previos.

Desarrollo

- El enfermero presenta el contenido de la primera lámina al cuidador.
- Se presenta a los cuidadores un caso sobre la importancia de la inclusión de pasatiempos como estrategia de autocuidado.
- Se pide a los cuidadores que respondan preguntas sobre el caso.
- Se presenta a los cuidadores la segunda lámina, con la resolución del caso.
- Como estrategia de aplicación del conocimiento se pide al cuidador que identifique la importancia incluir pasatiempos como estrategia de autocuidado.
- Se solicita al cuidador que mencione un pasatiempo que considere agradable y benéfico para sí.
- Se pide al cuidador que formule un escenario en el que podría destinar tiempo para un pasatiempo.

Evaluación

- Se hace a los cuidadores las preguntas exploratorias iniciales. Y se evalúa si aumentaron los conocimientos demostrados, en comparación a los del inicio de la clase. Se aclaran dudas.
- Se pide la opinión de los cuidadores sobre la sesión.
- El enfermero facilitador se despide.

Caso 4

Rosa, sigue comprometida con su cuidado y ahora se siente con más energía y le da gusto poder dedicar tiempo tanto a su familia pero también a sí misma, sin embargo últimamente no ha podido escuchar un programa de radio que le gusta mucho, no ha leído y se siente un poco triste por ello, sin embargo parece que no puede ya tener más tiempo disponible.

Preguntas del caso

1. ¿Qué le dirían a Rosa?
2. ¿Qué solución le darían a esta situación?

Lámina 7



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en Enfermería
**4 Equilibrio: El tiempo, pasatiempos
bienestar y autocuidado**

UNAM
POSGRADO

¿Cómo mejoran
el
autocuidado
con los
pasatiempos?

Los pasatiempos no
están peleados con
el autocuidado

Los pasatiempos son
actividades que
disfrutamos

Nos acercan a los que
disfrutan las
mismas actividades que
nosotros

Es una forma de
cuidarnos ya que
disminuye nuestro
estrés, ansiedad y
agotamiento
mental y físico.

Pueden ser
un gran
aliado

Nos acercan a
nuestra familia



Información disponible en:

1. Montero PX, Jurado CS, Méndez VJ. Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios. Psicooncología. 2015; 12 (1): Pág. 67-86
2. Taylor GS. Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición. España: Elsevier; 2003.

Lámina 8



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en Enfermería
**4 Equilibrio: El tiempo, pasatiempos,
bienestar y autocuidado**



¿Qué tal si le digo a la familia que hagamos cosas juntos?

¿Qué pasaría si Rosa dejara de lado las cosas que le gusta hacer?

Tal vez no sea lo ideal dejar

Información disponible en:

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.
2. Taylor GS. Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición. España: Elsevier; 2003.



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría en Enfermería
 Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Intervención educativa para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios en el hogar.
(Esquema de la sesión 5)

Sesión: 5 de 5		
Título de la clase: La razón y los beneficios del autocuidado		
Objetivo: El cuidador primario identificará los beneficios del desarrollo dentro de los grupos sociales para elementos del autocuidado		
<p>Método: Método explicativo – ilustrativo y de exposición heurístico.</p>	<p>Estrategias de enseñanza y aprendizaje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntas exploratorias 2. Exposición con rotafolio 3. Discusión de caso 	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rotafolio - Un caso con preguntas
<p>Reactivación de conocimientos previos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cree que podría hacer amistades con nuevas personas? 2. ¿Considera que conocer nuevas personas o conocer un poco más a las personas que le rodean sería positivo para su salud? 	<p>Situación de análisis:</p> <p>Se plantea un caso en el que una persona piensa sobre lo difícil que ha sido su vida y que a través de la convivencia con sus seres queridos vislumbra que puede hacer más agradable su vida.</p> <p>Se insta al cuidador a comentar las características más relevantes del mismo.</p>	<p>Aplicación de los conocimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El cuidador primario describe algunos beneficios del desarrollo dentro grupos sociales para su autocuidado. - El cuidador primario reflexiona sobre su potencial como persona para desarrollarse en grupos sociales.
<p>Construcción de significados:</p> <p>Se solicita al cuidador que mencione cualidades que le favorecerían o dificultarían sus relaciones personales.</p>	<p>Organización de conocimientos:</p> <p>El cuidador menciona si considera posible mejorar sus relaciones personales o dentro de grupos sociales.</p>	<p>Evaluación del proceso:</p> <p>Debriefing: Replantear las preguntas de la reactivación de los conocimientos y discutir si las respuestas han cambiado.</p> <p>-Conocer la opinión que el cuidador tiene sobre el tema visto.</p>

Guion de exposición

Introducción

- El enfermero facilitador de la información se presenta ante el cuidador o cuidadores.
- Menciona brevemente el objetivo de la sesión y la relación con la sesión anterior.
- El enfermero hace las preguntas exploratorias sobre el tema de la sesión educativa como estrategia de activación de conocimientos previos.

Desarrollo

- El enfermero presenta el contenido de la primera lámina al cuidador.
- Se presenta a los cuidadores un caso sobre la importancia de su desarrollo dentro de grupos sociales.
- Se pide a los cuidadores que respondan preguntas sobre el caso.
- Se presenta a los cuidadores la segunda lámina, con la resolución del caso.
- Como estrategia de aplicación del conocimiento se pide al cuidador que:
 - Mencione algunos beneficios del desarrollo dentro de grupos sociales para su cuidado.
 - Y reflexione sobre su capacidad de integrarse a nuevos grupos y desarrollarse un poco más en los ya existentes.
- Se solicita al cuidador que mencione cualidades que le favorecerían o dificultarían sus relaciones personales.
- Se pide al cuidador que mencione si cree posible mejorar sus relaciones personales o dentro de grupos sociales.

Evaluación

- Se hace a los cuidadores las preguntas exploratorias iniciales. Y se evalúa si aumentaron los conocimientos demostrados, en comparación a los del inicio de la clase. Se aclaran dudas.
- Se pide la opinión de los cuidadores sobre la sesión.
- El enfermero facilitador se despide.

Caso:

Rosa ahora se siente con un poco más de energía y ahora disfruta actividades junto a su familia. Sin embargo a veces piensa sobre lo difícil que ha sido su vida y que a través de la convivencia con personas cercanas puede hacer más agradable su vida. ¿Qué le aconsejaría a Rosa?

Lámina 9



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en Enfermería
5 La razón y los beneficios del autocuidado



Beneficios de desarrollarnos en grupos

En todos nosotros esta la posibilidad de conocer a nuevas personas.



En momentos de necesidad o enfermedad podemos contar con ellos.

Siempre es bueno conocer de nuestra comunidad.



Vecinos, amigos, familiares, personal del área de la salud.

Al convivir con las personas podemos mejorar nuestro cuidado.



Y también podemos compartir buenos momentos y experiencias.

Información disponible en:

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.
2. Taylor GS. Dorothea E. Orem: La teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición. España: Elsevier; 2003.

Lámina 10

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Maestría en Enfermería

UNAM POSGRADO

5 La razón y los beneficios del autocuidado

Beneficios de desarrollarnos en grupos

Beneficios de desarrollarnos en grupos

Laura conoces a don Cuco! Que bueno

Don Cuco! Que milagro que bueno es verlo por acá!

Doña Mary, Rosita que gusto verlas, ella es mi nieta Laura

Venimos al centro por un encargo

CENTRO COMUNITARIO

Rosita, buenas tardes, este es Gomita mi cachorro, es noble pero...

Supongo que no le agradan mucho los extraños verdad?

Si, algo así, pero no te preocupes ahora que te conoce, no te dará molestias

Se ve que es un buen perro :)

¿Qué tal? Soy Rosa tu vecina...

Se que no nos hemos tratado mucho pero quería pedirte un favor, es algo importante.

Hola Rosa, me da gusto conocerte, sabes que nuestras madres son amigas ¿En que te puedo apoyar?

Anexo 4. (Ejemplo) Hoja de evaluación del material didáctico

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas y marque la respuesta que considere corresponde. En caso de tener alguna observación, duda o comentario le agradeceremos lo escriba en el recuadro de observaciones.

Criterios	#	Ítem	Si	No	Observaciones
Atracción	1	¿La lámina llama la atención de los cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar?			
	2	¿El diseño, el formato y los colores son adecuados para los contenidos?			
Comprensión	3	¿Se entienden los contenidos y mensajes presentados en la lámina?			
	4	¿Considera que al leer los mensajes cuidador primario le quedará clara su intención?			
Involucramiento	5	¿Cree que los cuidadores primarios se sentirán identificados con los mensajes?			
	6	¿Considera que los mensajes de la lámina se aplican al cuidador primario?			
Aceptación	7	¿Considera que las acciones contenidas en la lámina son adecuadas para el cuidador primario?			
	8	¿Piensa que el cuidador primario aceptará sus contenidos?			

Lugar y fecha: _____

Nombre y firma del evaluador: _____

Anexo 5. (Ejemplo) Evaluación de los ítems que integran el cuestionario sobre autocuidado y autoeficacia percibida en cuidadores primarios en el hogar

Instrucciones: Lea con atención y responda las tres preguntas que se plantean en torno a los ítems del instrumento agradeceremos proporcione observaciones o propuestas de mejora que considere pertinente.

N°	Ítem	¿Es clara la redacción?		¿Es pertinente para la población?		¿Indaga lo que se pretende investigar?		Observaciones y sugerencias.
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Se siente fuerte para cuidarse como le gusta?							
2	¿Se siente cansado al despertar?							
3	¿Ha dejado de hacer cosas que quería hacer por sentirse cansado?							
4	¿Se siente con energía para hacer ejercicio?							
5	¿Pide consejo a su familia, amigos o vecinos para cuidarse?							
6	¿Le pregunta al personal de salud como cuidarse? (Ejemplo de personal: Enfermeros, médicos, psicólogos, o nutriólogos)							
7	¿Busca información para cuidarse en revistas, televisión, periódicos libros o internet?							
8	¿Pone en práctica lo que aprende sobre su cuidado?							
9	¿Mantiene su hogar tan limpio como le gusta?							
10	¿Se viste y se arregla como a usted le gusta?							
11	¿Hace cambios en sus comidas para cuidar su peso?							
12	¿Revisa su cuerpo para ver si tiene cambios?							
13	¿Le falta el aire al subir escaleras?							

14	Considerando comidas y bebidas ¿Diría que tiene una alimentación balanceada?							
15	¿Tiene problemas cuando va al baño?							
16	¿Duerme bien?							
17	¿Sus seres queridos valoran su esfuerzo?							
18	¿Tiene tiempo para pasatiempos?							
19	Cuando se da cuenta que enfermó ¿Va al médico?							
20	¿En el día a día siente temor, ansiedad o miedo?							
21	¿Se siente satisfecho con su vida?							
22	¿Le es fácil llevarse bien con nuevas personas?							
23	¿Le cuesta trabajo tomar decisiones?							
24	¿Procura tiempo para buscar actividades que favorezcan su bienestar?							
25	¿Mantiene una alimentación muy saludable?							
26	¿Realiza ejercicio físico de forma regular?							
27	¿Sabe cómo manejar el estrés del día a día?							
28	¿Descansa lo suficiente?							
29	¿Le da suficiente atención a los aspectos que considera más importantes o sagrados en su vida?							
30	¿Se lleva bien con las personas que recién conoce?							
31	¿Considera que una mejora en su estilo de vida le haría bien?							
32	¿Cree que una mejora sería difícil en este momento?							

33	¿Considera que su familia le apoyaría para lograr una mejora?							
34	Recuerde un cambio que haya hecho antes en su vida ¿Cree que ahora podría hacer algo parecido?							
35	¿Se sentiría feliz de lograr una mejora en su estilo de vida?							
36	¿Actualmente se siente comprometido con una mejora en su estilo de vida?							

Lugar y fecha de la evaluación: _____ Nombre y firma del evaluador: _____

¡Agradecemos su valiosa participación!

Anexo 6. (Ejemplo) Dictamen del instrumento: cuestionario sobre autocuidado y autoeficacia percibida en cuidadores primarios en el hogar

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas y marque un puntaje según considere y proporcione su juicio entorno al instrumento evaluado.

Puntaje: 1= Completamente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo, 4= Completamente de acuerdo. **Dictamen:** 1. No aceptado 2. Aceptado con modificaciones mayores 3. Aceptado con modificaciones menores 4 Aceptado sin modificaciones.

N°	Criterios	Preguntas	1	2	3	4	Observaciones
1	Coherencia	¿Las preguntas guardan relación estrecha con las dimensiones de la investigación?					
2	Claridad	¿Considera que la redacción de las preguntas es entendible para quien responderá el instrumento?					
3	Metodología	¿El instrumento elaborado responde al objetivo de la investigación?					
4	Suficiencia	¿La calidad y cantidad de ítems es adecuada para observar el fenómeno estudiado?					
5	Experticia	¿Se aprecia relación entre el fenómeno que busca medir el instrumento y la características del cuidador primario en la comunidad?					
6	Organización	¿Considera que el orden de las preguntas es el adecuado?					
7	Estructura	¿La forma y estructura de las preguntas guarda similitud entre sí?					
8	Actualidad	¿El constructo evaluado es vigente en el campo de conocimientos actuales de la enfermería?					
Dictamen:							

Lugar y fecha de la evaluación: _____

Nombre y firma del evaluador: _____

¡Agradecemos su valiosa participación!