

Mejorando la competencia

para el cuidado del
cuidador familiar





Editorial
UNIMAR

Colección: Resultado de Investigación

Mejorando la competencia para el cuidado del cuidador familiar

Vilma Tamara Ortiz Nieves
Karina Gallardo Solarte
Simón Andrés Giraldo Oliveros



Cuidando A Cuidadores
Grupo de Investigación Crónicos

2018

Mejorando la competencia para el cuidado del cuidador familiar

Autores:

Vilma Tamara Ortiz Nievas
Karina Gallardo Solarte
Simón Andrés Giraldo Oliveros

Editora: Luz Elida Vera Hernández, Editorial UNIMAR

Fecha de publicación: 2018

Páginas: 122

ISBN: 978-958-8579-32-0

Existencias

1 Libro Biblioteca Nacional – Libros (consecutivo)

Mejorando la competencia para el cuidado del cuidador familiar

Autores:

Vilma Tamara Ortiz Nievas
Karina Gallardo Solarte
Simón Andrés Giraldo Oliveros

Entidad editora: Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Fecha de publicación: 2018

Páginas: 122

ISBN: 978-958-8579-32-0

Edición: Primera

Formato: 16x23 cm

Colección: Resultado de Investigación

Materia: Salud

Materia tópico: Enfermería

Palabras clave: competencia para el cuidado, cuidado familiar.

País/Ciudad: Colombia / San Juan de Pasto

Idioma: Español

Menciones: Ninguna

Visibilidad: Página web Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Tipo de contenido: *Mejorando la competencia para el cuidado del cuidador familiar*

© Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

© Vilma Tamara Ortiz Nievas

© Karina Gallardo Solarte

© Simón Andrés Giraldo Oliveros

Universidad Mariana

Hna. **María Teresa González Silva** f.m.i.
Rectora

Graciela Burbano Guzmán
Vicerrectora Académica

Luis Alberto Montenegro Mora
Director Centro de Investigaciones

Luz Elida Vera Hernández
Directora Editorial UNIMAR

Editorial UNIMAR

Luz Elida Vera Hernández

Directora Editorial UNIMAR

Leidy Stella Rivera Buesaquillo

Corrección de Estilo

David Armando Santacruz Perafán

Diseño y Diagramación

Correspondencia:

Editorial UNIMAR, Universidad Mariana
San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, Calle 18 No. 34 – 104
Tel: 7314923 Ext. 185
E-mail: editorialuniar@umariana.edu.co

Depósito Legal

Biblioteca Nacional de Colombia, Grupo Procesos Técnicos, Calle 24, No. 5-60 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Luis Carlos Galán Sarmiento, Congreso de la República de Colombia, Dirección General Administrativa, Carrera 6 No. 8-94 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Central Gabriel García Márquez, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Carrera 45 No. 26-85 Bogotá D.C., Colombia.

Centro Cultural Leopoldo López Álvarez – Área Cultural del Banco de la República de Pasto, Calle 19 No. 21-27 San Juan de Pasto, Colombia.

Biblioteca Rivas Sacconi, Instituto Caro y Cuervo, Sede Centro, Calle 10 No. 4-69 Bogotá D.C. y sede Yerbabuena, Kilómetro 24 autopista Norte Bogotá D.C., Colombia.

Centro Cultural y Biblioteca Julio Mario Santo Domingo, Calle 170 No. 67-51 Bogotá D.C., Colombia.

Parque Biblioteca España, Cra. 33B # 107ª – 100, Medellín, Colombia.

Biblioteca Hna. Elisabeth Guerrero N. f.m.i. Calle 18 No. 34-104 Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia.

Biblioteca Alberto Quijano Guerrero, Universidad de Nariño, Calle 18 Carrera 50, Ciudad Universitaria Torobajo, San Juan de Pasto, Colombia.

Disponible:

Cítese como: Ortiz, V., Gallardo, K. y Giraldo, S. (2018). *Mejorando la competencia para el cuidado del cuidador familiar*. San Juan de Pasto: Editorial UNIMAR.

Las opiniones contenidas en el presente libro no comprometen a la Editorial UNIMAR ni a la Universidad Mariana, puesto que son responsabilidad única y exclusiva de las autoras, de igual manera, éstos, han declarado que en su totalidad es producción intelectual propia, en donde aquella información tomada de otras publicaciones o fuentes, propiedad de otros autores, está debidamente citada y referenciada, tanto en el desarrollo del documento como en las secciones respectivas a la bibliografía.

El material de este libro puede ser reproducido sin autorización para uso personal o en el aula de clase, siempre y cuando se mencione como fuente su título, autores y editorial. Para la reproducción con cualquier otro fin es necesaria la autorización de la Editorial UNIMAR de la Universidad Mariana.

Agradecimientos

Los autores expresan sus sinceros agradecimientos a los pacientes con enfermedad crónica y a sus cuidadores, que con gran amabilidad dedicaron parte de su valioso tiempo para formar parte importante de la presente investigación.

A la Universidad Mariana por el apoyo recibido para el desarrollo de la investigación, desde el Centro de Investigaciones y Publicaciones, bajo la dirección de la PhD. Hermana Marianita Marroquín Yerovi fmi., así como también, la Esp. Yaqueline Elizabeth Ureña Prado, Coordinadora Gestión del Conocimiento - Sector Externo del Centro de Investigaciones; a la Facultad Ciencias de la Salud, Mg. Carlos Hernando Criollo Castro y al programa de Enfermería, la Mg. Claudia Amanda Chaves.

A la Secretaria de Salud Municipal de Pasto por el aporte y acompañamiento durante el proceso investigativo desde el observatorio de crónicas.

Al Hospital Departamental de Nariño y Clínica Nuestra Señora de Fátima, instituciones que dieron su autorización para poder tener acceso a los pacientes y cuidadores de personas con enfermedad crónica, ya que fueron parte fundamental para la implementación del plan de egreso hospitalario.

A la Esp. Fanny Patricia Benavides Acosta, por su valiosa colaboración a lo largo de todo el proceso investigativo, con sus aportes y revisión de la cartilla para cuidadores, la cual contribuirá a dar información necesaria para sobrellevar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.

A las profesoras de la Universidad Nacional de Colombia, Doctora Gloria Mabel Carrillo, nuestra asesora metodológica; Doctora Lorena Chaparro, quien nos dio el aval para el uso de los instrumentos, y a todos los integrantes de la Red latinoamericana de cuidado al paciente crónico y su familia, por permitirnos culminar otro proyecto más dentro de la temática de crónicos.

Contenido

Prólogo	15
Introducción	17
Capítulo 1	
Descripción situacional de las enfermedades crónicas en América Latina y Colombia	22
Estadística sobre enfermedades crónicas Hipertensión y diabetes mellitus reportada en Colombia, discriminadas por Género.	24
Hipertensión Arterial	24
Diabetes Mellitus II	25
Costos generados en Colombia por las enfermedades crónicas en el sistema general de seguridad social en salud SGSSS	26
Factores de riesgo de enfermedades crónicas	27
Plan de egreso hospitalario	30
Fortalecimiento de la competencia para el cuidado en el hogar	39
Análisis situación de la temática del proyecto.	40
Justificación	42
Objetivos	44
Capítulo 2	
Marco metodológico	46
Capítulo 3	
Resultados	54
Caracterización socio demográfica y clínica de los pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II.	55
Nivel de dependencia física de los cuidadores familiares y pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II	61

Valoración cognitiva (Minimental) de los cuidadores familiares y pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II	64
Percepción de carga y apoyo de los cuidadores y pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II	67
Competencia del cuidador familiar de los pacientes con hipertensión y/o diabetes tipos II en el hogar	73
Evaluación del impacto de la intervención pedagógica sobre la competencia del cuidado familiar	80
Análisis en mujeres cuidadoras	82
Análisis en hombres cuidadores	83
Análisis de cuidadores entre los 18 y 44 años	84
Análisis de cuidadores de 45 y más años	85
Análisis de cuidadores de nivel educativo básico	86
Análisis de cuidadores de nivel educativo alto	87
Satisfacción desde el apoyo institucional en el servicio de hospitalización	88
Conclusiones	93
Recomendaciones	94
Bibliografía	96
Anexos	104

Lista de Tablas

Tabla 1.	Conductas a seguir	50
Tabla 2.	Características sociodemográficas de los cuidadores familiares y pacientes con diabetes y/o hipertensión	55
Tabla 3.	Características de las prácticas religiosas cuidadores familiares y pacientes con diabetes y/o hipertensión	60
Tabla 4.	Nivel de dependencia física frente a los factores sociodemográficos y clínicos de los cuidadores familiares y pacientes con diabetes y/o hipertensión	62
Tabla 5.	Nivel de deterioro cognitivo frente a los factores sociodemográficos y clínicos de los cuidadores familiares y pacientes con diabetes y/o hipertensión	64
Tabla 6.	Percepción de carga de cuidadores familiares y pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II	67
Tabla 7.	Único cuidador frente a las características socio demográficas y clínicas de los pacientes	68
Tabla 8.	Percepción de carga como paciente frente a las características socio demográficas y clínicas, Pasto 2017	70
Tabla 9.	Percepción de carga como cuidador frente a las características socio demográficas del cuidador, Pasto 2017	72
Tabla 10.	Nivel de conocimiento del cuidador	74
Tabla 11.	Nivel de unicidad (condiciones personales) del cuidador	75
Tabla 12.	Competencia en los procesos instrumentales y procedimentales cuidador	76

Tabla 13.	Nivel de Bienestar del cuidador	77
Tabla 14.	Anticipación y manejo del riesgo del cuidador	78
Tabla 15.	Relación social e interacción del cuidador con el paciente y la familia	79
Tabla 16.	Mejoría en la competencia del cuidador pos intervención grupo control frente al experimental	80
Tabla 17.	Mejoría en la competencia de las mujeres cuidadoras pos intervención grupo control frente al experimental	82
Tabla 18.	Mejoría en la competencia de los hombres cuidadores pos intervención grupo control frente al experimental	83
Tabla 19.	Mejoría en la competencia de los cuidadores de 18 a 44 años pos intervención grupo control frente al experimental	84
Tabla 20.	Mejoría en la competencia de los cuidadores de 45 y más años pos intervención grupo control frente al experimental	85
Tabla 21.	Mejoría en la competencia de los cuidadores de nivel educativo básico pos intervención grupo control frente al experimental	86
Tabla 22.	Mejoría en la competencia de los cuidadores de nivel educativo alto pos intervención grupo control frente al experimental	87
Tabla 23.	Nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida grupo control y experimental	89
Tabla 24.	Nivel de satisfacción de los usuarios con la educación recibida grupo control y experimental	90
Tabla 25.	Nivel de satisfacción de los usuarios con la infraestructura de la institución de salud grupo control y experimental	91

Lista de Figuras

Figura 1.	Diagrama de cajas de la edad de los pacientes según el diagnóstico médico	59
Figura 2.	Puntaje global competencia del cuidador en grupo control e intervención	80

Anexos

Anexo A.	Matriz operacionalización de variables	105
Anexo B.	Consentimiento Informado	106
Anexo C.	Caracterización de la Diada Cuidador Gcpc-Un-D©	109
Anexo D.	Capacidad del Cuidador para el cuidado	112
Anexo E.	Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica	115
Anexo F.	Perfil pulses: valoración de la funcionalidad y dependencia	117
Anexo G.	Prueba de valoración corta portátil de valoración del estado mental minimal	118
Anexo H.	ZARIT	119

Prólogo

Mejorando la competencia para el cuidado del cuidador familiar es una obra del grupo de investigación crónicas de la Universidad Mariana de Pasto que reporta el proceso investigativo adelantado por docentes para implementar un programa de plan de egreso en cuidadores de personas con enfermedad crónica.

Se retoman todos los elementos conceptuales y metodológicos del macroproyecto *efecto del programa plan de egreso hospitalario en personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares*, consolidado a partir del Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia¹, en el componente de continuidad y seguridad.

Los autores logran reportar evidencia científica que facilita tomar decisiones en salud para generar una política pública que reconozca el desempeño del rol del cuidador en la atención de personas con enfermedad crónica en fases críticas de la transición como son el egreso hospital-hogar, escenario en el que se presentan altas necesidades educativas y de información, soporte y redes sociales, y seguimiento extrahospitalario, entre otras.

En el capítulo 1, se hace un recuento de la descripción situacional de las enfermedades crónicas en América Latina y Colombia, con el reporte epidemiológico de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; se presentan los costos generados por estas condiciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), posteriormente se enfatiza en el plan de egreso como proceso y estrategia central en las instituciones prestadoras de servicios de salud. En el capítulo 2, se presenta el procedimiento y cada una de las fases adelantadas en el proyecto de investigación.

¹ Barrera L, Sánchez B, Carrillo GM, Chaparro L. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. Orinoquia. 2015; 19(1): 89-99

En el capítulo 3, se reportan las características de los participantes del estudio, el nivel de dependencia de los enfermos crónicos, la competencia para el cuidado en el hogar² antes y después de la intervención, con hallazgos que demuestran el efecto del programa en todas las dimensiones (conocimiento, unicidad, instrumental, disfrutar, anticipación, y relación e interacción social). Es de resaltar el alto nivel de satisfacción de los cuidadores con las estrategias pedagógicas utilizadas y la metodología de intervención propuesta por enfermería.

Invito a todos los lectores a consultar esta interesante obra producto de investigación que reitera la importancia que tiene el abordaje del cuidador familiar de personas con enfermedad crónica en escenarios hospitalarios, de igual forma es una ilustración del efecto que tiene la generación de proyectos en Red orientadas a satisfacer las necesidades de cuidado crónico a partir del Modelo de Atención Integral en Salud.

Gloria Mabel Carrillo G. Enf, MsC, Phd.

Profesora Asociada

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Investigador Senior Colciencias.

² Carrillo GM, Sánchez B, Vargas E. Desarrollo y pruebas psicométricas del instrumento CUIDAR- versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(2):222-231

Introducción

“La Enfermedad Crónica es una problemática que ha ido en aumento año tras año y con ello la aparición del cuidador familiar quien deberá estar cuidando a su ser querido, requiriendo ser capacitado para contribuir al restablecimiento y evitar ingresos de la persona enferma”¹. En el estudio realizado por Gallardo et al.¹ sobre Enfermedad Crónica se muestra cómo los cambios en mortalidad corresponden a una transición epidemiológica acelerada, así como las inequidades en salud entre las diferentes regiones del país, las cuales reflejan más esta situación. Estos datos pueden ser proyectados hacia el futuro, en un aumento de la edad promedio y de la prevalencia en cifras de las enfermedades crónicas.

Vivir con una enfermedad de larga duración (reconocida como enfermedad crónica) plantea nuevos retos y adaptaciones en el rol y desempeño en la vida cotidiana de la persona como del cuidador familiar. El cuidador informal es definido como “aquellas personas que no son remuneradas y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios”². Es brindado por familiares, amigos y vecinos. Se diferencian en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos.

Cada uno de ellos deberá adaptarse para afrontar los nuevos retos que les supone el diario acontecer a partir del diagnóstico de una enfermedad crónica, asumir el reto de cuidado a un ser querido requiere de una orientación especial, que contribuya a solventar las dificultades y dudas que surgen cada día; este proceso no se logra de la noche a la mañana,

ya que habrá momentos en que las personas con cronicidad se sientan vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud, su futuro y quienes están a cargo de su cuidado, comparten sus preocupaciones, por lo cual requieren de un apoyo educativo, instrumental y espiritual, que les ayude a tener mejor desempeño y seguridad en el cuidado de su salud, disminuyendo la carga que puedan presentar al desempeñar la labor de cuidador.

En este orden de ideas es necesario capacitar al paciente y con mayor razón al cuidador, quien es el que estará a cargo de todo el proceso de la enfermedad de su familiar; en este sentido es relevante que los cuidadores aprendan aspectos relacionados con la enfermedad que padece su ser querido, para poder contribuir de manera significativa a su recuperación. Por ende, el conocimiento se convierte en su principal aliado para poder ayudar a sobrellevar el padecimiento, evitando recaídas e internación hospitalaria frecuente, permitiéndoles controlar la situación con mayor habilidad y mejorando la calidad de vida del paciente y del cuidador; esta capacitación debe empezar desde el primer contacto con el paciente a nivel institucional, para que cuando regrese al hogar se hayan solventado todas las dudas, y así fortalecer las competencias que puedan tener en relación al cuidado de la cronicidad.

Con la capacitación que reciba el cuidador por parte del personal de enfermería, a partir de la implementación del plan de egreso hospitalario, se posibilitará afrontamiento hacia determinada enfermedad crónica con mayor seguridad y confianza. Logrando que se puedan adaptar paciente y cuidador con mayor facilidad a la adherencia del tratamiento, cuidados, seguimiento dietario, controles, entre otros.

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud³ las investigaciones demuestran que la gran mayoría de las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) no reciben la atención adecuada. Del total de las personas afectadas por ECNT sólo se diagnostica alrededor de la mitad y de esos pacientes, sólo la mitad recibe atención médica. Entre la cuarta parte de las personas con ECNT que sí reciben atención, sólo alrededor de la mitad logra cumplir con los objetivos deseados del tratamiento clínico. De forma acumulativa, sólo 1 de cada 10 personas con condiciones crónicas es tratado con éxito. La Organización Mundial de la Salud⁴ refiere que lo anterior se debe en principio al resultado de una gestión inadecuada, pero también a la falta de acceso a la atención y la existencia de numerosas barreras financieras.



En este sentido, se propuso la realización de una investigación, la cual fue ganadora a la convocatoria Invesunimar, del Centro de Investigaciones de la Universidad Mariana, financiada por la misma, en convenio con la Secretaria de Salud de la Alcaldía Municipal de Pasto; el tema de investigación surgió ante la necesidad de dar apoyo a los cuidadores de familiares con enfermedad crónica, partiendo de los referentes obtenidos en publicaciones e investigaciones realizadas como integrantes de la Red Latinoamericana de cuidado al paciente crónico y a la familia.

En esta oportunidad se pretende plasmar en un libro resultado de una investigación profesoral, la cual abordó el fenómeno de la cronicidad desde el apoyo que las instituciones de salud pueden ofrecer a sus cuidadores, con el fin de contribuir a minimizar las complicaciones, dando instrucciones adecuadas que les permita intercambiar información que contribuya a un cuidado con calidad y calidez desde su hogar; de esta manera, se puede mostrar un mayor impacto a partir de los resultados obtenidos con la intervención del plan de egreso hospitalario; para tal fin se propuso como objetivo: determinar el efecto de la implementación del plan de egreso hospitalario en instituciones de segundo y tercer nivel en un municipio del sur occidente de Colombia, sobre la competencia para el cuidado en el hogar en cuidadores de personas con Enfermedad Crónica (Diabetes e hipertensión arterial); para alcanzar el objetivo fue necesario, caracterizar a la población de estudio: pacientes y cuidadores familiares, como también, medir la competencia para el cuidado del cuidador familiar, haciendo uso de los instrumentos avalados y validados por la Universidad Nacional de Colombia, con previa autorización para su uso.

Con los resultados alcanzados se pretendió apalancar la generación de una política de salud pública que sea de obligatorio cumplimiento, con la finalidad de coadyuvar en el desempeño del rol del cuidador y en la calidad de atención de la institución prestadora de servicios de salud, siendo este un factor de interés para la acreditación institucional.

Para el logro del objetivo propuesto se desarrolló una investigación experimental tipo ensayo clínico aleatorizado, con la finalidad de probar el efecto que tiene la intervención del plan de egreso hospitalario a un grupo de cuidadores familiares de pacientes con Hipertensión Arterial HTA y Diabetes Mellitus II, frente a otro grupo de cuidadores con las mismas características, quienes recibieron la intervención convencional de las instituciones involucradas (grupo control), lo anterior, para comparar



los resultados entre los dos grupos, esta intervención tuvo lugar entre los meses de enero y junio de 2016.

La intervención realizada fue pedagógica, aplicada a cuidadores familiares de pacientes con diabetes e hipertensión, la cual se encontraba contemplada en el plan de egreso hospitalario, mediante el uso de una cartilla, seguimiento telefónico y visitas domiciliarias. Los resultados evidenciaron su fortaleza, demostrando una mejoría de las competencias del cuidador con una confianza del 90 %, siendo el grupo poblacional donde más impactó la estrategia, el de los cuidadores menores de 45 años.

Así mismo, se obtuvo una satisfacción alta por parte de los cuidadores familiares, posterior a la intervención del plan de egreso hospitalario, en cuanto a la amabilidad, preparación, interés, tiempo y utilidad del personal, también con la infraestructura, dotación, trámites, oportunidad y efectividad en la prestación de los servicios.



Capítulo 1

Descripción Situacional de las Enfermedades Crónicas en
América Latina y Colombia

“El proceso de envejecimiento acelerado que están atravesando los países de América Latina y el Caribe impone presiones sin precedentes en el ámbito de los cuidados de largo plazo. En este sentido, el aumento de la demanda de cuidados por parte de la población adulta mayor tiene lugar en un contexto de reducción de la oferta informal de cuidados”⁵

“El hecho de vivir hasta edades más avanzadas es una buena noticia, pero no está exento de desafíos: una de las mayores tensiones se dará en el área de cuidados a la dependencia. A medida que las sociedades envejecen, aumenta la proporción de personas con dificultades para el desarrollo normal de sus actividades diarias y que necesitan de la ayuda y el cuidado de los demás para la realización de las mismas. El desarrollo de enfermedades crónicas y el aumento en la prevalencia de limitaciones funcionales que ocurre como parte del propio proceso de envejecimiento, tiene como consecuencia un incremento en el porcentaje de personas en situación de dependencia, es decir, que requieren ayuda externa para el desarrollo de sus actividades diarias. De esta forma, aumentan las necesidades de cuidado de la población”⁵.

Cuando se habla de enfermedades crónicas es relevante dar una revisión bibliográfica a la situación que rodea esta problemática de salud, en este sentido, según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud “las enfermedades no transmisibles son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico”⁶.

Es así como, “entre 2005 y 2014 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio y aunque siguieron una tendencia decreciente en el tiempo pasando de 166,43 a 146,96 muertes por cada 100.000 habitantes, que significa una reducción de 9,90 %, causaron el 30,08 % (595.289) de las defunciones y el 16,30 % (7.829.481) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)”⁷. Con base en lo anterior, se puede evidenciar que si bien es cierto, el

porcentaje de mortalidad sobre estas enfermedades ha ido en descenso, aún hay mucho por hacer desde la profesión de enfermería, pudiendo lograrse un mayor impacto a nivel social, familiar y en los servicios de salud.

Estadística sobre enfermedades crónicas (Hipertensión y Diabetes Mellitus) reportada en Colombia discriminadas por Género

Hipertensión Arterial.

Esta enfermedad “contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras. La hipertensión rara vez produce síntomas en las primeras etapas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican, a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo”⁸.

“Para el 2008, según la Organización Mundial de la Salud, en Colombia la prevalencia de tensión arterial alta (tensión arterial sistólica ≥ 140 o tensión arterial diastólica ≥ 90) en adultos mayores de 25 años fue de 34,3 % en hombres y de 26,5 % en mujeres, muy similar a la estadística del grupo de países de ingresos medianos altos, donde la prevalencia fue de 35,3 % para hombres y de 28,3 % para mujeres”⁷. “De acuerdo con cifras de la Cuenta de Alto Costo; al registro de la población BDUA, con corte a junio 30 de 2015; a reportes ASIS - ERC y Precursoras; y la bodega de datos del Sistema de Información de la Protección Social, Sispro, consultada 12 de mayo 2017, se estima que en Colombia, para el 2015, la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años afiliados al SGSSS se encontraba en 7,23”⁹.

En Colombia,

“Las enfermedades hipertensivas causaron el 10,47 % (62.297) de las muertes en este grupo y su comportamiento fue incremental, pasando de 15,48 a 17,77 muertes por cada 100.000 personas. Las enfermedades cerebrovasculares se ubicaron en el segundo lugar de frecuencia de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, causando el 20,93 % (64.196) de las defunciones de hombres y el 10,78 % del total de muertes en el grupo de causas. Su tendencia fue decreciente durante el periodo mostrando una reducción en las tasas ajustadas del 19 % en términos relativos y de 7,75 muertes menos por cada 100.000 hombres en términos absolutos.

En tercer lugar, las enfermedades hipertensivas fueron responsables del 9,64 % (29.552) de los decesos por enfermedades del sistema circulatorio en

hombres, equivalentes al 4,96 % del total de muertes en el grupo de causas. Las tasas ajustadas tendieron al incremento pasando de 15,99 a 17,56 durante el periodo, lo cual se traduce en tasas ajustadas un 22 % más alta para 2014”⁷.

Con relación a las mujeres las enfermedades cerebrovasculares se ubicaron en el segundo lugar de frecuencia de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio causando:

“El 26,16% de las defunciones de mujeres, equivalente al 12,68 % del total de muertes. Su tendencia fue decreciente durante el periodo mostrando una reducción del 23 % pasando de 9,10 muertes menos por cada 100.000 mujeres. En tercer lugar, las enfermedades hipertensivas fueron responsables del 11,35 % de los decesos por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres y aportaron el 5,50 % del total de muertes, tendiendo al incremento pasando de 15,02 a 16,32 casi un 1% más alta para 2014”⁷. “La prevalencia de la hipertensión presenta una tendencia decreciente en la región desde 1975. Sin embargo, sus valores todavía son relativamente altos, en particular entre los hombres, llegando al 30% en la población mayor de 18 años en algunos países, según estimaciones de la OMS (2015)”⁵.

Diabetes Mellitus II.

“La diabetes es otra de las enfermedades crónicas que ha venido en aumento en ALC en las últimas décadas, a tal punto que en algunos estudios se habla de una ‘epidemia de diabetes’ en la región. La enfermedad es responsable del 7 % de la carga de enfermedades total en la región entre la población de 60 años y más. El 15 % de las personas en este rango de edad sufren de diabetes, con prevalencias que son levemente mayores en los hombres que en las mujeres”⁵; además, se encontró que la diabetes ocupó el tercer lugar, causando: “12,58 % de los decesos en el grupo de hombres, equivalente al 6,27 % del total de muertes en el grupo de las demás causas. Durante 2005 y 2014 las tasas ajustadas decayeron en un 24 %, correspondiente a 4,84 muertes menos por cada 100.000 hombres”⁷. Con respecto a las mujeres la diabetes mellitus ocupó el segundo lugar, causando el “16,58 % de los decesos en este grupo, equivalente al 8,31 % del total de muertes. Durante 2005 y 2014 hubo un decremento en un 27 %, correspondiente a 6,24 muertes menos por cada 100.000 mujeres; para el último año alcanzó un valor de 16,58”⁷.

“En el mundo se estima que 347 millones de personas tenían diabetes para 2013 y se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas por esta causa. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de

mortalidad en 2030. Según la Organización Mundial de la Salud para 2008, en Colombia la prevalencia de hiperglucemia en ayunas (≥ 126 mg/dl o está tomando medicamentos para tratar la hiperglucemia) en adultos de 25 o más años fue de 6,7 % en hombres y de 6,1 % en mujeres, siendo más bajas que las del grupo de países de ingresos medianos altos, que alcanzaron valores de 10,4 % y 10,3 %, respectivamente”7.

“De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud del 2007 en Colombia la prevalencia de diabetes referida por entrevista fue de 3,51 %. Los departamentos con las prevalencias más elevadas fueron: Boyacá, Guaviare, Cundinamarca, Quindío y Santander. Se estima que para 2013 el 5,1 % de la población afiliada mayor de 45 años tenía diabetes mellitus. El 1,41 % (8.936) de las personas diagnosticadas con esta enfermedad eran menores de 30 años, el 6,39 % (40.499) tenía entre 30 y 45 años y el restante 92,20 % (584.662) eran mayores de 45 años”7.

Costos generados en Colombia por las enfermedades crónicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

“De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia había un total 2.827.129 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, para una prevalencia calculada en servicios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado de 6,4 personas por cada 100 afiliado. La tendencia se mostró al incremento durante el quinquenio 2009-2013, con prevalencias en servicios de salud más alta en las mujeres que en los hombres; la brecha entre sexos alcanzó la mayor diferencia relativa en el 2013, cuando el 62,42 % de los casos se presentó en las mujeres, alcanzando una prevalencia en servicios de salud un 75 % mayor que en los hombres”10.

“Durante este periodo la prevalencia en servicios de salud de hipertensión en mujeres afiliadas se incrementó en un 35 %, mientras tanto, en los hombres aumentó en un 25 %. Se estima que para 2013 el 19,3% de la población afiliada mayor de 45 años tenía hipertensión arterial. Las prevalencias en servicios de salud más altas tanto en mujeres como en hombres se presentaron en Risaralda, Valle del Cauca y Antioquia (0,09 y 0,06, respectivamente, en todos los departamentos), aunque no hay evidencia estadísticamente significativa que indique que la prevalencia en servicios de salud es diferente a la nacional en ningún departamento; el nivel de confianza es del 95 %”10.

“Con relación a la morbilidad atendida, el 65,71 % de las atenciones se prestó por enfermedades no transmisibles. La proporción de personas que

recibieron atenciones es un 59 % mayor en las mujeres que en los hombres, con un 61,37 % y un 38,63 %, respectivamente. En mujeres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 67,14 % del total de las atenciones prestadas en este sexo, En hombres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 63,18 % del total de las atenciones prestadas en este sexo”7.

El Ministerio de Salud y Protección Social⁷ al hacer un análisis por grupos de edad encontraron que en la adultez, alrededor de los 27 a 59 años, las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 71,20 % de la demanda, lo cual representa una razón de 11,85 atenciones por persona; con respecto a las personas mayores de 60 años, las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 82,13 % de la demanda, lo cual representa una razón de 19,18 atenciones por persona; la mayoría de los departamentos de Colombia siguen el mismo orden nacional en la frecuencia de atenciones por enfermedades no transmisibles.

Esta situación es preocupante, ya que cada año hay una mayor proporción de adultos mayores que incrementarán la demanda de servicios de salud, en particular de aquellos relacionados con las enfermedades crónicas, que son por lo general los más costosos, tanto en términos de recursos físicos como humanos, esto requiere de cuidadores prioritariamente familiares para hacer frente a las enfermedades crónicas; cuidadores que a su vez tendrán que ser capacitados para un mejor resultado con respecto a la competencia que deben adquirir para un desempeño de su rol, esto será responsabilidad prioritaria del profesional de enfermería.

Factores de riesgo de enfermedades crónicas.

Es importante reconocer que las enfermedades crónicas pueden ser prevenidas evitando factores de riesgo que lleven a padecerlas; de esta manera, por medio de campañas de prevención se pretenderá dar apoyo eficiente en los servicios de salud para contribuir a la disminución de la carga que trae consigo dichas enfermedades.

Con respecto a los factores de riesgo que conllevan a enfermedades crónicas, se encuentra la Obesidad, la cual:

“En Colombia según la Ley 1355 del 2009 ‘define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención

y prevención, que prioriza las intervenciones en el consumo de alimentos, dada su relación con la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles'. 'La Organización Mundial de la Salud OMS, en la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, aprobada en mayo del 2004, se refiere a la Alimentación Saludable como aquella que cumple con las siguientes características: 1) Lograr un equilibrio energético y un peso normal 2) Limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituye las grasas saturadas por grasas insaturadas y trata de eliminar los ácidos grasos trans 3) Aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos 4) Limitar la ingesta de azúcares libres 5) Limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consume sal yodada”⁷.

En este orden de ideas, es preponderante destacar lo encontrado por la Encuesta Nacional de Salud Nutricional (ENSIN) 2015, sobre la población de jóvenes y adultos de 18 a 64 años:

“Las responsabilidades de la adultez afectan en muchos casos la alimentación, dedicándole poco tiempo, consumiendo más alimentos procesados y menos comidas preparadas en casa. La oferta de alimentos procesados, frituras y dulces, así como una vida sedentaria, propician el desarrollo de obesidad muchas veces asociada a deficiencias nutricionales. Uno de cada tres jóvenes y adultos tiene sobrepeso (37,7 %), mientras que uno de cada cinco es obeso (18,7 %). En este sentido, el 56,4 % de la población presenta exceso de peso, lo que significa un incremento de 5,2 puntos porcentuales con respecto al 2010. La obesidad es más frecuente en las mujeres (22,4 %) que en los hombres (14,4 %). Aproximadamente la mitad de los adultos colombianos realiza 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos semanales de actividad vigorosa o fuerte, como lo recomienda la OMS. Cuatro de cada diez mujeres y seis de cada diez hombres atienden esta medida de prevención”¹¹

Lo anterior demuestra que, los factores generadores de enfermedades crónicas van en aumento; a la vez se reporta que hubo un sustancial aumento de población adulta con exceso de peso, donde paso de 51,2 % en 2010 a 56,4 % en 2015; en 2010 el 40,6 % de la población consumía más del 65 % de las calorías provenientes de los carbohidratos¹⁰. “En la ENSIN 2010 se afirma que el 10 % de la población consume arroz o pasta tres veces o más en el día y el 5 % consume pan, arepa o galletas con esta misma frecuencia; el 27 % consume tubérculos y plátanos dos veces al día; y el 57,4 % consume azúcar, panela o miel tres veces o más en el día. Por su parte, el consumo diario de frutas y verduras es bajo, y el consumo diario de hortalizas y verduras es muy bajo”¹².

Estos resultados son consecuentes con el incremento actual del sobrepeso y la obesidad en el país, siendo este un factor que conlleva a la aparición de hipertensión arterial y diabetes.

En Colombia en 2015 se encontró que el exceso de peso en adultos fue mayor en el género femenino con un 59,5 % en comparación con el masculino con un 52,7 %; además, la obesidad presenta un mayor porcentaje en el grupo afrodescendiente, sin diferenciar la región¹³. La obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido un incremento desde el 2005 – 2015, encontrando en estos últimos periodos que el sobrepeso y la obesidad en la población han aumentado con una prevalencia en 2010 de 20 % más que en 2005, pasando de 13,70 a 16,50; y para el año 2015 de 18,7 casos por cada 100 personas. Además, cabe mencionar que la obesidad es un 75 % mayor en mujeres que en hombres, con un 19 % mayor en el área urbana que en la rural, un 11 % mayor en las personas que se reconocen como afro comparado con el grupo de los otros, y finalmente, es un 26 % mayor en las personas sin ningún nivel educativo. En 2010 la prevalencia de obesidad para las mujeres entre 15 y 49 años fue un 24 % mayor que en 2005, la obesidad es más frecuente en los adultos entre 53 y 64 años¹⁰.

Con respecto a los hábitos nutricionales de la población colombiana, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Nutricional (ENSIN) ¹⁰, por cada 100 personas entre 5 y 64 años, 67 consumen frutas diariamente, siendo mayor el consumo en hombres que en mujeres, destacándose el consumo en el área urbana más que en el área rural.

Otro de los factores de riesgo destacados con la presencia de HTA es el consumo de alcohol, según estudios realizados⁷, los efectos nocivos del consumo de alcohol ha permitido documentar alteraciones hepáticas, como la cirrosis, y otras alteraciones a nivel del sistema digestivo, como el cáncer bucal, de esófago, así como alteraciones a nivel del sistema cardiovascular.

En Colombia el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2011, realizado en población escolar, evidenció que: “es un problema real, que viene en aumento y que en la amplia variedad de sustancias usadas se destacan no solo las drogas ilícitas sino también el alcohol y el tabaco”¹⁴; la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 12 años y no se encuentran diferencias por género; el 87,07 % de

los encuestados declaró haber consumido alcohol alguna vez en la vida, siendo mayor el consumo en hombres que en mujeres, el consumo de alcohol se hace más fuerte en edades comprendidas entre 18 a 24 años, seguido en edades comprendidas entre 25 a 34 años¹⁴.

Además, según el Ministerio de Justicia y del Derecho¹⁵ determinó que la prevalencia de consumo de alcohol es más frecuente en los estratos altos, la edad media de inicio en consumo de alcohol de la población en general es de 16 años para los hombres y de 18 años para las mujeres. Se considera que el 31% de las personas entre los 12 y 65 años que lo consumen, lo hacen de manera riesgosa o perjudicial.

Con respecto al consumo de tabaco hay un 71 % mayor de prevalencia en hombres que en mujeres, la edad de inicio de consumo de tabaco, en promedio es a los 17 años, el consumo es mayor en las personas entre 18 y 34 años y las prevalencias más altas están en los estratos 2 y 3¹⁵. En este orden de ideas, se puede observar que los factores de riesgo que pueden desencadenar enfermedades crónicas no transmisibles están presentes desde edades tempranas, sin distinción de género y estrato, aunque prevalecen unos por encima de otros; de ahí la importancia del acompañamiento educacional a la comunidad para evitar la aparición de enfermedades crónicas, aún más cuando hay incremento de población longeva.

En cuanto a la actividad física, la cual es considerada como factor protector:

“De acuerdo con los datos de la ENSIN, en Colombia, el 53,50 % de las personas entre 18 y 64 años que residen en zonas urbanas cumplen con las recomendaciones de actividad física. En hombres, la prevalencia es un 37 % más alta que en las mujeres; por cada 100 personas, 17,4 hombres más cumplen las recomendaciones que las mujeres.

Por encima del 50 % de las personas entre 18 y 54 años con primaria o más educación cumplen con las recomendaciones de actividad física; así mismo, el porcentaje de las personas que realizan actividad física es un 15 % mayor en el nivel superior de educación que en los que no tienen ningún nivel educativo. La prevalencia de actividad física para la etnia indígena es de 55,50 %, lo cual indica que 1,9 personas hacen actividad física más por cada 100 personas entre 18 y 64 años que en el grupo de otras etnias y 3,7 más que en la población afro¹⁷.

Plan de egreso hospitalario

Después de este breve recorrido por los factores de riesgo que conllevan a la aparición de las enfermedades crónicas es determinante reconocer



la importancia que tiene la implementación de un plan de egreso institucional, que contribuya al manejo de la enfermedad crónica cuando éstas aparecen. Para una persona con Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) el plan de transición y egreso o de alta hospitalaria es un esquema sistemático y documentado que orienta su cuidado y precisa los detalles necesarios, para que se haga un tránsito armónico entre los servicios del hospital y su hogar. En este proceso se debe tener en cuenta al cuidador familiar o a quien cumpla con el rol de cuidador, para proporcionarle información sencilla y completa sobre lo que pasa con el paciente en el hospital, instruirlo y orientarlo; asimismo, el apoyo de ese cuidado en los diferentes servicios de la institución debe estar proyectado al cuidado en el hogar.

“Según un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) titulado «Home care in Europe: the solid facts», los factores responsables del crecimiento exponencial de personas que van a necesitar atención domiciliaria en Europa en un futuro próximo son numerosos, especialmente por la elevada longevidad, que ha provocado un significativo incremento de las enfermedades crónicas, y por la complejidad de los tratamientos instaurados en el domicilio. Todo ello, junto con la ruptura del modelo familiar tradicional y los movimientos migratorios de población joven dentro de Europa y un largo etcétera de factores sociales, culturales, demográficos y epidemiológicos, condiciona dos hechos ampliamente reconocidos por todos: cada vez más personas necesitan atención domiciliaria y cada vez hay más grupos de pacientes muy complejos que precisan una atención especializada¹⁶.”

En muchas ocasiones quienes están a cargo de estas personas son los familiares, los cuales ejercen la labor de cuidador, por tanto, requieren de capacitación para ser competentes en su nuevo rol, para ello, es fundamental el aporte que pueden obtener desde un plan de egreso institucional.

“En los últimos años se han creado alternativas a la hospitalización convencional y programas de seguimiento post-alta o de atención a largo plazo. Los diferentes programas se han desarrollado en distintos ámbitos pero con escasa implementación en la actividad asistencial o con resultados contradictorios, debidos principalmente a la tipología de paciente, a las diversas modalidades de intervención y/o al tipo de profesionales involucrados en cada caso. Todo ello, junto con el miedo de algunos profesionales a romper barreras y la falta de soporte económico para su implantación extensiva, hace que a día de hoy el problema no esté resuelto, y que la puerta de entrada al sistema de salud en



una fase aguda siga siendo el servicio de urgencias de los grandes hospitales y el lugar donde es tratado el paciente siga siendo el hospital a través del ingreso”¹⁶.

En este sentido, según Barrera et al.¹⁷, es necesario que las instituciones de salud adopten un plan de egreso hospitalario, el cual contribuirá a la sociedad en general, ya que ésta suministrará apoyo a los pacientes y cuidadores familiares para hacer una transición adecuada y con seguridad desde el hospital hasta el hogar, previniendo complicaciones de salud y posibles reingresos debido al desconocimiento del manejo de la patología de su ser querido en el hogar; así mismo este plan de egreso o alta hospitalaria contribuirá a disminuir los costos que genera los reingresos de los pacientes por complicaciones, a su vez despejan los servicios para pacientes nuevos que requieren de manejo e internación por su estado de salud. “En 1984 surgió el plan de alta en enfermería en Estados Unidos. Éste fue incluido dentro del sistema Medicare con el propósito de reducir los costos del sistema de salud, por lo que este se extendió rápidamente a Europa y América Latina. En México existen pocos estudios sobre el plan de alta en enfermería, por lo que es necesario evaluar la trascendencia y el impacto de su aplicación”¹⁸

“Actualmente en el mundo, las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte y de discapacidad precoz y llevan a realizar cambios en el estilo de vida de la persona que la padece, en su familia y en su entorno. Estas transformaciones en su cotidianidad generan un gran impacto social, económico, familiar, emocional y cultural, que interfieren en el proceso de salud-enfermedad; por ello, como parte de las actividades de los profesionales de enfermería, es necesario hacerles un seguimiento a estas personas en su hogar, a fin de tenerlas en cuenta como seres integrales y hacer partícipes de este cuidado a sus familiares. El acompañamiento que brinden los trabajadores de la salud, en este caso de enfermería, debe iniciarse desde cuando la persona ingresa a la institución de salud, con el fin de brindar orientaciones y recomendaciones para que el cuidado en casa sea acorde con la situación específica de cada paciente y para que en el momento del egreso hospitalario el cuidador tenga los conocimientos suficientes con los cuales apoyar al paciente en el hogar”¹⁹.

En este sentido, en México se realizó un estudio acerca del *plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios*, donde se evidenció que su aplicación contribuye con el derecho que tienen los pacientes de estar informados, además del impacto en los reingresos hospitalarios; concluyendo que:

“La aplicación del plan de alta en enfermería es una de las formas para fomentar el autocuidado y la reintegración del paciente a la sociedad, ya que nos proporciona una visión completa, rápida y veraz del estado de salud del paciente, así como de los cuidados enfermeros que requiere. El plan de alta en enfermería es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo. Según L. Carpenito, el plan del alta de enfermería es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y asistencia social antes y después del alta del paciente”¹⁸.

Pinzón²⁰ propone que la información requerida por la persona enferma debe responder adecuadamente a las necesidades generadas por su enfermedad, para que se prevengan recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, facilitando así, la práctica del autocuidado que derive de una vida sana y plena. Por ende, la importancia que radica en la implementación y evaluación de la efectividad de un plan de egreso hospitalario en las instituciones de salud.

Para que el plan de alta tenga éxito se requiere que se refuerce la información, es decir, entregarla de forma oral y escrita, de tal forma que el paciente pueda remitirse a ella cuantas veces sea necesario, además de usarla como guía para su autocuidado; asimismo, es importante involucrar a la familia cuando se realiza las recomendaciones al paciente, debido que los cuidadores familiares van a requerir de apoyo y guía para poder continuar con la labor en casa.

Por tal motivo:

“La comunicación enfermera-paciente es fundamental, ya que permite la interacción individual. Las enfermeras aclaran las dudas del paciente cuando ellas efectúan las recomendaciones al momento de su egreso y verifican que la información haya sido captada correctamente. Esto aporta nuevos conocimientos y actitudes al paciente y/o familiar sobre su estado de salud. A pesar de ello, más de 50% de los profesionales de enfermería no documenta el plan de alta en el expediente clínico en el apartado de enfermería. Cincuenta y seis por ciento del personal de enfermería sugiere que es necesario implementar el plan de alta en las instituciones como documento legal, por lo que es necesario hacer una mayor difusión de aquél y hacer más investigación al respecto. Treinta y seis por ciento considera necesario realizar guías o formatos donde se incluyan nemotecnias del plan de alta. Al preguntarle al personal de enfermería cuál sería el impacto que tiene la aplicación del plan de alta, 90%

de los profesionales percibe que se disminuiría el número de quejas, reingresos hospitalarios y sobre todo de complicaciones”¹⁸.

“En relación con su impacto, se menciona que las medidas que han demostrado evitar los reingresos hospitalarios son la aplicación del plan de alta, la educación al paciente, el seguimiento del mismo y la prevención de iatrogenias durante el ingreso previo”¹⁷. La aplicación del plan de alta en enfermería es una de las formas para fomentar el autocuidado y la reintegración del paciente a la sociedad, ya que proporciona una visión completa, rápida y veraz del estado de salud del paciente, así como de los cuidados enfermeros que requiere. Por ello, es necesario que tanto las escuelas y facultades de enfermería incluyan el plan de alta de enfermería dentro de los programas de estudio, siendo esta una herramienta fundamental para dar continuidad a los cuidados de enfermería y así, evitar en la medida de lo posible los reingresos hospitalarios, disminución de quejas y complicaciones.

Lo anterior se ve justificado:

“Según la Organización Mundial de la Salud (2013), en los últimos años, se ha generado una alarma mundial por el incremento de la enfermedad crónica no trasmisible (ECNT), en especial, en los países en desarrollo. Estas enfermedades son complejas, se prolongan en el tiempo y, por lo general, demandan apoyos de cuidado; quizá por ello, día a día se ha enfatizado más en la necesidad de ofertar a los pacientes un cuidado seguro, continuo e integral. El Plan de transición y de egreso hospitalario, restringido por algunos al plan de alta hospitalaria, es una expresión de este tipo de cuidado que adquiere relevancia en este contexto y, en particular, cuando en los sistemas de salud, a nivel mundial, el incremento del costo institucional presiona el paso de servicios de mayor a menor complejidad y de la institución al hogar, sin que exista la preparación adecuada para asumir esta responsabilidad de cuidado”²¹.

“La competencia para el cuidado en el hogar hace parte de los aspectos indispensables en la valoración de personas con enfermedad crónica, con el fin de determinar las necesidades sobre las que se deben orientar los planes de transición y el seguimiento extra hospitalario. Sin embargo, precisar los aspectos y/o dimensiones que debe contener dicha valoración se ha considerado una tarea difícil sin que existan directrices claras al respecto y se evidencia una transición con apoyo insuficiente”²².

“Un estudio, realizado con un grupo de cuidadores donde la enfermera le brindó educación sobre el cuidado en el hogar al egreso hospitalario,

concluyó que dicha acción aumenta la preparación de cuidadores y la satisfacción de sus necesidades”²³. Por otro lado, atendiendo los parámetros propuestos por Sánchez et al., quienes señalan que “el cuidado crónico debe cumplir con los atributos de acceso, seguridad, continuidad, fortalecimiento de la propia capacidad y uso de las tecnologías apropiadas para su soporte, esta revisión permite evidenciar la brecha entre la situación actual y la deseada, recordando que un sistema de salud que cuenta con madurez es aquel que atiende, de manera idónea, a las personas con enfermedad crónica”²¹. Las investigaciones hechas en referencia a revisiones de literatura dan a conocer que muchos estudios señalan la falta de lineamientos, claridad e incentivos para adelantar el plan de egreso; otros estudios presentan el desarrollo de instrumentos que respaldan la valoración y medición dentro del plan de egreso; otros aportan a la definición de las características básicas que debe tener un plan de egreso, pero en general, las revisiones hechas demuestran con claridad la efectividad del plan de egreso para el cuidado continuo, seguro e integral de los pacientes y sus familias²¹.

Sánchez et al.²¹, a través de la revisión bibliográfica de varios autores sobre el tema en cuestión, abarcan los factores que rodean el proceso de egreso en una unidad de cuidado intensivo, de lo cual reportan que pocas unidades tienen descrito cómo hacerlo y que la ausencia de una clara directriz se asocia con una mayor mortalidad; de igual manera, identificaron los motivos de readmisión hospitalaria de 4.101 pacientes con problemas cardíacos y en especial cómo se presenta la transición entre el cuidado del hospital y el de la comunidad, estos hallazgos señalan un 24,7 % de pacientes readmitidos, en los que los planes de egreso varían sin tener una directriz claramente establecida.

Por lo anterior, se hace necesario realizar un plan de alta bien estructurado y completo que asegure resultados contundentes y satisfactorios. Dentro del estudio realizado por Sánchez et al.²¹, se examinó cómo ocurren en la práctica los esfuerzos de planeación del cuidado continuo, para lo cual entrevistaron a ocho enfermeras mientras éstas cuidaban a sus pacientes, de lo cual se determinó que las expectativas que tienen las enfermeras del progreso de los pacientes, guían su enseñanza y que en la práctica diaria la instrucción al egreso es de carácter específico más que institucional, asimismo, el estudio señala que las enfermeras no tienen y deben adquirir la competencia para adelantar un plan de egreso; desde este punto de vista el plan de egreso es un proceso informal que debe ser cualificado.

Por su parte, Rhudy et al.²⁴, desarrollaron un estudio cualitativo, en el cual revisaron cómo toman las decisiones las enfermeras con relación al plan de egreso de los pacientes y cómo perciben su rol en este campo; asimismo, se señaló que la identificación de necesidades particulares se asociaba a su capacidad de comunicación y a su propia competencia en la toma de decisiones. Esta investigación concluyó que el plan de egreso se concibe como algo importante, pero es necesario determinar los roles y las formas precisas de comunicación

Sánchez et al.²¹, a partir de su trabajo en la atención de pacientes ambulatorios sometidos a diferentes procedimientos diagnósticos, señala que el cuidado en casa es muy complejo, por lo cual, el plan de egreso adquiere cada día más importancia. Según este estudio: “las instrucciones de salida, su propósito, la definición de las metas de estas instrucciones y planes, la consideración de los obstáculos para comprender la instrucción, la necesidad de revisarla y la pertinencia de los impresos de las instrucciones de salida, deben ser abordadas para generar un plan adecuado”²¹.

En este sentido se puede afirmar que el plan de egreso se ha convertido en un problema central que se debe tener en cuenta y darle pronta respuesta por parte de las entidades de salud.

“En la medida en que los profesionales del área de la salud comprenden la importancia de dicho plan de egreso, se podrán disminuir las readmisiones, los costos del servicio, el estrés para los pacientes y mejorar la continuidad del cuidado”²¹. Frente a los instrumentos utilizados en el plan de egreso, a su vez Sánchez et al.²¹ refiere un estudio donde aplicaron el *Cuestionario de egreso de Kenner* para mirar la experiencia parental con niños recién nacidos. “Este test estandarizado en idioma inglés, que demostró ser válido y confiable en la revisión de las experiencias de los padres con el cuidado y el soporte social. Su aplicación permitió identificar las necesidades de información de los padres, sus roles, el nivel de estrés, el tipo de afrontamiento y los soportes o interacciones que requieren para asumir las responsabilidades de cuidado”²¹.

Además, los autores Bobay et al.²⁵, realizaron un estudio con pacientes que tenían orden de salida, por ello, ejecutaron un cuestionario de preparación para el cuidado en casa, que incluyó: la escala de calidad de educación al dar de alta (*Quality of Discharge Teaching Scale*) y la escala de preparación para el alta hospitalaria (*The Readiness for Hospital Discharge Scale*), para determinar las diferencias en las percepciones de la calidad en

la educación del egreso y el grado de preparación para el alta hospitalaria y su relación con el reingreso a urgencias y la readmisión hospitalaria.

Los hallazgos del estudio de Bobay et al.²⁵, reflejan: 1) la necesidad de valoración antes de la salida, 2) una asociación entre el nivel de preparación para el alta hospitalaria y la edad en donde la herramienta resulta predictiva, 3) Las herramientas utilizadas mostraron ser válidas y confiables, desarrollaron y validaron la lista de chequeo para el cuidado continuo (CCC), con el fin de apoyar a las enfermeras, revisando de una manera sencilla el cuidado de pacientes de ortopedia. El diseño asumió que las enfermeras abordarían la continuidad de la información de la relación y del manejo; para ello, se tomaron 77 pacientes en el grupo muestra y en el grupo control y se entrevistaron a 12 enfermeras. Las intervenciones con los pacientes mostraron un incremento significativo en la percepción de suministro de información, en el compromiso de los cuidadores informales con el egreso, la comunicación entre el hospital y las agencias de cuidado comunitario. Esta resultó ser una herramienta práctica para asistir a las enfermeras en la cualificación sistemática del cuidado continuado de pacientes ortopédicos.

Dentro de las características que debe tener un plan de egreso se hace un llamado a la importancia de tener una “comunicación clara y concisa, cuando se cambia de escenario a un paciente, quien requiere saber todos los detalles de su cuidado, para atender sus necesidades en ese momento de transición de alta complejidad”²¹. También es relevante detectar las necesidades de los pacientes y los cuidadores. Sánchez et al.²¹ refieren que los pacientes con frecuencia salen para su casa con planes de egreso complejos que les puede resultar imposibles de acatar. En tal sentido, el implementar una capacitación para adquirir la competencia de la educación de salida puede llevar a los pacientes a disminuir la tasa de readmisión hospitalaria y de mortalidad.

Del mismo modo, se da a conocer la experiencia multidisciplinaria referenciada por Sánchez et al.²¹ obtenida en 16 instituciones con respecto a las necesidades de información que requiere el tránsito seguro; de esta manera, a los informantes se les solicitó describir sus necesidades de información y sus experiencias con las transferencias de los pacientes, de lo cual se determinó que, se requiere: 1) una transferencia de información integrada y orientada a las metas, 2)

control de la complejidad clínica y de la falta de procesos de trabajo sistemático con retroalimentación, 3) mejora de la dinámica de confianza en la interdependencia y acciones interrelacionadas.

Asimismo, es importante “basarse en el modelo de déficit del autocuidado de Orem, contar con instrumentos estandarizados, comunicación electrónica, mayor educación y entrenamiento para superar los problemas de la comunicación y garantizar la continuidad en el cuidado en el hogar”²¹. En este sentido, Sánchez et al.²¹, hace referencia sobre los razonamientos que respaldan el desarrollo de una cartilla de egreso como herramienta informativa sobre la cirugía neurológica de columna para apoyar a las familias en la transición entre el hospital y la casa. Los autores encontraron que ésta es vista como útil por parte de los cuidadores, y también ayuda a abordar los asuntos que afectan a la familia en su capacidad de cuidado antes de que salgan del hospital.

Vargas y Fernández²³ describen un modelo para la implementación de un Programa del Alta Hospitalaria Programada (PAH) en el servicio de cirugía, donde se señala que es necesario realizar una valoración de las necesidades del paciente, tanto al momento del ingreso como en el egreso, para elaborar el plan de intervención; de esta implementación se generan múltiples beneficios, entre ellos: “una preparación oportuna, promoción del autocuidado del paciente por parte de la familia, una coordinación con la red externa de salud y la reubicación oportuna de los usuarios con problemas sociales, así como una agilización de los trámites administrativos”²³.

A su vez, Sánchez et al.²¹, referencian los cinco elementos del modelo de cuidado en la transición que se deben tener en cuenta para que éste sea exitoso, frente al manejo de medicamentos: “1) Mejorar el conocimiento del paciente y su familia sobre los medicamentos antes de salir, 2) Suministrar al paciente listas de medicamentos amigables, 3) Seguimiento luego del alta con llamada telefónica, 4) Agendar visitas de seguimiento antes del alta, y 5) simplificar el régimen médico post hospitalario”²¹.

Por ello, es importante tener en cuenta que el concepto de continuidad de cuidado es multidimensional, donde se abarque las necesidades de paciente, para llegar a acuerdos sobre los posibles contenidos necesarios que den soporte al cuidado continuo.

De la misma manera, Sánchez et al.²¹, referenció un estudio con pacientes con falla cardíaca, donde se optó por las prácticas basadas en la evidencia para educar a los pacientes; para tal fin, diseñó e implementó un curso en línea sobre falla cardíaca, además, los pacientes hospitalizados recibieron una visita de 1 hora hecha por enfermeras clínicas, en la cual se enseñaron técnicas de autocuidado, el manejo de medicamentos, el peso diario, síntomas de alarma y cómo cumplir con las citas de seguimiento. Se hizo además un seguimiento telefónico para reforzar la educación, estas medidas lograron que los pacientes con egreso bajaran su readmisión de 35 % a 18 %.

A partir de los estudios mencionados se evidencia la importancia de tener en las instituciones un plan de egreso para los pacientes, donde se incluya a los cuidadores, como personas de gran relevancia para el mantenimiento de la salud de las personas con ECNT, ya que son ellos quienes estarán a cargo en la cotidianidad de controlar, vigilar y estar al tanto de que se cumplan con las recomendaciones dadas por el médico y los profesionales de salud, por tal motivo la capacitación dentro del plan de egreso contribuirá a aumentar la competencia del cuidado en estas personas.

Fortalecimiento de la competencia para el cuidado en el hogar

“La competencia para cuidar en el hogar es la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con enfermedad crónica o su cuidador familiar para ejercer la labor de cuidar en el hogar”²⁶ Aunque existen instrumentos que se han consolidado en otros escenarios para orientar o medir el plan de egreso y ellos se enfocan en características de seguridad y continuidad, ninguno de estos aborda la competencia para el cuidado desde una perspectiva integral, en la que se evidencien otras dimensiones relacionadas con la vivencia de la situación de cronicidad, que van a ser determinantes en la adherencia del usuario al plan. Tampoco se identifican instrumentos disponibles para este propósito con pruebas psicométricas en idioma español.

Atendiendo a este requerimiento, en el marco del programa: *Disminución de la Carga de la Enfermedad Crónica en Colombia*, se desarrolló un instrumento para valorar la preparación y disposición con la que cuenta la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar, de acuerdo a la situación identificada en la vivencia de cronicidad en el contexto local. El instrumento está compuesto por 6 dimensiones que permiten identificar la preparación y disposición para desempeñar el rol de cuidado en el hogar, tanto del paciente como del cuidador familiar, las cuales son:

“Bienestar: permite reconocer el grado de bienestar que se tiene para comprender cómo se asume la responsabilidad del cuidado en casa. Se indagan aspectos básicos de la vida cotidiana, así como la satisfacción personal relacionada con la calidad de vida percibida.

Unicidad (condiciones personales): son las características tanto internas como de personalidad, base fundamental para que se afronte de una u otra forma la enfermedad crónica y el rol como persona enferma o cuidador. De estas condiciones se conciben todas aquellas formas y herramientas con las que se cuenta para hacer frente a problemas, retos y desafíos, así como mecanismos de afrontamiento para superarlos de la mejor manera.

Relación e Interacción Social: se refiere a las relaciones sociales así como las redes de apoyo primarias y secundarias que se tienen y hacen parte del diario vivir, que se constituyen como factores que favorecen el fortalecimiento de la labor de cuidado.

Conocimiento: se refiere a los nociones e ideas respecto a la enfermedad y las terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, las indicaciones especiales de la terapéutica, manejo de dispositivos y equipos durante el egreso del paciente, así como el conocimiento de las actividades a realizar propias de la cotidianidad tales como baño, vestido, alimentación, deambulaci3n, entre otras.

Anticipaci3n: se incluye en esta dimensi3n las nociones e ideas que se tienen pensando en anticiparse a todas aquellas necesidades que pueda presentar la persona con enfermedad cr3nica en un futuro, la planeaci3n ante la ocurrencia de un evento inesperado, la preparaci3n para un examen y la identificaci3n de riesgos.

Instrumental: corresponde a las habilidades y destrezas, así como las competencias para realizar las labores de cuidado, que incluyen la administraci3n de medicamentos, satisfacci3n de necesidades b3sicas de la vida diaria como alimentaci3n, eliminaci3n, deambulaci3n, ba3o y vestido”²⁷

Análisis situaci3n de la temática del proyecto

El perfil epidemiol3gico y las tendencias asociadas a factores de riesgo proyectan para Colombia y Am3rica Latina un aumento de las enfermedades cr3nicas no transmisibles como repercusiones y consecuencias para todos los sectores de la sociedad. Desde la experiencia de cronicidad se evidencia que son varios los actores involucrados y afectados por la situaci3n, entre ellos: personas que cursan con la enfermedad, cuidadores familiares, profesionales del área de la salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Sin embargo, la carga de la enfermedad cr3nica en Colombia solo se ha determinado a partir de indicadores epidemiol3gicos que aunque reportan la magnitud del problema no evidencia la situaci3n de los actores involucrados, ni las líneas de acci3n sobre las cuales se deben generar propuestas de intervenci3n que tengan impacto para la poblaci3n colombiana. Por otro lado, aunque existen estrategias desarrolladas por diversas entidades y sectores para abordar la problemática, no se han documentado, ni se han validado y tampoco reflejan el impacto y la efectividad de la disminuci3n de la carga de la enfermedad cr3nica; carga que con la ayuda de profesionales de la salud puede verse disminuida, logrando mediante un plan de egreso una relevante contribuci3n a la calidad de vida de las personas y el fortalecimiento de la competencia para el cuidado.

El plan de egreso/alta hospitalaria es un aspecto fundamental dentro del quehacer del equipo de salud en las instituciones, que permite que los pacientes y cuidadores logren llegar a su hogar con la seguridad de saber cómo desarrollar el cuidado. Es necesario para los pacientes con enfermedades cr3nicas por cuanto estos reciben excesivos lineamientos para su cuidado y se enfrentan a terapéuticas muy complejas.

Para la instituci3n, un plan de transici3n y egreso hospitalario es un proceso organizado, de forma tal que oriente el cuidado continuo y seguro de los pacientes que reciben los servicios al interior o a trav3s de la instituci3n, y que deben velar por su salud dentro y fuera de ella, con el fin de evitar complicaciones y reingresos hospitalarios. En general, la implementaci3n de un plan de egreso con adecuados procesos de acompa3amiento y seguimiento de los pacientes con enfermedades cr3nicas y sus cuidadores familiares debe reflejar indicadores de impacto institucional a mediano y largo plazo.

Dentro del contexto colombiano existen algunos mecanismos de apoyo para que los pacientes y sus cuidadores manejen su cuidado, pero no se reporta en la literatura disponible alguna experiencia que tenga este proceso de implementaci3n de egreso y alta hospitalaria, organizado y evaluado para el manejo de pacientes con enfermedades cr3nicas, por lo que corresponde entonces, a las instituciones de salud de referencia y líderes del sector establecer el programa, determinando su viabilidad y utilidad para la instituci3n misma y para el resto del pa3s. Lineamientos de este estilo han demostrado ser fundamentales en relaci3n con la carga del cuidado de la enfermedad cr3nica no trasmisible en el mundo.

Justificación

Es de gran importancia dar a conocer lo planteado por Colciencias²⁸ en: “la planeación estratégica para orientar la investigación en salud se remonta a la creación del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, en 1991. Actualmente esta planeación se sintoniza con los lineamientos de la Política Nacional de Fomento a la Investigación y la Innovación ‘Colombia Construye y Siembra Futuro’, y apunta a que la investigación en salud en Colombia produzca conocimiento que aporte al mejoramiento de la salud, de las condiciones de vida, de la equidad, del desarrollo social y por tanto económico de las regiones y poblaciones”²⁹.

Por lo anterior, se justifica la realización de la presente investigación en la medida que contribuye de manera significativa al bienestar de las personas, y de las instituciones de salud, las cuales estarán en capacidad de dar una mejor atención a los usuarios.

Según lo requerido por el PNCTS, se pretende dar respuesta y direccionar la investigación en salud de la región, para que, “contribuya a disminuir la carga de enfermedad del país; estimular la producción del conocimiento en redes que articulen y potencien las capacidades [regionales]; implementar un proceso sistemático y permanente de priorización y jerarquización que supere los ejercicios aislados en el tiempo; mejorar las capacidades para lograr la inclusión progresiva y creciente de investigaciones en salud pública, en Políticas y Sistemas de Salud”²⁹.

Para conseguir lo anteriormente enunciado se debe conocer el perfil epidemiológico y las tendencias asociadas a factores de riesgo, las cuales proyectan para Colombia y América Latina un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles como repercusiones y consecuencias para todos los sectores de la sociedad. Desde la experiencia de cronicidad se evidencia que son varios los actores involucrados y afectados por la situación: personas que cursan con la enfermedad, cuidadores familiares, profesionales del área de la salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Según Rosselli et al., “la distribución por edad de la población colombiana ha mostrado una reducción de la población infantil, con un aumento de los adultos, particularmente los adultos mayores”³⁰, quienes padecen enfermedades isquémicas del corazón y tienen una morbimortalidad atribuible a enfermedades crónicas, dentro de las cuales “la enfermedad cardiovascular es la principal causa atribuible de muerte en los colombianos”³⁰. Esta problemática es una de las causas

de la transición epidemiológica acelerada, con un aumento de la edad promedio y de la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Por otra parte, el DANE da a conocer la pirámide poblacional de 2011, que en Colombia se clasifica como una estructura poblacional de tipo estable, sin embargo, se puede observar que la base de la pirámide tiene una pequeña reducción que podría deberse a una disminución de la natalidad, asociada a la reducción de la población en la edad productiva, la zona superior de la pirámide del grupo de 70 años o más mantienen su forma, con un aumento del envejecimiento acorde al proceso de transición poblacional, unido a este evento surgen las enfermedades crónicas, dentro de ellas la hipertensión y la diabetes.

A nivel del municipio de San Juan de Pasto según lo reportado por el observatorio de enfermedades crónicas de Pasto (2015)³¹, la proporción de defunciones por enfermedades crónicas frente a otras causas es de 1.833; se destaca la prevalencia de hipertensión esencial por auto reporte en el año 2011 en un 23,7 % y por diabetes mellitus la prevalencia es del 7,1 %

En el departamento de Nariño la hipertensión arterial “el 12,3 % de población entre los 18 a 69 años refirió haber tenido diagnóstico médico de hipertensión arterial alguna vez con un promedio del 11,5 % (promedio nacional); y el 8,4 % refirió haber sido diagnosticada como hipertensa en dos o más consultas (8,8 % promedio nacional)”³².

Con respecto a la diabetes mellitus:

“El 2,8% de la población de ese grupo de edad y que reside en la subregión refirió haber sido diagnosticada como diabética por un médico (3,5 % promedio nacional). El 0,9 % de la población fue diagnosticada como diabética y consume medicamentos para el control de su enfermedad (1,8 promedio nacional). El 0,9 % de la población ha sido diagnosticada como diabética y ha recibido instrucción sobre ejercicios para mejorar su salud (1,6 % promedio nacional). El 0,5 % de la población ha sido diagnosticada como diabética y ha asistido a consulta de nutrición como parte de su atención (0,8 % promedio nacional)”³².

Por lo anterior, se vislumbra la gravedad del asunto y la necesidad de intervenir, tanto en las personas con enfermedad crónica como en sus familiares, con el fin de contribuir a mejorar el bienestar de la población e implícitamente en la disminución de los costos de las instituciones de salud.

Desde el punto de vista profesional, el plan de transición y egreso es una: “guía estandarizada que debe tener establecidos unos pasos

secuenciales, organizados y previamente definidos para el cuidado integral y seguro de los pacientes al interior y al salir de la Institución”²³³ con garantía de continuidad terapéutica.

En cuanto al cuidador familiar, el plan de egreso o alta hospitalaria busca fortalecer la competencia para el cuidado, brindar soporte para asumir su responsabilidad, mejorar su calidad de vida y capacidad de autocuidado y evitar la carga innecesaria. Así mismo, permitirá que la actuación profesional responda a las necesidades y expectativas del usuario y garantice mayor seguridad en el cuidado.

Así mismo, el plan de egreso es un mecanismo obligatorio y una estrategia de intervención, en la que el profesional de salud debe garantizar el derecho del paciente a un cuidado seguro, el apoyo al cuidador familiar y la respuesta institucional a parámetros de calidad que garantice que el cuidado que reciben sus pacientes y cuidadores sea exitoso dentro y fuera del ámbito hospitalario.

En general, la implementación de un plan de egreso con adecuados procesos de acompañamiento y seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas y sus cuidadores familiares debe reflejar indicadores de impacto institucional a mediano y largo plazo en aspectos, tales como: mejor calidad de vida, mayor seguridad en el cuidado, menos riesgos y complicaciones innecesarias, mayor continuidad y adherencia a las terapéuticas. Lineamientos de este estilo han demostrado ser fundamentales en relación con la carga del cuidado de la enfermedad crónica no trasmisible en el mundo.

El programa es pertinente y novedoso por que abordará el plan de egreso/alta hospitalario como un aspecto fundamental dentro del quehacer del equipo de salud en las instituciones, que permitirá que los pacientes y cuidadores logren llegar a su hogar con la seguridad de saber cómo desarrollar el cuidado.

Objetivos

Objetivo General. Determinar el efecto de la implementación del plan de egreso hospitalario en instituciones de segundo y tercer nivel en un municipio del sur occidente de Colombia, sobre la competencia para el cuidado en el hogar del cuidador de persona con EC (HTA, Diabetes).

Objetivos Específicos.

- Caracterizar a las personas con Diabetes y/o Hipertensión y a los cuidadores familiares.
- Determinar la competencia de cuidado que tienen los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en instituciones de segundo y tercer nivel en un municipio del sur occidente de Colombia pre y pos intervención plan de egreso.
- Determinar la satisfacción del usuario en el grupo experimental y control.

Operacionalización de variables: (Anexo A)

Variable independiente: implementación del plan de egreso hospitalario.

Variable dependiente: efecto sobre la competencia para el cuidado en el hogar de la persona con EC (Diabetes) y su cuidador familiar.



Capítulo 2

Marco metodológico

Se realizó un estudio experimental tipo ensayo clínico aleatorizado, con la finalidad de probar el efecto que tiene la intervención del plan de egreso hospitalario a un grupo de pacientes con HTA y Diabetes mellitus II, A frente a otro grupo de pacientes con las mismas patologías, quienes recibieron la intervención convencional de las instituciones involucradas (grupo control), con el fin de comparar los resultados entre estos dos grupos, los cuales se hallaban en hospitalización entre enero y junio de 2016.

El estudio pretende dar respuesta al planteamiento de dos hipótesis principales, las cuales son:

Ho. El plan de egreso no mejora la competencia del cuidado los cuidadores familiares.

Ha. El plan de egreso mejora la competencia del cuidado en los cuidadores familiares.

- La aplicación de la intervención se realizó a los cuidadores familiares de pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión y/o diabetes mellitus II que hayan sido hospitalizados entre enero y junio de 2016 en dos instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad del municipio de Pasto; quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, como: ser cuidadores de personas hospitalizadas por complicaciones derivadas de la patología de estudio diabetes y/o hipertensión; diagnosticada entre las edades de 50 a 80 años; procedentes de la zona urbana; persona mayor de edad; que responda por la mayor parte del cuidado de la persona con enfermedad crónica hospitalizada; con vínculo de parentesco o cercanía con la persona enferma, excluyendo aquellos cuidadores críticos.

Para la muestra se realizó un muestreo aleatorio estratificado, según capítulo de enfermedad de base, periodo de la enfermedad; la muestra fue calculada con un error estándar del 6 % y una prevalencia (p) del 22 % correspondiente a hipertensión (hipertensión Pasto), para brindar el mayor tamaño muestral y un nivel de confianza del 95 %, y un aumento

del 10 % por deserción en el estudio, para un total de muestra de (n=126 pacientes), con sus respectivos cuidadores.

Para el proceso de selección de las personas con enfermedad crónica y los cuidadores familiares se realizó el siguiente procedimiento:

- Rutina de visita programada por día a los servicios de hospitalización donde se encontraban personas con enfermedad crónica y los cuidadores familiares.
- Convocatoria a los cuidadores familiares para la presentación del proyecto.
- Verificación de criterios de inclusión de los participantes.
- Aplicación del consentimiento informado (verbal y escrito). (Anexo B).
- Al finalizar la jornada de rutina de visita programada, se elaboró una lista de asignación de muestra, tanto para grupo experimental y grupo control, con sus respectivos cuidadores.

Los instrumentos utilizados fueron aprobados para su uso en la investigación por parte de la Universidad Nacional- Programa para disminución de la carga de la enfermedad crónica en Colombia, los cuales fueron:

- **Caracterización de la Diada Cuidador:** persona con enfermedad Crónica GCPC-UN-DC: Instrumento propuesto por el grupo de cuidado de enfermería al paciente crónico, cuenta con 12 ítems que exploran aspectos sociodemográficos del paciente, como del cuidador, aspectos asociados al tiempo de la enfermedad crónica, el número de horas que requiere para su cuidado, redes de apoyo, relación con la persona que lo cuida, perfil PULSES del paciente que mide el grado de funcionalidad, estado mental del paciente (Prueba Test SPMSQ- MINIMENTAL) (Anexo C).

- **Para la medición de la competencia para el cuidado:** El instrumento de “capacidad del cuidador para el cuidado” desarrollado por el Grupo de Cuidado de enfermería al Paciente Crónico; este instrumento se elaboró con base en las taxonomías NOC (*Nursing Outcomes Classification*) relacionadas con la preparación para el cuidado por parte del paciente con enfermedad crónica y cuidador familiar. Por tanto, cuenta con la versión paciente con enfermedad crónica y la versión

cuidador familiar. Consta de 20 ítems que se miden con una escala Likert. El instrumento contiene 6 subescalas, así: bienestar, condiciones personales, interacción y relación personal, conocimiento, predictiva ítems y procedimental e instrumental. (Anexo D).

- **Encuesta de satisfacción**

El instrumento fue propuesto por el Grupo de cuidado de enfermería al paciente crónico, en el año 2013 en el marco de la Investigación: *Programa para la Disminución de la Carga de la Enfermedad Crónica en Colombia*. El instrumento contiene variables de satisfacción con los cuidados, con la educación en salud, con la calidad en el servicio prestado y con el nivel de fidelización de la persona con el servicio. El instrumento cuenta con 6 ítems en la variable nivel de satisfacción con los cuidados, 5 ítems en la variable nivel de satisfacción con la educación en salud, 5 ítems de la variable nivel de satisfacción con la calidad del servicio prestado y 3 ítems de la variable fidelización con la institución. (Anexo E).

- **Pulses:** Instrumento que permite medir el grado de funcionalidad y dependencia del paciente, consta de 6 ítems los cuales se valoran con puntuaciones que van de 1 a 4 cuando la persona es funcional, la escala marca números más pequeños, y cuando es dependiente marca números más altos, la escala incluye una interpretación de dificultad con el cuidado, qué señala baja disfunción de 6 a 8 puntos, media disfunción o dependencia de 9 a 11 puntos y alta dependencia del cuidador de 12 en adelante, que significa dependencia total (Anexo F).

- **Prueba de valoración corta portátil de valoración del estado mental minimal:** Prueba que se aplica para identificar el nivel de función mental del paciente, que consta de 10 preguntas, clasificando al paciente con intacta función mental cuando comete de 0 a 2 errores, alteración intelectual mínima de 3 a 4 errores, alteración intelectual moderada de 5 a 7 errores, y alteración intelectual severa de 8 a 10 errores. (Anexo G).

- **Zarit:** Instrumento para medir la carga que tiene el cuidador, consta de 22 preguntas donde sus respuestas van en puntuación desde 1 nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces, 4 bastantes veces y 5 casi siempre. La sumatoria de las puntuaciones permite clasificar al cuidador como no sobrecarga (puntuaciones menores de 46), sobrecarga leve (de 47 a 55 puntos), y sobrecarga intensa (mayor a 56 puntos). (Anexo H).

Plan de intervención - Plan de egreso Grupo Experimental

Para la intervención se dividió a los cuidadores en dos grupos, así: Grupo experimental, quienes participaron en el estudio en tres momentos, uno en la medición inicial, donde se les aplicó los instrumentos de caracterización, pulsos, Zarit, minimental, satisfacción con la institución y competencia para el cuidado; el segundo momento cuando se realizaron las sesiones de intervención, mediante la ayuda de una cartilla debidamente validada por expertos, la cual se convirtió en el instrumento clave para la capacitación del cuidador, en dicha cartilla se encontraban aspectos claves del cuidado en el hogar, tanto para hipertensos como diabéticos, haciendo alusión a la parte de cuidados; dentro de la cartilla también se encontraban números de teléfono claves para que pudieran tener acceso ante cualquier duda, posterior al egreso de los pacientes, se hizo seguimiento telefónico y visitas domiciliarias con la finalidad de verificar si la información quedó clara y solventar dudas que hayan surgido en el transcurso de los días; el domicilio es la última visita donde se aplicó el instrumento de medición final y los instrumentos de competencia para el cuidado, lo cual permitió evidenciar los resultados obtenidos post intervención, el periodo de intervención y recolección de información fue de seis meses.

Con respecto al Grupo control, el tiempo que participó en el estudio fue en dos momentos, una en la medición inicial y otra en la medición final, a quienes se les realizó el diligenciamiento y se les aplicó los mismos instrumentos que al grupo experimental, y posteriormente la intervención institucional convencional antes de su egreso.

Tabla 1. *Conductas a seguir*

Conducta	Responsable	Soportes
Educación	Investigadores y coinvestigadores	Material educativo Disponible: cartilla validada por el paciente y equipo de salud
Seguimiento Telefónico	Investigadores y coinvestigadores	Línea telefónica y visitas domiciliaria

Fuente: Grupo del cuidado de enfermería al paciente crónico, Universidad Nacional de Colombia.



La información recolectada en el trabajo de campo fue digitalizada en el software Microsoft Excel 2010®, en una plantilla prevalidada por medio de la función “validación de datos”, donde se evaluó la calidad de la digitación de una de cada cinco encuestas, por medio de la concordancia entre lo físico con lo digital; una vez consolidada la base de datos de cada uno de los tres instrumentos (caracterización de la diada, los cuidadores competencia del cuidador y satisfacción con el servicio) se procedió a realizar el análisis, por medio de tablas dinámicas de Microsoft Excel 2010® y los análisis bivariados con el software SPSS 22.

Para dar cumplimiento al primer objetivo se realizó un análisis univariado de cada uno de los ítems de la diada, evaluando la composición sociodemográfica, clínica, el nivel de dependencia física, el deterioro cognitivo y la percepción de sobrecarga de cuidadores y pacientes, empleando para ello tablas con las frecuencias absolutas y relativas, además se realizó un análisis bivariado tomando como variables de respuesta el nivel de dependencia física, el nivel de deterioro cognitivo y la percepción de sobrecarga, asociado a factores sociodemográficos y clínicos en pacientes y cuidadores, evaluando la asociación por medio de la prueba de Chi cuadrado.

En conformidad con el segundo objetivo se realizó un análisis univariado del nivel de competencia pre y pos cuidador familiar de los pacientes crónicos, tanto del grupo experimental como del grupo de control, posteriormente, se creó una variable que indicaría si entre la medición pre y pos había una mejoría en el nivel de competencia del cuidador (1=mejoro, 0= no mejor), esto se evaluó entre grupo control y experimental, segmentando los análisis por grupo de edad, sexo y nivel educativo, analizando la diferencia y la razón de riesgo de la mejoría en la competencia de los cuidadores familiares.

Para el análisis de la satisfacción de los usuarios, tanto de grupo experimental, como del grupo de control se realizaron análisis univariados de los niveles de satisfacción presentados en tablas y figuras de frecuencias absolutas y relativas

Control de errores y sesgos. Los investigadores realizaron una capacitación al personal que hace parte del grupo encargado de aplicar la intervención del programa plan de egreso hospitalario. Una vez captada la muestra para la de intervención fueron utilizadas las unidades de hospitalización de los usuarios, así como un salón dentro de la institución



con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación, para una buena concentración de los participantes, además se realizó un control de calidad en el proceso de captura de la información y de digitación por parte de los investigadores en calidad de supervisores de campo.

Posibles riesgos y dificultades. Para la medición de la competencia del cuidador familiar en intervención se presentaron dificultades en la ubicación de los cuidadores, debido a la movilidad y al cambio de números de contacto de las unidades muestrales, por lo anterior, se debió realizar una búsqueda activa de datos de contacto de los mismos, iniciando en el hospital Departamental, la Clínica Fátima y posteriormente en la Secretaría de Salud de Pasto, donde se evaluó en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a qué Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) se encontraban afiliados y activos para hacer la solicitud de información, hasta lograr la ubicación de todos los cuidadores.

Capítulo 3

Resultados

Caracterización socio demográfica y clínica de los pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II

Tabla 2. Características sociodemográficas de los cuidadores familiares y pacientes con diabetes y/o hipertensión

Características clínicas y sociodemográficas	N	Pacientes		Cuidadores	
		%	N	%	
Institución	CLINICA FATIMA	38	30,2 %	38	30,2 %
	HUDN	88	69,8 %	88	69,8 %
Dx Médico	DM2	21	16,7 %	-	-
	HTA	80	63,5 %	-	-
	DM2 + HTA	25	19,8%	-	-
Tiempo con la enfermedad (años)	0 a 4 años	25	19,8 %	-	-
	5 a 9 años	31	24,6 %	-	-
	10 o más años	70	55,6 %	-	-
Género	Femenino	83	65,9 %	90	71,4 %
	Masculino	43	34,1 %	36	28,6 %
Grupo de edad	18 a 29	0	0 %	16	12,7 %
	30 a 44	0	0 %	48	38,1 %
	45 a 54	21	0 %	27	21,4 %
	55 a 64	24	35,7 %	20	15,9 %
	65 y más	81	64,3 %	15	11,9 %
Lugar de residencia	Rural	24	19,0%	22	17,5 %
	Urbano	102	81,0 %	104	82,5 %
Estado civil	Casado-unión libre	63	50,0 %	78	61,9 %
	Separado-viudo	38	30,2 %	39	31,0 %
	Soltero(a)	25	19,8 %	9	7,1 %
Ocupación	Empleado(a)	7	5,6 %	27	21,4 %
	Estudiante			3	2,4 %
	Hogar	79	62,7 %	40	31,7 %
	Otros	31	24,6 %	22	17,5 %
	Independiente	9	7,1 %	34	27,0 %

Nivel de escolaridad	Ninguno	14	11,1 %	3	2,4 %
	Primaria	84	66,7 %	47	37,3 %
	Bachillerato	20	15,9 %	45	35,7 %
	Técnico	3	2,4 %	10	7,9 %
	Universitario	5	4,0 %	21	16,7 %
Estrato	1 y 2	109	86,5 %	104	82,5 %
	3 a 5	17	13,5 %	22	17,5 %
Total		126		126	100 %

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Antes de comentar sobre los resultados obtenidos en la investigación es pertinente mencionar que siete de cada diez pacientes fueron captados en hospitalización del Hospital Universitario Departamental de Nariño, y los demás de la Clínica Fátima. Entre los pacientes, la mayoría refirió tener hipertensión arterial como enfermedad de base o precursora de la complicación afectando más del 80 % de los pacientes, más de la mitad reportaron que llevaban con la enfermedad un tiempo superior a los 10 años; en general la mayoría de los pacientes captados fueron mujeres, con edades que pasaban los 65 años de edad, residentes en la zona urbana, casadas o en unión libre, dedicadas a labores del hogar, con nivel educativo de básica primaria y de estratos 1 y 2; al evaluar los cuidadores se encontró que la mayoría fueron mujeres, entre los 30 y 44 años, residentes en la zona urbana, casados(as) o en unión libre, dedicados(as) a labores del hogar, con nivel educativo de básica primaria o secundaria, de los estratos 1 y 2. (Ver Tabla 2).

Los resultados antes mencionados coinciden con diversos estudios, como el realizado en Villavicencio por Aponte et al.³⁴ el cual encontró que el 78,89 % de 142 participantes fueron mujeres, el grupo de edad más relevante fue el de 31 a 50 años; así mismo, en esta investigación se encontró que los cuidadores tienen un grado de escolaridad bajo, con estudios de primaria completa o incompleta. Otro estudio realizado en Cartagena, por Herrera et al.³⁵, afirma que los cuidadores en su mayoría están casados o viven en unión libre, se dedican a actividades del hogar o

trabajo formal y pertenecen a estrato 1; lo anterior evidencia un problema estructural de pobreza y bajo nivel educativo de los cuidadores, lo cual interfiere en el cuidado de los pacientes con enfermedad crónica.

Entre los pacientes captados en hospitalización se encontró que, la condición crónica más prevalente fue la hipertensión arterial, esto es contrario a lo existente en otros estudios, los cuales indican que el riesgo cardiovascular se agrava cuando el paciente es hipertenso y diabético; sin embargo, al analizar estos datos en profundidad se estableció que los pacientes hipertensos eran en promedio mayores que los diabéticos, lo cual está comprobado por la historia natural de la enfermedad, que a mayor edad, mayor riesgo cardiovascular³⁶

Los pacientes fueron en su mayoría mujeres 65,9 % (83), esto coincide con lo que se ha establecido en diversos estudios y encuestas nacionales (Ministerio de la protección social 2007)³⁷ donde se ha encontrado mayor prevalencia en la enfermedad y el acceso a servicios en salud para la atención de condiciones y complicaciones crónicas, en las mujeres frente a los hombres; a nivel internacional en un estudio realizado en España en 2011, de los pacientes participantes el 68 % fueron mujeres y 32 % fueron hombres, evidenciando que al igual que la presente investigación la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas son de sexo femenino.

El 64,3 % (81) de los pacientes tenían entre 65 y 74 años de edad, en el estudio de las enfermedades crónicas es bien conocido cómo el incremento de la edad es un factor de riesgo para estas enfermedades³⁸; lo anterior se apoya en diversos estudios, como el de Zavala y Whetsell³⁹ que muestra cómo entre los pacientes crónicos más del 70 % son personas por encima de los 48 años; o el estudio de Guarín et al.⁴⁰, donde el 68% de los pacientes crónicos, superan los 60 años de edad. Por su parte Pinzón y Carrillo⁴¹ en su estudio encontraron que el género predominante en la población fue el femenino con el 76,4 %, el 63,6 % de los cuidadores se encuentra en un rango de edad de 36 a 59 años; el 50,8 % educación media completa e incompleta.

De igual forma, otros estudios, como el de Islas et al.⁴², reportan en porcentaje, que las personas quienes cuidan de los pacientes son: el 32,6 % esposa, 32,6 % hija y el 13 % esposo; respecto a la escolaridad la investigación de Benítez y Carreño⁴³ reporta el 27,4 % tienen una escolaridad de bachillerato incompleto, dato que coincide con los resultados de este trabajo.

En cuanto a la edad y el género, Barrera et al., refieren que “los hombres son más apoyados por sus esposas, que a la inversa. Es preciso recordar que la mujer tiende a casarse con una persona mayor que ella y tiene más expectativa de vida, lo que afecta en muchos casos el nivel de apoyo que genera y el que recibe la pareja según el género”⁴⁴,

En relación a las variables sociodemográficas de los pacientes crónicos, “los pacientes son adultos mayores de 60 años, con bajos niveles de escolaridad, de procedencia urbana, estrato socioeconómico bajo y muy bajo, y cuya ocupación es el hogar”⁴⁵. Otro estudio realizado por Barrera et al.⁴⁶, reportó que en comparación con las edades de los pacientes y de los cuidadores, sobresalen edades menores en cuidadores frente a la edad que tienen los pacientes.

Por otra parte, en el estudio realizado por Bautista y Zambrano⁴⁷, el 77,8 % (98) de los pacientes reportó un nivel educativo bajo (entre analfabetismo y básica primaria), lo anterior confirma lo encontrado en 2014, donde un estudio que evaluó la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Pasto reportó que predominó el nivel educativo de básica primaria; otros estudios en Colombia reportan que el 48 % y el 51,6 % de los pacientes solo terminaron la primaria;), lo anterior confirma que prevalece un bajo nivel educativo entre los pacientes crónicos, combinación que puede aumentar la probabilidad de no lograr la expectativa de vida esperada de los pacientes a causa de complicaciones relacionadas.

El 81 % (102) de los pacientes reside en el área urbana, lo cual es confirmado por estudios desarrollados en Pasto y otras ciudades de Colombia, donde el 88 % refirió vivir en la zona urbana, adicionalmente estudios desarrollados en varias zonas de Colombia, sobre competencias para el cuidado de pacientes crónicos reflejaron una residencia predominantemente urbana⁴⁸, lo anterior se explica por el fenómeno industrial que llevó a la gente del campo a las ciudades en busca de empleo cambiando en todo el territorio nacional en las últimas décadas la estructura demográfica.

Así mismo, el 50 % (63) de los pacientes refirieron estar casados o en unión libre; en Pasto-Colombia, un estudio sobre calidad de vida en diabéticos tipo 2 reportó una cifra similar, con un 54 %; en la ciudad de Cúcuta un estudio también sobre calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2 encontró cifras similares con un 59,9 %; además, estudios

realizados en otras zonas del país como la Amazonia, Andina, Caribe y la Orinoquia reportaron entre 40 y 60 % pacientes casados o en unión libre; sin embargo, la región pacífica reportó solo un 29,5 % en el que la mayoría de los pacientes crónicos de la presente investigación puede fortalecer el acompañamiento familiar y por tanto sus cuidados. El 62,7 % (79) de los pacientes refirieron que su ocupación eran las labores del hogar; en Colombia en 2015 un estudio sobre competencia en el cuidado de pacientes crónicos en el hogar dio a conocer que la mayoría de los pacientes en cada región se dedican al hogar, en la región Amazonia el 52,8 %, en la región Andina el 50,9 %, en la región Caribe el 81,8 %, en la región Orinoquia el 61,8 % y en la región Pacífico el 57,6 %⁴⁸.

En cuanto al estrato socioeconómico bajo (1 y 2) 86,5 % (109) predominó en los pacientes de la presente investigación, lo cual coincide con lo reportado en otros estudios del país, donde la suma de estos estratos aproxima entre el 70 y 90 %. El 55,6 % (70) de los pacientes refirieron llevar 10 años o más con la enfermedad, lo cual refleja que es una población de alto riesgo, dado que el tiempo con la enfermedad es un factor que implica posibles complicaciones en órgano blanco.

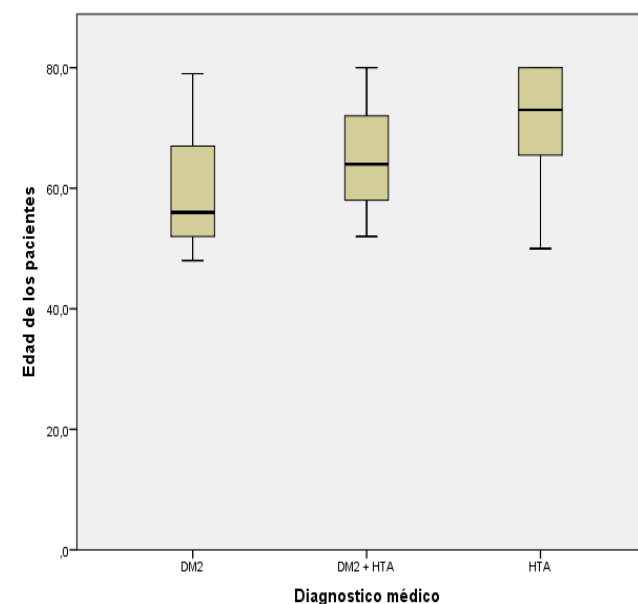


Figura 1. Diagrama de cajas de la edad de los pacientes según el diagnóstico médico.

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

La variabilidad de las edades de los pacientes captados en hospitalización fue similar entre los diagnósticos médicos, sin embargo, el nivel o el promedio de la edad presentó cambios de acuerdo a los diagnósticos, siendo mayor la edad promedio en los pacientes solo hipertensos; en segundo lugar estuvieron los pacientes con diabetes e hipertensión, y por último, los pacientes que solo tenían diabetes quienes fueron los más jóvenes (Ver Figura 1).

Tabla 3. Características de las prácticas religiosas cuidadores familiares y pacientes con diabetes y/o hipertensión

Prácticas religiosas	N	Pacientes		Cuidadores	
		%	N	%	
Religión	Católica	105	83,3 %	108	85,7 %
	Budismo	1	0,8 %	1	0,8 %
	Cristiana	7	5,6 %	8	6,3 %
	Evangélica	5	4,0 %	0	0,0 %
	Ministerial de Jesucristo	1	0,8 %	1	0,8 %
	Pentecostés	2	1,6 %	2	1,6 %
	Protestante	1	0,8 %	0	0,0 %
	Testigo de Jehová	3	2,4 %	3	2,4 %
	Ninguna	1	0,8 %	3	2,4 %
Nivel de compromiso religioso	Alto	76	60,3 %	62	49,2 %
	Medio	37	29,4 %	21	16,7 %
	Bajo	13	10,3 %	43	34,1 %
Total		126	100,0 %	126	100 %

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Entre los pacientes encuestados se encontró que practican ocho religiones diferentes, siendo la católica la de mayor volumen de feligreses con más del 80 % de los pacientes y el 15,9 % refirió practicar otra religión. La mayoría de los pacientes reportaron un nivel

de compromiso alto con su religión. Entre los cuidadores se encontró que practican siete religiones diferentes, siendo la católica la de mayor volumen de feligreses con más del 80 %, y el 11,9 % refirió practicar otra religión; mientras que el 2,4 % dijo no practicar ninguna religión, el 83,3 % refirió tener un nivel de compromiso, entre medio y alto. (Ver Tabla 3).

Al igual que esta investigación, Carreño y Chaparro⁴⁹ en Colombia realizaron un estudio investigativo en 5 regiones del país, donde los participantes eran cuidadores de personas con enfermedades crónicas, los resultados que reportó este estudio frente a la religión de estos individuos fueron los siguientes: el 84,3 % son católicos, el 13,6 % son cristianos, el 0,8 % no profesa ninguna religión, el 0,6 % son testigos de Jehová, el 0,3 % son adventistas, el 0,2 % profesan la religión mormona y otro 0,2 % son ateos y el 0,1 % son protestantes. Otros estudios que relacionan la calidad de vida y el cuidado de pacientes crónicos han reportado mayor prevalencia de la religión católica. Para Coelho et al., en su investigación afirman que “la religión produce alivio al sufrimiento, en la medida que permite un cambio de la perspectiva subjetiva en la cual el paciente y la comunidad perciben el contexto de la enfermedad”⁵⁰.

Nivel de dependencia física de los cuidadores familiares y pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II

Tabla 4. Nivel de dependencia física frente a los factores sociodemográficos y clínicos de los cuidadores familiares y pacientes con diabetes y/o hipertensión

Características socio-demográficas y clínicas	Pacientes						p valor (Chi cuadrado ó Exacta de Fisher)		Cuidadores	
	Baja (6 a 8)		Media (9 a 11)		Alta (12 a 24)		Bajo (6 a 8)		Alto (12 a 24)	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico médico	DM2	16	76,2 %	2	9,5 %	3	14,3 %	0,994		
	DM2 + HTA	18	72,0 %	3	12,0 %	4	16,0 %			
	HTA	57	71,3 %	9	11,3 %	14	17,5 %			
Tiempo con la enfermedad (años)	0 a 4 años	17	68,0 %	6	24,0 %	2	8,0 %	0,109		
	5 a 9 años	25	80,6 %	1	3,2 %	5	16,1 %			
	10 o más años	49	70,0 %	7	10,0 %	14	20,0 %			
Género	Femenino	58	69,9 %	9	10,8 %	16	19,3 %	0,55	89	99 %
	Masculino	33	76,7 %	5	11,6 %	5	11,6 %		36	100 %
Grupo de edad	18 a 44	64	0	0				0,008	64	100 %
	45 a 64	40	88,9 %	2	4,4 %	3	6,7 %		47	100 %
	65 a 74	51	63,0 %	12	14,8 %	18	22,2 %		14	93 %
Lugar de residencia	Rural	19	79,2 %	3	12,5 %	2	8,3 %	0,476	22	100 %
	Urbano	72	70,6 %	11	10,8 %	19	18,6 %		103	99 %
Estado civil	Casado-unión libre	46	73,0 %	7	11,1 %	10	15,9 %	0,464	78	100 %
	Separado-viudo	24	63,2 %	6	15,8 %	8	21,1 %		9	100 %
	Soltero(a)	21	84,0 %	1	4,0 %	3	12,0 %		38	97 %
	Empleado(a)	7	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %		27	100 %
	Estudiante	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %		3	100 %
	Hogar	53	67,1 %	10	12,7 %	16	20,3 %		39	98 %
	Otros	22	71,0 %	4	12,9 %	5	16,1 %		22	100 %
	Independiente	9	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %		34	100 %
	Ninguno	10	71,4 %	2	14,3 %	2	14,3 %		3	100 %
	Primaria	56	66,7 %	11	13,1 %	17	20,2 %		46	98 %
Nivel Max. de escolaridad	Bachillerato	17	85,0 %	1	5,0 %	2	10,0 %	0,624	45	100 %
	Técnico	3	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %		10	100 %
	Universitario	5	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %		21	100 %
Estrato	1 y 2	78	71,6 %	12	11,0 %	19	17,4 %	0,844	103	99 %
	3 a 5	13	76,5 %	2	11,8 %	2	11,8 %		22	100 %
Total		91	72,2 %	14	11,1 %	21	16,7 %		125	99 %

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

La disfuncionalidad o dependencia alta fue referida por el 16,7 % (21) de los pacientes, el nivel de dependencia fue más prevalente en los hipertensos que llevaban más de 10 años con la enfermedad, en mujeres, en personas entre 65 y 74 años, residentes en la zona urbana, en personas separadas o viudas, en pacientes dedicados a labores del hogar, de menor nivel educativo (ninguno o primaria) y de estratos 1 y 2. (Ver Tabla 4).

En comparación con los resultados del nivel de dependencia física de esta investigación, se referencia un estudio cuasi-experimental en México, realizado por Vega et al.⁵¹, donde se encontraron cifras superiores de disfuncionalidad o dependencia alta (32 %) en los pacientes. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en Villavicencio-Colombia, por Galvis et al.⁵², con la escala de PULSES encontró una disfuncionalidad moderada y alta del 20,6 % (32), cifra similar al 27,8 % encontrado en la presente investigación. Al realizar la prueba de Chi cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher donde fue necesario frecuencias observadas menores a 5, se encontró que solo hubo una relación significativa de la disfuncionalidad o dependencia frente al grupo de edad, lo cual es confirmado por el estudio de Vilaplana⁵³, donde los pacientes crónicos se complican más a mayor edad y los adultos mayores aumentan el grado de dependencia con la edad.

Valoración cognitiva (Minimental) de los cuidadores familiares y pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II

Tabla 5. Nivel de deterioro cognitivo frente a los factores sociodemográficos y clínicos de los cuidadores familiares y pacientes con diabetes y/o hipertensión

Características sociodemográficas y clínicas	Pacientes				Cuidadores				
	Deterioro cognitivo (SPMSQ)				p valor	1.1.2 Test SPMSQ			
	Nulo o bajo (0 a 4)		Moderado o alto (5 a 10)			Nulo o bajo (0 a 4)		Moderado (5 a 7)	
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Diagnóstico médico	DM2	21	100,0 %	0	0,0 %	0,234			
	DM2 + HTA	22	88,0 %	3	12,0 %				
	HTA	70	87,5 %	10	12,5 %				

Tiempo con la enfermedad (años)	0 a 4 años	25	100,0 %	0	0,0 %	0,13				
	5 a 9 años	60	85,7 %	10	14,3 %					
	10 o más años	28	90,3 %	3	9,7 %					
Género	Femenino	71	85,5 %	12	14,5 %	0,034	89	99 %	1	1 %
	Masculino	42	97,7 %	1	2,3 %		36	100 %	0	0 %
Grupo de edad	18 a 44	0	0,0 %	0	0,0 %	0,005	64	100 %	0	0 %
	45 a 64	45	100,0 %	0	0,0 %		47	100 %	0	0 %
	65 a 74	68	84,0 %	13	16,0 %		14	93 %	1	7 %
Lugar de residencia	Rural	23	95,8 %	1	4,2 %	0,271	22	100 %	0	0 %
	Urbano	90	88,2 %	12	11,8 %		103	99 %	1	1 %
Estado civil	Casado-unió libre	60	95,2 %	3	4,8 %	0,087	78	100 %	0	0 %
	Separado-viudo	31	81,6 %	7	18,4 %		9	100 %	0	0 %
	Soltero(a)	22	88,0 %	3	12,0 %		38	97 %	1	3 %
Ocupación	Empleado(a)	7	100,0 %	0	0,0 %	0,508	27	100 %	0	0 %
	Estudiante	0	0,0 %	0	0,0 %		3	100 %	0	0 %
	Hogar	69	87,3 %	10	12,7 %		39	98 %	1	3 %
	Otros	28	90,3 %	3	9,7 %		22	100 %	0	0 %
	Independiente	9	100,0 %	0	0,0 %		34	100 %	0	0 %
Nivel de escolaridad	Ninguno	12	85,7 %	2	14,3 %	0,385	3	100 %	0	0 %
	Primaria	73	86,9 %	11	13,1 %		46	98 %	1	2 %
	Bachillerato	20	100,0 %	0	0,0 %		45	100 %	0	0 %
	Técnico	3	100,0 %	0	0,0 %		10	100 %	0	0 %
	Universitario	5	100,0 %	0	0,0 %		21	100 %	0	0 %

Estrato socioeconómico	1 y 2	97	89,0 %	12	11,0 %	0,518	103	99 %	1	1 %
	3 a 5	16	94,1 %	1	5,9 %		22	100 %	0	0 %
Total		113	89,7 %	13	10,3 %		125	99 %	1	1 %

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Al evaluar el deterioro cognitivo de los pacientes se encontró que el 10,3 % (13) de estos tenía un deterioro entre moderado y alto, el nivel de deterioro fue más prevalente en los hipertensos que llevan entre 5 y 9 años con la enfermedad, en mujeres, en personas entre 65 y 74 años, residentes en la zona urbana, en personas separadas o viudas, pacientes que se dedicaban a labores del hogar, con menor nivel educativo (ninguno o primaria) y de estratos 1 y 2; sin embargo, al realizar la prueba de Chi cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher (donde fue necesario frecuencias observadas menores a 5) se encontró que solo hubo una relación significativa del deterioro cognitivo frente al grupo de edad.

Con respecto a los cuidadores se encontró un deterioro moderado en una de las mujeres encuestadas, la cual es mayor de 65 años, perteneciente a la zona urbana, soltera, dedicada a labores del hogar, con estudios de primaria y de estrato socioeconómico bajo (1 y 2), asimismo se encontró un total del 99 % (125) cuidadores que reportaron deterioro cognitivo bajo o nulo. (Ver Tabla 5).

En cuanto al deterioro cognitivo reportado en la presente investigación, una cifra similar se encontró en un estudio llevado a cabo en siete ciudades de Latinoamérica, realizado por Menéndez et al.⁵⁴, donde se reportó una prevalencia de deterioro cognitivo de entre 9,1 % y 12,9 %, en las ciudades de Sao Pablo Brasil, Santiago de Chile y Ciudad de la Habana Cuba. Además, en Cuba en 2007, los autores Llibre et al.⁵⁵, en su estudio se encontró una prevalencia de deterioro cognitivo del 15 %, cifra un poco superior en comparación con la encontrada en la presente investigación, esto se pudo presentar porque todos los pacientes eran adultos mayores de 60 años, mientras que en esta investigación se trabajó con un tercio de una población entre los 45 y 64 años de edad.



Percepción de carga y apoyo de los cuidadores y pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II

Tabla 6. Percepción de carga de cuidadores familiares y pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II

Percepción de carga	Percepción de carga						
	N	Pacientes		N	Cuidadores		
			%				%
Tiene un único cuidador	No	48	38,1 %	Usted es el único cuidador	No	53	42,1 %
	Sí	78	61,9 %		Sí	73	57,9 %
Horas diarias de cuidado	1 a 4	34	27,0 %	Horas diarias como cuidador	1 a 4	35	27,8 %
	5 a 12	41	32,5 %		5 a 12	49	38,9 %
	13 o más	51	40,5 %		13 o más	42	33,3 %
Persona que lo cuida	Amigo(a)	3	2,4 %	Cuida al paciente desde su diagnóstico	No	69	54,8 %
	Esposo(a)	27	21,4 %		Si	57	45,2 %
	Hijo(a)	69	54,8 %				
	Madre/padre	1	0,8 %				
	Otro	26	20,6 %				



Se percibe como una carga	Baja	20	15,9 %	Precepción de carga ZARIT	No Sobrecarga	25	19,8 %
	Modera-da	33	26,2 %		Sobrecarga leve	66	52,4 %
	Alta	42	33,3 %		Sobrecarga intensa	35	27,8 %
	Muy alta	31	24,6 %				
Total		126	100,0 %	Total		126	100 %

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Los pacientes que se perciben como carga son aquellos que tiene un único cuidador y requieren mayor número de horas de cuidado, por lo general son los hijos quienes realizan esta labor; se percibe una carga alta en los cuidadores con dedicación de 5 y más horas al cuidado; por consiguiente, se encontró un total de 52,4 % de sobrecarga leve, seguido de una sobrecarga intensa con un 27,8 %. (Ver Tabla 6).

Tabla 7. Único cuidador frente a las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

Características	Tiene un único cuidador				p valor (Chi cuadrado o Exacta de Fisher)	
	No		Sí			
	n	%	n	%		
Diagnostico medico	DM2	7	33,3 %	14	66,7 %	0,183
	DM2 + HTA	6	24,0 %	19	76,0 %	
	HTA	35	43,8 %	45	56,3 %	
Tiempo con la enfermedad (años)	0 a 4 años	7	28,0 %	18	72,0 %	0,418
	10 o más años	27	38,6 %	43	61,4 %	
	5 a 9 años	14	45,2 %	17	54,8 %	
Género	Femenino	31	37,3 %	52	62,7 %	0,81
	Masculino	17	39,5 %	26	60,5 %	

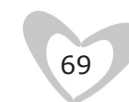


Grupo de edad	45 a 64	15	33,3 %	30	66,7 %	0,411
	65 a 74	33	40,7 %	48	59,3 %	
Lugar de residencia	Rural	7	29,2 %	17	70,8 %	0,316
	Urbano	41	40,2 %	61	59,8 %	
Estado civil	Casado-unión libre	28	44,4 %	35	55,6 %	0,101
	Separado-viudo	15	39,5 %	23	60,5 %	
	Soltero(a)	5	20,0 %	20	80,0 %	
Ocupación	Empleado(a)	1	14,3 %	6	85,7 %	0,314
	Hogar	34	43,0 %	45	57,0 %	
	Otros	11	35,5 %	20	64,5 %	
	Trabajo independiente	2	22,2 %	7	77,8 %	
Nivel de escolaridad	Bachillerato	8	40,0 %	12	60,0 %	0,828
	Ninguno	4	28,6 %	10	71,4 %	
	Primaria	34	40,5 %	50	59,5 %	
	Técnico	1	33,3 %	2	66,7 %	
	Universitario	1	20,0 %	4	80,0 %	
Estrato socioeconómico	1 y 2	45	41,3 %	64	58,7 %	0,061
	3 a 5	3	17,6 %	14	82,4 %	
Total		48	38,1 %	78	61,9 %	

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

De los pacientes con un único cuidador se obtuvo que en su mayoría corresponden a personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA), con 10 o más años de diagnóstico de su enfermedad, mujeres, entre edades de 65 a 74 años de edad, con escolaridad primaria, casados, en unión libre, dedicados al hogar, pertenecientes a estrato 1-2. (Ver Tabla 7).

En 2014, un estudio sobre calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II en la ciudad de Pasto⁵⁶, evidenció que la mayoría de los pacientes contaba con un único cuidador; además, en 2015 se realizó un estudio en 5 regiones de Colombia, donde los pacientes reportaron



cifras similares al evaluar si contaban con un único cuidador, en la región Andina 43,7 %, Caribe el 60,6 %, y en la Orinoquía el 57,3 %⁴⁹.

Tabla 8. *Percepción de carga como paciente frente a las características sociodemográficas y clínicas, Pasto 2017*

Características sociodemográficas y clínicas	Percepción de carga como paciente				p valor (Chi cuadrado o Exacta de Fisher)	
	Alta a muy alta		Baja a moderada			
	N	%	n	%		
Diagnostico medico	DM2	13	61,9 %	8	38,1 %	0,525
	DM2 + HTA	12	48,0 %	13	52,0 %	
	HTA	48	60,0 %	32	40,0 %	
Tiempo con la enfermedad (años)	0 a 4 años	15	60,0 %	10	40,0 %	0,459
	5 a 9 años	15	48,4 %	16	51,6 %	
	10 o más años	43	61,4 %	27	38,6 %	
Género	Femenino	48	57,8 %	35	42,2 %	0,973
	Masculino	25	58,1 %	18	41,9 %	
Grupo de edad	45 a 64	22	48,9 %	23	51,1 %	0,125
	65 a 74	51	63,0 %	30	37,0 %	
Lugar de residencia	Rural	15	62,5 %	9	37,5 %	0,615
	Urbano	58	56,9 %	44	43,1 %	
Estado civil	Casado-uniión libre	36	57,1 %	27	42,9 %	0,669
	Separado-viu-do	24	63,2 %	14	36,8 %	
	Soltero(a)	13	52,0 %	12	48,0 %	
Ocupación	Empleado(a)	3	42,9 %	4	57,1 %	0,861
	Hogar	47	59,5 %	32	40,5 %	
	Otros	18	58,1 %	13	41,9 %	
	Trabajo independiente	5	55,6 %	4	44,4 %	

Nivel de escolaridad	Ninguno	7	50,0 %	7	50,0 %	0,010
	Primaria	57	67,9 %	27	32,1 %	
	Bachillerato	6	30,0 %	14	70,0 %	
	Técnico	2	66,7 %	1	33,3 %	
Estrato socioeconómico	Universitario	1	20,0 %	4	80,0 %	0,132
	1 y 2	66	60,6 %	43	39,4 %	
	3 a 5	7	41,2 %	10	58,8 %	
Total		73	57,9 %	53	42,1 %	

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

El 57,9 % de los pacientes percibe que es una carga entre alta y muy alta, esta percepción fue más prevalente en pacientes con Hipertensión, con una evolución de la enfermedad mayor a diez años en las personas del género masculino, entre las edades de 65 a 74 años, procedentes de la zona urbana, casados y en unión libre, cuya ocupación son las labores del hogar, con nivel educativo de primaria, de estratos 1 y 2; sin embargo al realizar la prueba de Chi cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher solo se encontró una relación significativa entre la percepción de carga como paciente frente al nivel educativo (ver Tabla 8). El concepto de sobrecarga dado por Zarit se remonta al año 1986, en la actualidad, este concepto ha cobrado vigencia y ha sido retomado en la reciente publicación, realizada por Pérez et al.⁵⁷, la cual provee a los profesionales, los estándares surgidos de la medicina, basada en la evidencia, para una adecuada implementación de conductas diagnósticas y terapéuticas. Respecto a la carga, el estudio realizado por Carrillo et al.⁵⁸, permitió evidenciar una sobrecarga intensa en 41 de los 55 cuidadores, representando el 74 % del total; siendo esta cifra más elevada de la que se reportó en este estudio.

Al valorar la percepción de los pacientes como nivel de carga se evidencia frente a otros estudios que se trabajó sobre cuidadores y pacientes crónicos; en el presente estudio sobrepasa alrededor de un 30 % la prevalencia de percepción del paciente como carga alta para sus cuidadores. La diferencia en la percepción tan alta del presente estudio se debe a dos factores: primero, que la población, además de tener una enfermedad crónica de base tiene una complicación en órgano blanco y en promedio es mayor a la de los estudios comparados.

Con relación a la carga que percibe el paciente crónico hacia el cuidador, estudios confirman que la carga afecta al grupo familiar en conjunto, en aspectos como: la situación financiera; la interacción, relaciones sociales y el estrés.

Tabla 9. *Percepción de carga como cuidador frente a las características socio demográficas del cuidador Pasto 2017*

Características sociodemográficas	Sobrecarga					p valor (Chi cuadrado o Exacta de Fisher)	
	Intensa		Nula a leve				
	n	%	n	%			
Género	Femenino	25	27,8 %	65	72,2 %		1,000
	Masculino	10	27,8 %	26	72,2 %		
Grupo de edad	18 a 44	13	20,3 %	51	79,7 %		0,057
	45 y más	22	35,5 %	40	64,5 %		
Lugar de residencia	Rural	6	27,3 %	16	72,7 %		0,954
	Urbano	29	27,9 %	75	72,1 %		
Estado civil	Casado(a)	15	29,4 %	36	70,6 %		0,744
	Separado(a)	0	0,0 %	5	100,0 %		
	soltero(a)	0	0,0 %	1	100,0 %		
	Soltero(a)	12	31,6 %	26	68,4 %		
	Unión libre	7	25,9 %	20	74,1 %		
Ocupación	Viudo(a)	1	25,0 %	3	75,0 %		0,051
	Empleado(a)	9	33,3 %	18	66,7 %		
	Estudiante	0	0,0 %	3	100,0 %		
	Hogar	12	30,0 %	28	70,0 %		
	Otros	10	45,5 %	12	54,5 %		
Escolaridad	Trabajo independiente	4	11,8%	30	88,2%		0,524
	Bachillerato	10	22,2%	35	77,8%		
	Ninguno	1	33,3%	2	66,7%		
	Primaria	13	27,7%	34	72,3%		
	Profesional	6	28,6%	15	71,4%		
Técnico	5	50,0%	5	50,0%			

Estrato socioeconómico	1 y 2	28	26,9%	76	73,1%	0,641
	3 a 5	7	31,8%	15	68,2%	
Total		35	27,8%	91	72,2%	

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

El 27,8 % de los cuidadores reportó una sobrecarga intensa en el cuidado, siendo más prevalente en cuidadores mayores de 45 años, casados, con ocupación en el hogar, de nivel educativo primaria, y estrato socioeconómico 1 y 2. Al realizar la prueba de Chi cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher no se encontraron relaciones significativas entre la sobrecarga como cuidador frente a los factores sociodemográficos. (Ver Tabla 9).

Competencia del cuidador familiar de los pacientes con hipertensión y/o diabetes tipos II en el hogar

Con el fin de dar una información clara con respecto a los resultados obtenidos, se tuvo en cuenta la sumatoria de los indicadores de evaluación: con frecuencia y siempre por cada grupo (control e intervención), para posteriormente sacar la diferencia entre los dos grupos y evidenciar si la intervención verdaderamente contribuyó a la competencia del cuidado.

Carrillo et al., en su investigación identificó que “58,6 % de los cuidadores presenta un alto nivel de competencia para cuidar en el hogar, mientras que el 41,4 % no cuenta con un nivel óptimo”⁴⁸, resultados que coinciden con los de este estudio. Por otro lado, el segundo grupo de la investigación citada referencia que el “26.1% reportó un nivel medio y el 15.3% un nivel bajo. Las dimensiones de unicidad condiciones personales y disfrute de condiciones mínimas para el cuidado bienestar reportan los niveles más bajos”⁴⁸.

Otro estudio realizado en Mamaguey, reporta que en la investigación “se empleó un programa instructivo a partir de técnicas participativas. Transcurridos 90 días se aplicó una segunda encuesta para verificar la eficacia de la intervención y se constató un aumento de las respuestas correctas en los factores de riesgos y tratamiento. Al final del estudio la mayor parte de los participantes fueron evaluados de bien, lo que ratifica la utilidad y eficacia de la intervención”⁵⁹. Este insumo permite demostrar la importancia que tiene el utilizar las propuestas educativas para el cambio de conductas referentes a la salud.

En el estudio realizado por Carrillo et al., los resultados de los cuidadores familiares de personas con EC, indican una “media en la competencia general de 85,44 %. Respecto a la dimensión Conocimiento se encontró un promedio de 82,45 %, en Unicidad 84,31 %, en Instrumental 88,53 %, en Disfrutar 83.16%, en Anticipación 86.43% y Relación e interacción 88.29%”⁴⁸. Se puede evidenciar que la dimensión que mayor porcentaje obtuvo es la instrumental.

Tabla 10. Nivel de conocimiento del cuidador

Conocimiento	n	Control		Intervención		Total
		%	N	%		
Sé cómo hacer seguimiento de las condiciones de salud de la persona a quien cuido	Nunca	10	15,9 %	4	6,3 %	14
	Pocas veces	27	42,9 %	33	52,4 %	60
	Con frecuencia	17	27,0 %	16	25,4 %	33
	Siempre	9	14,3 %	10	15,9 %	19
Conozco cómo realizar los procedimientos requeridos a la persona a quien cuido	Nunca	12	19,0 %	4	6,3 %	16
	Pocas veces	27	42,9 %	34	54,0 %	61
	Con frecuencia	18	28,6 %	20	31,7 %	38
	Siempre	6	9,5 %	5	7,9 %	11
Conozco los signos de alarma de la enfermedad que puede presentar la persona a quien cuido	Nunca	8	12,7 %	6	9,5 %	14
	Pocas veces	31	49,2 %	31	49,2 %	62
	Con frecuencia	15	23,8 %	16	25,4 %	31
	Siempre	9	14,3 %	10	15,9 %	19
Total		63	100 %	63	100 %	126

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Al hacer una comparación entre los resultados del grupo control y el grupo intervenido se encuentra con respecto al seguimiento de las condiciones de salud, que no hay cambio alguno, los porcentajes obtenidos al hacer la sumatoria de: con frecuencia y siempre, el resultado es de un 41,3 %, mientras que al evaluar si realiza los procedimientos requeridos a la persona a quien se cuida hay un incremento de 1,5 % en el grupo

intervenido; además, al preguntarles acerca de los signos de alarma de la enfermedad de la persona que cuida se obtuvo un incremento de un 3,2 % en el grupo de intervención. (Ver Tabla 10).

Tabla 11. Nivel de unicidad (condiciones personales) del cuidador

Unicidad (condiciones personales)	n	Control		Intervención		Total
		%	n	%		
Tengo confianza en mi capacidad para asumir el cuidado en casa	Nunca	2	3,2 %	1	1,6 %	3
	Pocas veces	25	39,7 %	19	30,2 %	44
	Con frecuencia	30	47,6 %	35	55,6 %	65
	Siempre	6	9,5 %	8	12,7 %	14
Supero fácilmente sentimientos de culpa o de rabia	Nunca	5	7,9 %	3	4,8 %	8
	Pocas veces	24	38,1 %	21	33,3 %	45
	Con frecuencia	29	46,0 %	32	50,8 %	61
	Siempre	5	7,9 %	7	11,1 %	12
Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado	Nunca	1	1,6 %		0,0 %	1
	Pocas veces	32	50,8 %	24	38,1 %	56
	Con frecuencia	26	41,3 %	34	54,0 %	60
	Siempre	4	6,3 %	5	7,9 %	9
Establezco mi propio plan de vida	Nunca	4	6,3 %	1	1,6 %	5
	Pocas veces	22	34,9 %	18	28,6 %	40
	Con frecuencia	31	49,2 %	36	57,1 %	67
	Siempre	6	9,5 %	8	12,7 %	14
Total		63	100,0 %	63	100,0 %	126

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

En el grupo intervenido se observó un incremento de 5,6 % con respecto al grupo control, con respecto al ítem: los cuidadores refirieron tener confianza en su capacidad para asumir el cuidado del paciente; así mismo, hubo un incremento de 4 % con respecto al hecho que el cuidador supera fácilmente sentimientos de culpa o de rabia, una diferencia de 7,15 % con relación a la capacidad de simplificar las tareas del cuidado y 5,55 % por encima del resultado del grupo control, con respecto a si establece su propio plan de vida, cabe mencionar que estos porcentajes fueron mayores en la población intervenida. (Ver Tabla 11).

Al evaluar la competencia para cuidar en el hogar, previa estandarización que dio puntajes posibles de 0 a 100, los resultados de los CF de personas con enfermedad crónica participantes del estudio a nivel nacional, indican una media en la competencia general de 85,44 %. Respecto a la dimensión Conocimiento se encontró un promedio de 82,45 %, en Unicidad 84,31 %, en Instrumental 88,53 %, en Disfrutar 83,16 %, en Anticipación 86,43 % y Relación e interacción 88,29 %.

Tabla 12. Competencia en los procesos instrumentales y procedimentales cuidador

Instrumental y procedimental n	Control		Intervención		Total	
	%	N	%			
Actuó siguiendo las recomendaciones prescritas a la persona a quien cuida (actividad, dieta, otros)	Nunca	2	3,2 %	1	1,6 %	3
	Pocas veces	25	39,7 %	19	30,2 %	44
	Con frecuencia	30	47,6 %	35	55,6 %	65
	Siempre	6	9,5 %	8	12,7 %	14
Organizo el apoyo instrumental disponible para la persona a quien cuida (transporte, equipos, insumos, otros)	Nunca	5	7,9 %	3	4,8 %	8
	Pocas veces	24	38,1 %	21	33,3 %	45
	Con frecuencia	29	46,0 %	32	50,8 %	61
	Siempre	5	7,9 %	7	11,1 %	12
Administro adecuadamente los medicamentos formulados a la persona a quien cuida	Nunca	1	1,6 %		0,0 %	1
	Pocas veces	32	50,8 %	24	38,1 %	56
	Con frecuencia	26	41,3 %	34	54,0 %	60
	Siempre	4	6,3 %	5	7,9 %	9
Total		63	100 %	63	100 %	126

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Los cuidadores refirieron actuar según las recomendaciones prescritas al paciente, en cuanto a: actividades, medicamentos, dieta, entre otras, este porcentaje resulta mayor para el grupo control, con una diferencia de 5,6 %; con respecto a, si el cuidador organiza el apoyo instrumental

disponible de: transporte, equipos, insumos, entre otros, para la persona a quien cuida, se obtuvo una diferencia de 4 % a favor del grupo intervenido, al preguntar si se administra adecuadamente los medicamentos al paciente bajo su cuidado, la diferencia es de un 7,15 %, superior en el grupo intervenido. (Ver Tabla 12).

Tabla 13. Nivel de Bienestar del cuidador

Bienestar del cuidador n	Control		Intervención		Total	
	%	N	%			
Estoy satisfecho con mi estilo de vida actual	Nunca	0	0,0 %	1	1,6 %	1
	Pocas veces	21	33,3 %	21	33,3 %	42
	Con frecuencia	37	58,7 %	35	55,6 %	72
	Siempre	5	7,9 %	6	9,5 %	11
Siento tener la energía suficiente para responder a las responsabilidades del cuidado	Nunca	1	1,6 %	0	0,0 %	1
	Pocas veces	28	44,4 %	21	33,3 %	49
	Con frecuencia	28	44,4 %	33	52,4 %	61
	Siempre	6	9,5 %	9	14,3 %	15
Siento que mi labor de cuidador aporta a mi propio plan de vida	Nunca	0	0,0 %	0	0,0 %	0
	Pocas veces	22	34,9 %	21	33,3 %	43
	Con frecuencia	32	50,8 %	30	47,6 %	62
	Siempre	9	14,3 %	12	19,0 %	21
Dispongo de tiempo para mis actividades o cosas personales	Nunca	2	3,2 %	2	3,2 %	4
	Pocas veces	38	60,3 %	25	39,7 %	63
	Con frecuencia	17	27,0 %	28	44,4 %	45
	Siempre	6	9,5 %	8	12,7 %	14
Total		63	100,0 %	63	100,0 %	126

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Con respecto a los cuidadores, si están satisfechos con su estilo de vida se encontró una diferencia de 0,75 % a favor del grupo control, mientras que, en el grupo de intervención se obtuvo diferencias a favor, así: un 6,4 % de incremento en relación a: siente que su labor de cuidador aporta para su plan de vida; un 0,75 % con respecto a, se siente con la energía suficiente para responder a las responsabilidades del trabajo; y un 10,3 % acerca de la disposición de tiempo para sus actividades personales. (Ver Tabla 13).

Frente al nivel de satisfacción o bienestar se encontró que el nivel de apoyo psicológico y económico en otras investigaciones realizadas en la ciudad de Pasto⁶⁰, fueron al igual que en el presente estudio predominantemente bajas.; esto genera preocupación dado que diversos estudios han evidenciado que bajos niveles de apoyo psicológico y social disminuyen la calidad de vida y el bienestar de los pacientes, ya que son relevantes para evitar la depresión, la ansiedad y la fatiga.

La alta percepción de apoyo familiar y religioso encontrado en la investigación, se debe en parte porque los pacientes crónicos fueron en su mayoría de avanzada edad y los cuidadores fueron principalmente familiares, destacándose los hijos; esto coincide con lo encontrado en un estudio realizado en las diferentes regiones del país, donde el apoyo religioso y familiar son percibidos en un alto grado influyendo de manera positiva en la calidad de vida y bienestar social de los pacientes crónicos.

El bienestar físico y psicológico emocional fue percibido como bajo y muy bajo por el 40,5 % y el 43,7 % de los pacientes respectivamente, el bajo bienestar físico se puede explicar debido a la avanzada edad y el alto grado de disfuncionalidad y dependencia de algunos pacientes, que a su vez también afecta el psicológico emocional; cifras similares se han presentado en otros estudios realizados en Colombia, como el de Aldana et al.⁶¹, que han demostrado que, un bajo bienestar físico y psicológico/emocional afecta de manera significativa el bienestar de los pacientes con este tipo de patologías. Lo anterior contrasta con un alto nivel de bienestar social y espiritual que aporta en la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 14. *Anticipación y manejo del riesgo del cuidador*

Anticipación y manejo del riesgo potencial n	Control		Intervención		Total	
	%	n	%	n		
Preveo manejo de riesgos y necesidades de salud para la persona a quien cuido	Nunca	5	7,9 %	3	4,8 %	8
	Pocas veces	26	41,3 %	31	49,2 %	57
	Con frecuencia	27	42,9 %	18	28,6 %	45
	Siempre	5	7,9 %	11	17,5 %	16

Organizó los recursos disponibles para atender con eficiencia a la persona a quien cuido	Nunca	4	6,3 %	1	1,6 %	5
	Pocas veces	25	39,7 %	28	44,4 %	53
	Con frecuencia	27	42,9 %	20	31,7 %	47
	Siempre	7	11,1 %	14	22,2 %	21
Total		63	100,0 %	63	100,0 %	126

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Al evaluar la anticipación y manejo del riesgo potencial, la diferencia entre grupo control e intervención fue a favor del grupo control, así: un 2,35 % prevé el manejo del riesgo de los pacientes que cuida, y el 0,05 % organiza los recursos disponibles para atender con eficiencia a su paciente, estos porcentajes fueron similares en ambos grupos. (Ver Tabla 14).

Tabla 15. *Relación social e interacción del cuidador con el paciente y la familia*

Relación social e interacción n	Control		Intervención		Total	
	%	n	%	n		
Logro respaldo de los demás miembros de la familia para apoyar el cuidado	Nunca	4	6,3 %	4	6,3 %	8
	Pocas veces	20	31,7 %	26	41,3 %	46
	Con frecuencia	26	41,3 %	25	39,7 %	51
	Siempre	13	20,6 %	8	12,7 %	21
Intento que la persona a quien cuido mantenga tranquilidad emocional	Nunca	0	0,0 %	0	0,0 %	0
	Pocas veces	16	25,4 %	14	22,2 %	30
	Con frecuencia	37	58,7 %	31	49,2 %	68
	Siempre	10	15,9 %	18	28,6 %	28
Busco comunicarme efectivamente con la persona que cuido	Nunca	0	0,0 %	0	0,0 %	0
	Pocas veces	13	20,6 %	14	22,2 %	27
	Con frecuencia	37	58,7 %	32	50,8 %	69
	Siempre	13	20,6 %	17	27,0 %	30
Fortalezco el vínculo del afecto con la persona a quien cuido	Nunca	0	0,0 %	0	0,0 %	0
	Pocas veces	13	20,6 %	12	19,0 %	25
	Con frecuencia	36	57,1 %	31	49,2 %	67
	Siempre	14	22,2 %	20	31,7 %	34
Total		63	100,0 %	63	100,0 %	126

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Con respecto a la relación social e interacción del cuidador con el paciente y la familia se obtuvo que los cuidadores manifestaron una diferencia a favor del grupo de intervención, en los ítems de: busca tener una comunicación efectiva con el paciente, con un 1,6 % de diferencia con respecto al grupo control, y 0,8 % sobre el ítem: busca fortalecer el vínculo afectivo con el paciente; además, se evidenció una diferencia a favor del grupo control de 4,75 % acerca de lograr el respaldo de los demás miembros de la familia para apoyar el cuidado, 0,75 % intenta que la persona a quien cuida mantenga tranquilidad emocional. (Ver Tabla 15).

En general, el puntaje de competencia del cuidador fue de 34,1 puntos, siendo levemente superior en el grupo que se realizó la intervención plan de egreso hospitalario, con una diferencia de 2,2 puntos. (Ver Figura 2).

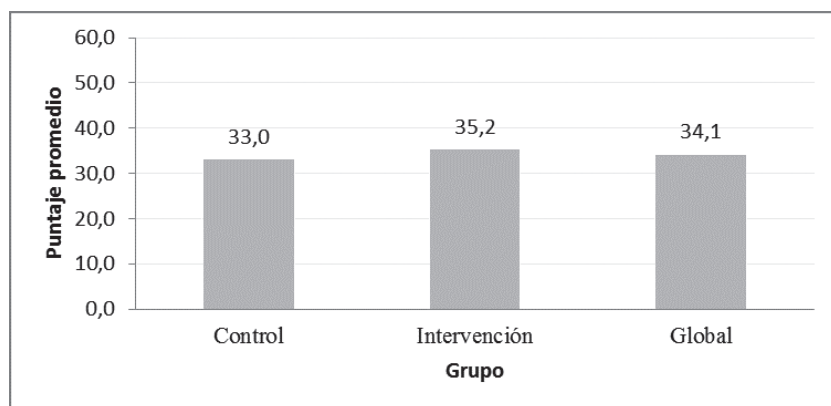


Figura 2. Puntaje global competencia del cuidador en grupo control e intervención.
Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Evaluación del impacto de la intervención pedagógica sobre la competencia del cuidado familiar

Tabla 16. Mejoría en la competencia del cuidador pos intervención grupo control frente al experimental

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejóro		No mejoró		
	n	%	n	%	
Intervención	60	95,2 %	3	4,8 %	63

Control	54	85,7 %	9	14,3 %	63
Total general	114	90,5 %	12	9,5 %	126

Prueba	Valor	Valor-p (1-cola)
Chi cuadrado sin corrección	3.316	0.03431
Exacto de Fisher		0.06322

Indicadores epidemiológicos	Valor Superior	Intervalo de confianza 95 %	
		Inferior	
Riesgo en Expuestos	95,2 %	86,4	98,9
Riesgo en No Expuestos	85,7 %	74,8	92,5
Riesgo Total	90,5 %	83,96,	94,6
Razón de Riesgo	1,1	0,99	1,246
Diferencia de Riesgo	9,5 %	-0,6	19,6

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

En general, la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (90,5 %), esta proporción de incidencia fue mayor en las personas intervenidas con la estrategia pedagógica ¿Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (95,2 %), frente a las personas que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (85,7 %), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias el cuidador, planteando la hipótesis nula H_0 : No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia del cuidador, se rechazó la hipótesis nula, sin embargo, frecuencias menores a 5 en la tabla de 2x2 se tomó el estadístico ajustado y la prueba exacta de Fisher, con los cuales no se rechazó la hipótesis nula, al analizar la razón de riesgo indicó que hay un 10 % más probabilidad de mejorar las competencias del cuidador en la población intervenida, frente a la no intervenida, sin embargo, el intervalo de confianza al 95 % indica que no es significativo por contener el 1, la diferencia de riesgos fue de 9,5 %. (Ver Tabla 16).

Según estudios realizados en Colombia relacionados con la competencia para cuidar en el hogar por niveles, “se identificó que solo 40,3 % de las personas con EC presenta alto nivel de competencia para

cuidar en el hogar, 59,7 % reportan un nivel que se puede considerar no óptimo, dado por un 40,8 % con nivel medio y un 18,9 % con un nivel bajo²⁴⁸.

Análisis en mujeres cuidadoras

Tabla 17. *Mejoría en la competencia de las mujeres cuidadoras pos intervención grupo control frente al experimental*

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejóro		No mejoró		
	n	%	N	%	
Expuestos	43	95,6 %	2	4,4 %	45
No expuestos	38	84,4 %	7	15,6 %	45
Total general	81	90,0 %	9	10,0 %	90

Prueba	Valor	Valor-p (1-cola)
Chi cuadrado sin corrección	3.086	0.03948
Exacto de Fisher		0.07860

Indicadores epidemiológicos	Intervalo de confianza 95%		
	Inferior	Superior	
Riesgo en Expuestos	95,6 %	84,4	99,6
Riesgo en No Expuestos	84,4 %	70,9	92,6
Riesgo Total	90 %	81,88	94,8
Razón de Riesgo	1,132	0,983	1,302
Diferencia de Riesgo	11,1 %	-1,07	23,3

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Entre las mujeres la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadoras evaluadas (90 %), esta proporción de incidencia fue mayor en las mujeres intervenidas con la estrategia pedagógica ¿Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (95,6%), frente a las que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (84,4 %),

al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado, si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de las cuidadoras, planteando la hipótesis alterna Ha: No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia de las cuidadoras, se rechazó la hipótesis alterna, sin embargo, debido a frecuencias menores a 5 en la tala de 2x2 se tomó el estadístico ajustado y la prueba exacta de Fisher, con los cuales no se rechazó la hipótesis alterna, es decir, que no hay una relación significativa, la razón de riesgo indico que hay un 13,2 % más probabilidad de mejorar las competencias de las cuidadoras intervenidas frente a las no intervenidas, no obstante, el intervalo de confianza al 95 % indica que no es significativo por contener el 1. (Ver Tabla 17).

“En la valoración por niveles se identificó que 58.6% de los cuidadores presenta un alto nivel de competencia para cuidar en el hogar, mientras el 41.4% no cuenta con un nivel óptimo. De este segundo grupo el 26.1% reportó un nivel medio y el 15.3% un nivel bajo. Las dimensiones de unicidad — condiciones personales— y disfrute de condiciones mínimas para el cuidado —bienestar— reportan los niveles más bajos²⁴⁸.

Análisis en hombres cuidadores

Tabla 18. *Mejoría en la competencia de los hombres cuidadores pos intervención grupo control frente al experimental*

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejóro		No mejoró		
	n	%	n	%	
Expuestos	17	94,4 %	1	5,6 %	18
No expuestos	16	88,9 %	2	11,1 %	18
Total general	33	91,7 %	3	8,3 %	36

Prueba	Valor	Valor-p (1-cola)
Chi cuadrado sin corrección	0.3636	0.2732
Exacto de Fisher		0.5000

Indicadores	Intervalo de confianza 95 %		
	Inferior		

Riesgo en Expuestos	94,4 %	72,4	100
Riesgo en No Expuestos	88,9 %	65,9	98,1
Riesgo Total	91,7 %	77,4	97,9
Razón de Riesgo	1,063	0,8716	1,295
Diferencia de Riesgo	5,6 %	-12,4 %	23,5 %

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Entre los hombres, la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (91,7 %), esta proporción de incidencia fue mayor en los hombres intervenidos con la estrategia pedagógica ¿Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres *saber su cuidado?* (94,4 %), frente a los que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (88,9 %), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado, si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de los cuidadores, planteando la hipótesis alterna Ha: No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia de los cuidadores, no se rechazó la hipótesis alterna, es decir, que no hay una relación significativa, la razón de riesgo indico que hay un 6,3 % más probabilidad de mejorar las competencias de los cuidadores intervenidos, frente a los no intervenidos, sin embargo, el intervalo de confianza al 95 % indica que no es significativo por contener el 1. (Ver Tabla 18).

Análisis cuidadores entre los 18 y 44 años

Tabla 19. *Mejoría en la competencia de los cuidadores de 18 a 44 años pos intervención grupo control frente al experimental*

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejoró		No mejoró		
	n	%	N	%	
Expuestos	27	96,4 %	1	3,6 %	28
No expuestos	28	77,8 %	8	22,2 %	36
Total general	55	85,9 %	9	14,1 %	64
Prueba			Valor		Valor-p (1-cola)
Chi cuadrado sin corrección			4.533		0.01662
Exacto de Fisher					0.03418



Indicadores epidemiológicos	Intervalo de confianza 95 %		
	Valor	Inferior	Superior
Riesgo en Expuestos	96,43 %	80,80 %	100 %
Riesgo en No Expuestos	77,78 %	61,70 %	88,50 %
Riesgo Total	85,94 %	75,20 %	92,60 %
Razón de Riesgo	1,24	1.027	1,497
Diferencia de Riesgo	18,65 %	3,43 %	33,80 %

Fuente: Bases de datos de la investigación, 2017.

Entre las personas de 18 a 44 años la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (96,4 %), esta proporción de incidencia fue mayor en los intervenidos con la estrategia pedagógica ¿Convives con Hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado?, frente a los que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (77,8 %), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de los cuidadores, planteando la hipótesis alterna Ha: No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia de los cuidadores, se rechazó la hipótesis alterna, es decir, que hay una relación significativa entre las variables, la razón de riesgo indico que hay un 24 % más probabilidad de mejorar las competencias de los cuidadores intervenidos frente a los no intervenidos, el intervalo de confianza al 95 % indica que es significativa la razón de riesgos por no contener el 1. (Ver Tabla 19).

Análisis en cuidadores de 45 y más años

Tabla 20. *Mejoría en la competencia de los cuidadores de 45 y más años pos intervención grupo control frente al experimental*

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejoró		No mejoró		
	N	%	N	%	
Expuestos	33	94,3 %	2	5,7 %	35
No expuestos	26	96,3 %	1	3,7 %	27
Total general	59	95,2 %	3	4,8 %	62
Prueba			Valor		Valor-p (1-cola)



Chi cuadrado sin corrección	0.1338	0.3573	
Exacto de Fisher	0.5978(P)		
Indicadores epidemiológicos	Valor	Intervalo de confianza 95 %	
	Inferior	Superior	
Riesgo en Expuestos	94,3 %	80,40 %	99,40 %
Riesgo en No Expuestos	96,3 %	80,20 %	100 %
Riesgo Total	95,2 %	86,20 %	98,80 %
Razón de Riesgo	0,9791	0,877	1,093
Diferencia de Riesgo	2,01 %	-12,49 %	8,47 %

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Entre las personas de 45 y más años la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (95,2 %), esta proporción de incidencia fue menor en los intervenidos con la estrategia pedagógica ¿Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (94,3 %), frente a los que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (96,3), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado, si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de los cuidadores, planteando la hipótesis alterna Ha: No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia de los cuidadores no se rechazó la hipótesis alterna, es decir, que no hay relación entre las variables, la razón de riesgo indico que hay un 2,1 % menos probabilidad de mejorar las competencias de los cuidadores intervenidos, frente a los no intervenidos, el intervalo de confianza al 95 % indica que no es significativa la razón de riesgos por contener el 1. (Ver Tabla 20).

Análisis en cuidadores de nivel educativo básico

Tabla 21. *Mejoría en la competencia de los cuidadores de nivel educativo básico pos intervención grupo control frente al experimental*

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejoró		No mejoró		
	n	%	N	%	
Expuestos	48	94,1 %	3	5,9 %	51
No expuestos	37	84,1 %	7	15,9 %	44
Total general	85	89,5 %	10	10,5 %	95

Prueba	Valor	Valor-p (1-cola)	
Chi cuadrado sin corrección	2.521	0.05617	
Exacto de Fisher	0.1052		
Indicadores epidemiológicos	Valor	Intervalo de confianza 95 %	
	Inferior	Superior	
Riesgo en Expuestos	94,1 %	83,40 %	98,60 %
Riesgo en No Expuestos	84,1 %	70,30 %	92,40 %
Riesgo Total	89,5 %	81,52 %	94,40 %
Razón de Riesgo	1.119	0,9675	1.295
Diferencia de Riesgo	10,0 %	-2,56 %	22,60 %

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Entre las personas con nivel educativo básico la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (89,5 %), esta proporción de incidencia fue mayor en los intervenidos con la estrategia pedagógica ¿Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (94,1%), frente a los que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (84,1), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado, si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de los cuidadores, planteando la hipótesis alterna Ha: No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia de los cuidadores, no se rechazó la hipótesis alterna, es decir, que no hay relación entre las variables, la razón de riesgo indico que hay un 11,9 % más probabilidad de mejorar las competencias de los cuidadores intervenidos, frente a los no intervenidos, el intervalo de confianza al 95 % indica que no es significativa la razón de riesgos por contener el 1. (Ver Tabla 21).

Análisis en cuidadores de nivel educativo alto

Tabla 22. *Mejoría en la competencia de los cuidadores de nivel educativo alto pos intervención grupo control frente al experimental*

Intervención	Competencia del cuidador(a)				Total general
	Mejoró		No mejoró		
	n	%	N	%	
Expuestos	12	100,0 %	0	0,0 %	12
No expuestos	17	89,5 %	2	10,5 %	19
Total general	29	93,5 %	2	6,5 %	31

Prueba	Valor	Valor-p (1-cola)	
Chi cuadrado sin corrección	1.35	0.1230	
Exacto de Fisher		0.3677	
Indicadores epidemiológicos	Valor	Intervalo de confianza 95%	
Inferior			
Riesgo en Expuestos	100 %	71,80 %	100 %
Riesgo en No Expuestos	89,5 %	67,37 %	98,30 %
Riesgo Total	93,6 %	78,25 %	99,20 %
Razón de Riesgo	1.118	0,9579	1,304
Diferencia de Riesgo	10,5 %	-3,27 %	24,32 %

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Entre las personas con nivel educativo alto, la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (93,5 %), esta proporción de incidencia fue mayor en los intervenidos con la estrategia pedagógica ¿Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (100 %), frente a los que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (89,5), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de los cuidadores, planteando la hipótesis alterna H_a : No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia de los cuidadores, no se rechazó la hipótesis alterna, es decir, no hay relación entre las variables, la razón de riesgo indico que hay un 11,8 % más probabilidad de mejorar las competencias de los cuidadores intervenidos frente a los no intervenidos, el intervalo de confianza al 95 % indica que no es significativa la razón de riesgos por contener el 1. (Ver Tabla 22).

Satisfacción desde el apoyo institucional en el servicio de hospitalización

Tabla 23. Nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida grupo control y experimental

Nivel de satisfacción con los cuidados	N	Control		Intervenida		Total
		%	n	%		
Amabilidad con el personal	Algo satisfecho	9	14,3 %	7	11,1 %	16
	Insatisfecho	3	4,8 %	1	1,6 %	4
	Poco satisfecho	4	6,3 %	0	0,0 %	4
Confianza que le transmite el personal	satisfecho	47	74,6 %	55	87,3 %	102
	Algo satisfecho	9	14,3 %	8	12,7 %	17
	Insatisfecho	2	3,2 %	0	0,0 %	2
Preparación del personal	Poco satisfecho	5	7,9 %	0	0,0 %	5
	satisfecho	47	74,6 %	55	87,3 %	102
	Algo satisfecho	10	15,9 %	9	14,3 %	19
Interés del personal	Insatisfecho	3	4,8 %	0	0,0 %	3
	Poco satisfecho	2	3,2 %	0	0,0 %	2
	satisfecho	48	76,2 %	54	85,7 %	102
Tiempo que le dedico el personal	Algo satisfecho	13	20,6 %	9	14,3 %	22
	Insatisfecho	3	4,8 %	0	0,0 %	3
	Poco satisfecho	4	6,3 %	0	0,0 %	4
Utilidad del cuidado brindado	satisfecho	43	68,3 %	54	85,7 %	97
	Algo satisfecho	12	19,0 %	8	12,7 %	20
	Insatisfecho	3	4,8 %	0	0,0 %	3
Total	Poco satisfecho	4	6,3 %	0	0,0 %	4
	satisfecho	44	69,8 %	55	87,3 %	99
	Algo satisfecho	11	17,5 %	7	11,1 %	18
Total	Insatisfecho	3	4,8 %	0	0,0 %	3
	Poco satisfecho	6	9,5 %	0	0,0 %	6
	satisfecho	43	68,3 %	56	88,9 %	99
Total		63	100,0 %	63	100,0 %	126

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Los usuarios del grupo control e intervención estuvieron satisfechos entre 68,3 y 88,9 % con la amabilidad, confianza, preparación, interés, tiempo y utilidad del personal que lo atendió, con los cuidados recibidos en las instituciones de salud donde se hospitalizaron, siendo en todos los casos mayor la satisfacción por parte de la población intervenida. (Ver

Tabla 23).

Tabla 24. Nivel de satisfacción de los usuarios con la educación recibida grupo control y experimental

Nivel de satisfacción con:	N	Control		Intervenida		Total
		%	n	%	n	
Utilidad de los contenidos educativos	Algo satisfecho	21	33,3 %	24	38,1 %	45
	Insatisfecho	4	6,3 %	2	3,2 %	6
	Poco satisfecho	25	39,7%	15	23,8 %	40
	Satisfecho	13	20,6 %	22	34,9 %	35
Claridad de los contenidos	Algo satisfecho	14	22,2 %	24	38,1 %	38
	Insatisfecho	9	14,3 %	2	3,2 %	11
	Poco satisfecho	27	42,9 %	16	25,4 %	43
	Satisfecho	13	20,6 %	21	33,3 %	34
Forma de desarrollo de la actividad	Algo satisfecho	16	25,4 %	25	39,7 %	41
	Insatisfecho	8	12,7 %	3	4,8 %	11
	Poco satisfecho	26	41,3 %	17	27,0 %	43
	Satisfecho	13	20,6 %	18	28,6 %	31
Interés en el tema	Algo satisfecho	17	27,0 %	27	42,9 %	44
	Insatisfecho	7	11,1 %	2	3,2 %	9
	Poco satisfecho	24	38,1 %	16	25,4 %	40
	Satisfecho	15	23,8 %	18	28,6 %	33
Total		63	100,0 %	63	100,0 %	126

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

La mayoría de los usuarios del grupo control e intervención estuvieron entre algo y poco satisfechos con la utilidad de los contenidos educativos, claridad de los contenidos, forma de desarrollo de las actividades y el interés en el tema brindado por el personal de las instituciones de salud donde se hospitalizaron, siendo en todos los casos mayor el porcentaje poco satisfecho en el grupo control y satisfecho en el grupo a intervenir; en este orden de ideas, se observa que los cuidadores reciben positivamente la educación impartida durante la intervención del plan de egreso. (Ver Tabla 24).

Tabla 25. Nivel de satisfacción de los usuarios con la infraestructura de la institución de salud grupo control y experimental

Nivel de satisfacción con los cuidados	n	Control		Intervenida		Total
		%	n	%	n	
Condiciones de	Algo satisfecho	9	14,3 %	2	3,2 %	16
	Insatisfecho	1	1,6 %	0	0,0 %	4
	Poco satisfecho	3	4,8 %	0	0,0 %	4
Dotación del personal	satisfecho	50	79,4 %	61	96,8 %	102
	Algo satisfecho	0	0,0 %	0	0,0 %	17
	Insatisfecho	0	0,0 %	0	0,0 %	2
Trámites para la prestación de servicios	Poco satisfecho	7	11,1 %	0	0,0 %	5
	satisfecho	56	88,9 %	63	100,0 %	102
	Algo satisfecho	11	17,5 %	2	3,2 %	19
Oportunidad en la prestación de servicios	Insatisfecho	0	0,0 %	0	0,0 %	3
	Poco satisfecho	1	1,6 %	4	6,3 %	2
	satisfecho	51	81,0 %	57	90,5 %	102
Efectividad de las condiciones	Algo satisfecho	11	17,5 %	3	4,8 %	22
	Insatisfecho	0	0,0 %	0	0,0 %	3
	Poco satisfecho	1	1,6 %	2	3,2 %	4
Total	satisfecho	51	81,0 %	58	92,1 %	97
	Algo satisfecho	8	12,7 %	4	6,3 %	20
	Insatisfecho	0	0,0 %	0	0,0 %	3
Total	Poco satisfecho	3	4,8 %	1	1,6 %	4
	satisfecho	52	82,5 %	58	92,1 %	99
	Total	63	100,0 %	63	100,0 %	126

Fuente: Base de datos de la presente investigación, 2017.

Los usuarios del grupo control e intervención estuvieron satisfechos entre 79 y 100 % con la infraestructura-dotación de la institución, además con los tramites, oportunidad y efectividad en la prestación de los servicios recibidos, siendo en todos los casos mayor la satisfacción en la población intervenida. (Ver Tabla 25).

Con respecto a la satisfacción por el cuidado recibido, según Santana et.⁶², algunas investigaciones reportan un alto nivel de satisfacción de los pacientes con respecto a los cuidados de enfermería recibidos.

Para lograr esto, es importante implementar un plan de transición

y egreso hospitalario, que contribuya a la percepción de la satisfacción con respecto al cuidado brindado por la institución de salud. Teniendo en cuenta “la evidencia sobre la efectividad del desarrollo de planes de cuidado, como parte fundamental del cuidado continuo, seguro e integral de los pacientes y sus familias es limitada”⁶³.

Otro estudio reporta, “la satisfacción del paciente y la percepción del personal son positivas. Ha habido concordancia entre los ítems más positivos percibidos por el paciente y el personal. La identificación de la enfermera y la información al alta han sido los aspectos que se han priorizado como área de mejora”⁶⁴. En una investigación realizada por Echeverri y Vélez⁶⁵, reportan que la población indagada se manifestó como satisfecha en un 90,6 % de los pacientes, y en menor proporción insatisfecha en un 9,4 %.

Asimismo, en una investigación con relación a la satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería reporto que:

“ochenta y cinco por ciento de los encuestados manifestaron que la satisfacción con la atención era buena, mientras que 15 % la encontró regular. Se encontró también que los usuarios mantienen altos grados de satisfacción con la atención de enfermería, manifiestan agradecimiento y complacencia con el trato recibido durante su estancia hospitalaria, que se refleja en forma importante en la evaluación de la calidad”⁶⁶.

“A diferencia de estos estudios citados que muestran altos porcentajes de satisfacción del usuario, Castro y Col, reportaron niveles (medios, bajos) de usuarios satisfechos con porcentajes de 40,3 %, y usuarios insatisfechos con el servicio de 6 %, en este estudio se relacionó la mala atención con falta de dedicación, diferente a las opiniones encontradas en el presente estudio, donde se destacan los agradecimientos por la amabilidad. El grado de satisfacción se relaciona con múltiples factores, que no sólo involucran el proceso de atención misma sino también factores como los sociodemográficos y grado de orientación”⁶⁵. Siendo este último fundamental, el cual se obtiene en un plan de egreso bien organizado.

“Cifras similares a las encontradas por N. Rodríguez, en un estudio descriptivo tras determinar niveles de satisfacción de 90 % en los usuarios investigados; estos resultados apuntan a confirmar la hipótesis planteada en algunas investigaciones, donde el nivel de satisfacción declarado por los pacientes es una valoración de la atención y no de todo el proceso que ello implica. Autores como Velásquez y Sotelo señalan que la satisfacción del usuario es un concepto multidimensional que evalúa de manera individual distintos aspectos relacionados con el cuidado de su salud”⁶⁵.

Conclusiones

Los pacientes crónicos hospitalizados en su mayoría fueron mayores de 55 años, mujeres, de nivel educativo básico y de estratos 1 y 2; una tercera parte de los pacientes tienen dependencia física entre media y alta, siendo significativamente más prevalente en pacientes con 10 o más años con la enfermedad, y de 65 y más años. Además uno de cada diez pacientes tiene un deterioro cognitivo entre moderado y alto, siendo significativamente más prevalente en pacientes de 65 y más años.

Con relación a los cuidadores familiares y las características sociodemográficas fueron en su mayoría personas entre 30 y 54 años, mujeres, de nivel educativo básico, dedicados a labores del hogar y de estratos 1 y 2; la mayoría de los cuidadores familiares tuvieron un nivel de dependencia física y un deterioro mental bajo o nulo; además la mayoría refieren ser los únicos cuidadores, con una dedicación de 5 horas diarias para el cuidado y una tercera parte perciben una sobrecarga intensa.

La intervención pedagógica frente al plan de egreso hospitalario habitual presentó una mejoría significativa de las competencias del cuidador, con una confianza del 90 % y el grupo poblacional donde más impactó la estrategia fue en los cuidadores menores de 45 años.

La satisfacción de los cuidadores familiares fue alta en cuanto a la amabilidad, preparación, interés, tiempo y utilidad del personal, también con la infraestructura, dotación, tramites, oportunidad y efectividad en la prestación de los servicios; sin embargo, fue baja en cuanto a la utilidad de los contenidos, claridad, forma de desarrollo de las actividades y el interés en los temas educativos brindados a los usuarios.

Recomendaciones

En vista de la mejoría reportada en las competencias de los cuidadores familiares de la estrategia pedagógica frente al plan de egreso habitual, se recomienda a las instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención ajustar sus planes de egreso, dando mayor importancia al componente educativo, estandarizarlo y adoptarlo según sus necesidades, para contribuir a un seguimiento óptimo de los pacientes que han permanecido hospitalizados, dando un apoyo institucional que favorezca al restablecimiento del bienestar del paciente y del cuidador familiar.

La academia debe propiciar el desarrollo de investigaciones que permitan hacer seguimiento y acompañamiento a personas que lo ameriten por su enfermedad, mayor apoyo institucional, en esta medida, propiciar la proyección social desde el apoyo institucional para la ejecución de valiosos proyectos de investigación.

A las entidades gubernamentales, como la Secretaría de Salud de Pasto incluir en el plan de intervenciones colectivas la propuesta pedagógica desarrollada en el proyecto de investigación, dando de esta forma un aporte sustancial al establecimiento de políticas públicas para el fortalecimiento de las instituciones de salud.

Bibliografía

- 1 Gallardo K, Giraldo S, Ortiz V. Efecto de la implementación del Plan de egreso en una institución de segundo y tercer nivel hospitalario en la ciudad de San Juan de Pasto en el periodo comprendido entre Abril 2016–Septiembre 2017 (Informe de investigación). San Juan de Pasto, Colombia.
- 2 Hernández-Zamora Z. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index Enferm.* 2006; 15(52-53): 40-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009
- 3 Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82218/9789243564586_spa.pdf?sequence=1
- 4 Organización Mundial de la Salud (OMS). Impact of out-of-pocket payments for treatment of noncommunicable diseases in developing countries: A review of literature. 2011. Disponible en: http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf
- 5 Arango N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. 2018. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF?sequence=3>
- 6 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de acción para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dm-documents/2014/NCD-SP-low.pdf>
- 7 Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
- 8 Organización Mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/who_dco_whd_2013.2_spa.pdf?sequence=1
- 9 Ministerio de Salud. Día mundial de la hipertensión arterial Colombia – mayo 17 de 2017 (Ficha Técnica). 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>
- 10 Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de Salud. Colombia, 2015. 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
- 11 Ministerio de Salud y Protección Social. Gobierno presenta Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Encuesta-Nacional-de-Situaci%C3%B3n-Nutricional-de-Colombia-ENSIN-2015.aspx>
- 12 Congreso de Colombia. Proyecto de Ley ____ de 2017 “Por medio de la cual se establecen medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles derivadas y se dictan otras disposiciones” [tramite en plenaria]. 2017.
- 13 Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015 [diapositivas]. 2015. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/ensin_2015_final.pdf
- 14 Ministerio de Justicia y del Derecho. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia – 2011. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf
- 15 Ministerio de Justicia y del Derecho. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013. 2013. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
- 16 Díaz S, Hernández C. Nuevos modelos de atención a la cronicidad. 2012. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Salvador_Diaz-Lobato/publication/244484659_Nuevos_modelos_de_atencion_a_la_cronicidad/links/00b7d51d3fca22b2c4000000.pdf

- 17 Barrera L, Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. *Rev Orinoq.* 2012; 19(1): 89-99.
- 18 López E, Leonel A, Córdoba M, Campos E. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Rev Enf Neurol.* 2014; 13(1): 12-18.
- 19 Bejarano D, González N, Lozano L, Pinto N. Seguimiento al plan de egreso hospitalario con uso de tecnologías de la información y la comunicación (teléfono fijo-móvil y/o mensajes de texto) a cuidadores familiares de niños con enfermedad crónica en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet].* 2011; 13(1): 93-105. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282006>
- 20 Pinzón L. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet].* 2005; 10: 22-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=>
- 21 Sánchez B, Carrillo G, Barrera L. El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. *Rev U.D.C.A Act. & Div. Cient.* 2014; 17(1): 13-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v17n1/v17n1a03.pdf>
- 22 Carrillo G, Sánchez B, Vargas E. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento “cuidar” - versión corta para medir la competencia del cuidado en el hogar. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2016; 48(2): 222-231. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016007>
- 23 Vargas Z, Fernández R. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Enfermería Actual en Costa Rica.* 2011; 21: 1-20.
- 24 Rhudy L, Holland D, Bowles K. Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making. *Appl Nurs Res.* 2010; 23(4): 198-206. doi: 10.1016/j.apnr.2008.12.003
- 25 Bobay K, Jerofke T, Weiss M, Yakusheva O. (2010). Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hospital Discharge. *Rev. Geriatric Nursing.* 2010; 31(3): 178-187. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2010.03.005
- 26 Carrillo G, Sánchez B, Vargas E. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento “cuidar” - versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. *Rev. Univ. Ind. Santander.* 2016; 48(2): 222-231. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v48n2/v48n2a09.pdf>
- 27 Carrillo G, Sánchez B, Arias E. Validación de un instrumento para la evaluación de la competencia de cuidado en el hogar del cuidador familiar de una persona con enfermedad crónica. *Invest. educ. enferm.* 2015; 33(3): 449-445. doi:10.17533/udea.iee.v33n2a08
- 28 Colciencias. Colombia construye y siembra futuro Política Nacional de fomento a la investigación y la innovación. 2015. Disponible en: https://www.cna.gov.co/1741/articulos-311056_ColombiaConstruye-SiembraFuturo.pdf
- 29 Colciencias. Salud. Disponible en: http://legadoweb.colciencias.gov.co/programa_estrategia/salud
- 30 Rosselli D, Tarazona N, Aroca A. La salud en Colombia 1953-2013: Un análisis de estadísticas vitales. *Medicina.* 2014; 36(2): 120-135.
- 31 Alcaldía Municipal de Pasto. Observatorio de crónicas. 2015. Disponible en: <http://www.oecpasto.gov.co/>
- 32 Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007 Nariño. 2009. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Nari%C3%B1o.pdf>
- 33 Instituto Nacional de Cancerología. Informe de gestión 2017. 2017. Disponible en: http://www.cancer.gov.co/Informes_2017/INFORME_DE_GESTION_INSTITUCIONAL_2017.pdf
- 34 Aponte L, Pinzón N, Galvis C. Nivel de funcionalidad de los enfermos crónicos y su relación con la calidad de vida de los cuidadores informales, Villavicencio, Colombia, 2011. *Enfermería Global.* 2014; 33: 191-201.
- 35 Herrera A, Flórez I, Romero E, Montalvo A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan.* 2012; 12(3): 286-297.
- 36 Álvarez A. Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. *Medifam.* 2001; 11(3): 122-139.

- 37 Ministerio de la protección social. Encuesta Nacional de Salud. 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
- 38 Fagalde M, Solar J, Guerrero M, Atalah E. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Rev med Chile*. 2005; 133: 919-928.
- 39 Zavala M, Whetsell M. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2007;7(2): 174-188.
- 40 Guarí E, Rojas J, Quemba M. Diagnóstico Situacional de los Cuidadores Familiares y las Personas con Enfermedad Crónica pertenecientes al Programa de Salud a su Hogar del Hospital de Engativá, Upa Garcés Navas [trabajo de grado]. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/10928/1/elianalisbethguarin.2012.pdf>
- 41 Pinzón E, Carrillo G. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]*. 2016; 34(2): 193-201. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12045638008>
- 42 Islas N, Ramos B, Aguilar M, García M. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. [Internet]*. 2006 [citado 2018 Abr 06]; 19(4): 266-271. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852006000400006&lng=es
- 43 Benítez M, Carreño S. Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con cáncer. *RFS Revista Facultad de Salud. [Internet]*. 2015; 7(2): 9-14. Disponible en: <file:///C:/Users/inv.cronicas/Downloads/949-3069-1-PB.pdf>
- 44 Barrera, L., Vargas, E. y Cendales, P. (2015). Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), 27-43.
- 45 Melo B, Vargas Y, Carrillo G, Alarcón K. Efecto del programa Plan de egreso en la diada persona con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 2017; 28(1): 36-43 [citado 2018 Abr 06]. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.09.006
- 46 Barrera L, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Invest. educ. enferm*. 2006; 24(1): 36-46
- 47 Bautista L, Zambrano, G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2015; 17(1): 131-148.
- 48 Carrillo G, Barreto R, Arboleda L, Gutierrez O, Melo B, Támara V. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2015; 63(4): 668-675.
- 49 Carrero S, Chaparro L. Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. *Pensamiento Psicológico*. 2017; 15(1): 87-101. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ACFC
- 50 Coelho S, Velludo E, García E, Rezende E. La religiosidad en la curación de la persona con hipertensión arterial sistémica. *Index de enfermería*. 2015; 24(4): 207-211.
- 51 Vega M, Mendoza M, Ureña M, Villamil W. Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Rev Cien y Cuid*. 5(1): 5-19.
- 52 Galvis C, Aponte L, Pinzon M. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos en Villavicencio Colombia . *Aquichan*. 2016; 16(1): 104-115. doi: 10.5294/aqui.2016.16.1.11
- 53 Vilaplana C. Estimacion de la dependencia en españa a partir de la edad 2008. *Rev Economía Púb*. 2010; 194: 125-175.
- 54 Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León E, Marín C, Alfonso J. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005; 17(5/6): 353-361.
- 55 Llibre J, Guerra M, Perea E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Rev. Cubana Medicina General Integral*. 2008; 24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400005

- 56 Jojoa N. Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo I. *Revista UNIMAR*. 2016; 34(2): 89-103.
- 57 Pérez M, Cartaya M, Olano B. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Rev. Cubana Enfermer.* [Internet]. 2012 [citado 2018 Abr 06]; 28(4): 509-520. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400007&lng=es.
- 58 Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2014. [citado 2018 Abr 06]; 20(2): 83-91. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200009>
- 59 Álvarez M, Morales I, Morales E, Vega B. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. *Humanidades Médicas*. 2011; 11(3): 433-452. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300003&lng=es&tlng=es.
- 60 Ortiz L, Campos M, Gallardo K, Coral R, Hernández A. Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macroregiones geográficas de Colombia. *Rev. Univ. salud*. 2016; 18(1):102- 112. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a11.pdf>
- 61 Aldana E, Barrera S, Rodríguez K, Gómez O, Carrillo G. Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enferm. Nefrol* [online]. 2016; 19(3): 265-273.
- 62 Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes M. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(3):454-60. DOI: 10.1590/0104-1169.3241.
- 63 Sánchez B, Carrillo G, Barrera L. El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. *Rev. U.D.C.A. Act. & Div. Cient.* 2014; 17(1): 3-23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-42262014000100003&script=sci_arttext
- 64 Ibarrola S, Beortegui E, Oroviogicoechea C, Vázquez M. Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. *Enferm. Cardiología*. 2011; 53(2): 27-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4180541>
- 65 Echeverry E, Vélez D. La enfermería, una profesión de servicio. *Actualizaciones de enfermería*. 2005; 8(4): 19-21. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-84/enfermeria8405-enfermeria/>
- 66 Cabarcas I, Montes A, Ortega G. Satisfacción del Paciente Hospitalizado con la Atención de Enfermería. *Actualizaciones de enfermería*. 2008; 12(1): 8-11. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-121/satisfacciondelpacientehospitalizado/>

Anexos

Anexo A. Matriz operacionalización de variables

Objetivos específicos	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTES
Caracterizar a las personas con Diabetes y / o Hipertensión y a los cuidadores familiares	Caracterización sociodemográfica del cuidador y de la persona con enfermedad crónica	Identificación de condiciones del paciente y su perfil según factores sociales, demográficos y clínicos relacionados con la funcionalidad física, mental y percepción de la carga de los cuidadores y pacientes con Diabetes mellitus tipo II y / o Hipertensión	Caracterización de la diada cuidador persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1 instrumento pulses y minimal	Cuidador y persona con enfermedad crónica
Determinar la competencia de cuidado que tienen los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en instituciones de segundo y tercer nivel en un municipio del sur occidente de Colombia pre y pos intervención plan de egreso.	Competencia para el cuidado en el hogar de personas con enfermedad crónica y los cuidadores familiares	Conocimiento Unicidad (condiciones personales) Instrumental y procedimental Disfrutar (bienestar) Anticipación (predictiva) Relación social interacción	Instrumento competencia para el cuidador-cuidador y persona con enfermedad crónica abreviada	Cuidador y persona con enfermedad crónica grupo experimental y grupo control

Anexo B. Consentimiento Informado

Facultad Ciencias de la Salud

Consentimiento Informado Persona con Enfermedad Crónica y Cuidador

Investigación Profesional: “Efecto de la implementación del programa plan de egreso en una institución de segundo y cuarto nivel hospitalario en la ciudad de San Juan de Pasto en el periodo comprendido entre enero 2016 – junio 2017”

Ciudad _____ fecha: _____

Yo, _____, identificado(a) con la C.C. _____ de _____ manifiesto que he sido invitado(a) a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se me ha dado la siguiente información:

Este documento se le entrega para que conozca las características de la investigación, y Usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no, si tiene alguna duda, solicite a los investigadores que le aclare sus dudas, ellos le proporcionarán toda la información que necesite, antes de aceptar su participación.

Objetivo y descripción de la investigación:

Esta investigación busca “Determinar el efecto de la implementación del plan de egreso hospitalario en instituciones de segundo y tercer nivel en un municipio del sur occidentes de Colombia, sobre la competencia para el cuidado en el hogar de la persona con EC (personas con Diabetes) y su cuidador familiar” la carga de la enfermedad crónica en Colombia solo se ha determinado a partir de indicadores epidemiológicos que aunque reportan la magnitud del problema no evidencia la situación de los actores involucrados, ni las líneas de acción sobre las cuales se deben generar propuestas de intervención que tengan impacto para la población colombiana. Por otro lado aunque existen estrategias desarrolladas por diversas entidades y sectores para abordar la problemática que no se han documentado ni se han validado y tampoco reflejan el impacto y la efectividad de la disminución de la carga de la enfermedad crónica.

El plan de egreso/alta hospitalaria es un aspecto fundamental dentro del quehacer del equipo de salud en las instituciones, que permite que los pacientes y cuidadores logren llegar a su hogar con la seguridad de saber cómo desarrollar el cuidado. En la investigación se incluirán personas con diabetes y cuidadores familiares hospitalizados.

Responsables de la investigación:

El estudio es dirigido y desarrollado por los docentes Vilma Tamara Ortiz Magister en Enfermería y Karina Gallardo Solarte Magister en Enfermería.

Riesgos y Beneficios: (SE AJUSTARA ACORDE AL RIESGO DE LA INVESTIGACION SEGÚN RESOLUCION 008430 Y DISCRIMINAR NIVEL DE RIESGO AL QUE SE SOMETE)

La encuesta y la obtención de información sobre competencia del cuidado y las actividades de intervención no implican riesgo alguno para Usted; las respuestas dadas no tendrán ninguna consecuencia para su situación en la universidad.

Confidencialidad:

Su identidad estará protegida, pues durante todo el estudio, solo se utilizará un código numérico que lo diferenciará de los otros participantes en la investigación. La información obtenida será almacenada EN LA UNIVERSIDAD MARIANA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR(A) DEL GRUPO DE INVESTIGACION en una base de datos que se mantendrá por cinco años más, después de terminada la base de datos de la investigación. Los datos individuales sólo serán conocidos por los investigadores y los auxiliares de la investigación mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

Derechos y deberes: (ACORDE AL RIESGO CONTEMPLADO EN LA RESOLUCION 008430. SI ES RIESGO MAYOR QUE EL MINIMO SE COMTEMPLARA LA RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCION (ES))

Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación. En caso que requiera algún tipo de tratamiento, este será cubierto por el sistema de seguridad social en salud, es decir que será remitido a la Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPS) a la cual Usted esté afiliado, ya que el equipo que adelanta la investigación no se responsabilizará de ningún tipo de tratamiento.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto decido participar DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA EN ¹ esta investigación. Por lo anterior autorizo a (Nombre del evaluador,) Vilma

¹ Aprobado por Comité de Bioética de la Universidad Mariana, Acuerdo No.040 del 21 de Noviembre

Ortiz Teléfono: 3147394053 y Karina Gallardo Solarte Teléfono: 3156161621 (docente) de la Universidad Mariana del Programa de Enfermería, para realizar los anteriores procedimientos.

Nombre y firma del participante

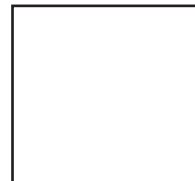
C.C No.

Fecha:

Nombre y firma de testigo

C.C No.

Fecha: _____



Huella

Anexo C. Caracterización de la Diada Cuidador Gcpc-Un-D©



Sede Bogotá
Universidad Nacional de Colombia
Facultad Ciencias de la Salud
Grupo del Cuidado al Paciente Crónico y su Familia

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA DIADA CUIDADOR – PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA GCPC-UN-D²

INSTITUCIÓN DONDE SE DILIGENCIA EL INSTRUMENTO.

INFORMACION DEL PACIENTE	INFORMACION DEL CUIDADOR
Nombre: _____	Nombre: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____

1. IDENTIFICACION DE CONDICIONES DEL PACIENTE Y SU PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	1. IDENTIFICACION DE CONDICIONES DEL CUIDADOR Y SU PERFIL SOCIODEMOGRAFICO
1.1 Valoración del Paciente PULSES total: 6-9__ 9-11__ 12-24__ TEST SPMSQ: (#errores) 0-2__ 3-4__ 5-7__ 8-10__ 1.2 Diagnósticos Médicos: _____	1.1 Valoración del Paciente PULSES total: 6-9__ 9-11__ 12-24__ TEST SPMSQ: (#errores) 0-2__ 3-4__ 5-7__ 8-10__ 1.2 Diagnósticos Médicos: _____

² Instrumento para la caracterización de la diada (Paciente-Cuidador) en situaciones de enfermedad crónica. Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia, Universidad Nacional de Colombia, Versión 2. 06 de Marzo de 2014.

1.3 Genero ___ Masculino Femenino ___ 1.4 Edad. _____	1.3 Genero ___ Masculino Femenino ___ 1.4 Edad. _____
1.5 Grado Máximo de escolaridad: _____ 1.6 Departamento de procedencia.: _____ 1.7 Lugar de Residencia: _____ Rural : ___ Urbana: _____	1.5 Grado Máximo de escolaridad: _____ 1.6 Departamento de
1.8 Estado Civil: ___ Soltero (a) ___ Casado (a) ___ Separado (a) ___ Viudo ___ Unión Libre	1.8 Estado Civil: ___ Soltero (a) ___ Casado (a) ___ Separado (a) ___ Viudo ___ Unión Libre
1.9 Ocupación: ___ Hogar ___ Empleado (a) ___ Trabajador independiente ___ Estudiante ___ Otros _____	1.9 Ocupación: ___ Hogar ___ Empleado (a) ___ Trabajador independiente ___ Estudiante ___ Otros _____
1.10 Estrato socioeconómico 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___	1.10 Estrato socioeconómico 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___

1.11 tiempo que lleva con la enfermedad crónica _____	1.12 Cuida a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico? ___ Si No___
1.13 Religión: _____ Nivel de compromiso Religioso Alto ___ Medio___ Bajo___	1.14 Religión: _____ Nivel de compromiso Religioso Alto ___ Medio___ Bajo___

Anexo D. Capacidad del Cuidador para el cuidado



Sede Bogotá
 Universidad Nacional de Colombia
 Facultad Ciencias de la Salud
 Grupo del Cuidado al Paciente Crónico y su Familia

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

_____ CORREO ELECTRONICO: _____

No. _____ FECHA: _____

_____ INSTITUCION

EN LA QUE SE DILIGENCIA EL INSTRUMENTO:

Instructivo: lea cada una de los siguientes enunciados y marque la opción la cual se encuentre más cómodo. Utilizando para expresar Casi nunca o Nunca ó casi siempre o siempre en la escala de 0 a 3 al lado de cada afirmación. Señale con la X el cuadro correspondiente a su opinión. No hay respuestas correctas o erradas. Por favor responda todas las preguntas.

No.	ITEM	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
		☹	☹	☺	☺
C		CONOCIMIENTO			
	1	0	1	2	3
	2	0	1	2	3
	3	0	1	2	3

U		UNICIDAD (CONDICIONES PERSONALES)	0	1	2	3
	4	Tengo confianza en mi capacidad para asumir el cuidado en casa	0	1	2	3
	5	Supero fácilmente sentimientos de culpa o de rabia	0	1	2	3
	6	Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado	0	1	2	3
	7	Establezco mi propio plan de vida	0	1	2	3
I		INSTRUMENTAL Y PRECEDIMENTAL	0	1	2	3
	8	Actuó siguiendo las recomendaciones prescritas a la persona a quien cuido (actividad, dieta, otros)	0	1	2	3
	9	Organizo el apoyo instrumental disponible para la persona a quien cuido (transporte, equipos, insumos, otros)	0	1	2	3
	10	Administro adecuadamente los medicamentos formulados a la persona a quien cuido	0	1	2	3
D		DISFRUTAR (BIENESTAR)	0	1	2	3
	11	Estoy satisfecho con mi estilo de vida actual	0	1	2	3
	12	Siento tener la energía suficiente para responder a las responsabilidades del cuidado	0	1	2	3
	13	Siento que mi labor de cuidador aporta a mi propia plan de vida	0	1	2	3
	14	Dispongo de tiempo para mis actividades o cosas personales	0	1	2	3
A		ANTICIPACION (PREDICTIVA)	0	1	2	3
	15	Preveo manejo de riesgos y necesidades de salud para la persona a quien cuido	0	1	2	3
	16	Organizo los recursos disponibles para atender con eficiencia a la persona a quien cuido	0	1	2	3

R	RELACION SOCIAL E INTERACCIÓN		0	1	2	3
	17	LOGRO RESPALDO DE LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA APOYAR EL CUIDADO	0	1	2	3
	18	Intento que la persona a quien cuidado mantenga tranquilidad emocional	0	1	2	3
	19	Busco comunicarme efectivamente con la persona que cuidado	0	1	2	3
	20	Fortalezco el vínculo de afecto con la persona a quien cuido	0	1	2	3

PUNTAJE _____ NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA EL INSTRUMENTO: _____

TELEFONO _____ CORREO ELECTRONICO: _____

Anexo E. Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica²



Sede Bogotá
 Universidad Nacional de Colombia
 Facultad Ciencias de la Salud
 Grupo del Cuidado al Paciente Crónico y su Familia

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
Amabilidad del personal			
Confianza que le transmite el personal			
Preparación del personal			
Interés del personal			
Tiempo que le dedico el personal			
Utilidad del cuidado brindado			
NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LAS CONDICIONES DEL SERVICIO			
Disponibilidad institucional			
Dotación para las actividades			
Trámites para facilitar el acceso			
Oportunidad en los servicios			
Efectividad en condiciones administrativas			
NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA EDUCACIÓN EN SALUD	Negativo	Bueno	Excelente
Beneficios de la actividad educativa			
Claridad de los contenidos			
Ayudas educativas apropiadas			

² Gómez, O., Carrillo, G. y Cárdenas, D. (2016). Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 15(44), 321-330. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400013&lng=es&tlng=es

Forma de desarrollo de la actividad			
Interés que despertó el tema			

NIVEL DE FIDELIZACIÓN	1	2	3	4	5
Cumplimiento de expectativas					
Recomendaría el servicio?					
Preferencia del servicio					
Codificación por niveles de satisfacción:					
alto		medio		bajo	

Fuente: datos del estudio U. Nacional, 2014.

Anexo F. Perfil pulses: valoración de la funcionalidad y dependencia



Sede Bogotá
 Universidad Nacional de Colombia
 Facultad Ciencias de la Salud
 Grupo del Cuidado al Paciente Crónico y su Familia

ITEM	VALORACION	VALOR			
P	<i>Estabilidad de la patología</i>	1	2	3	4
U	<i>Utilización de miembros superiores</i>	1	2	3	4
L	<i>Locomoción, capacidad de traslado</i>	1	2	3	4
S	<i>Capacidad sensorial</i>	1	2	3	4
E	<i>Eliminación</i>	1	2	3	4
S	<i>Actividad social según lo esperado</i>	1	2	3	4

Anexo G. Prueba de valoración corta portátil de valoración del estado mental minimal



Sede Bogotá
Universidad Nacional de Colombia
Facultad Ciencias de la Salud
Grupo del Cuidado al Paciente Crónico y su Familia

1. Que día es hoy?
2. Que día de la semana es hoy?
3. Dónde estamos?
4.Cuál es el número de su teléfono?
5. Cuántos años tiene?
6. Cuándo nació?
7. Quién es el Presidente de la República?
8. Quién era el Presidente anterior?
9. Cómo era el nombre de soltera de su mamá?
10. Réstele 3 a 20 hasta llegar a cero

Número de errores	Nivel de función mental
0-2	Intacta
3-4	Alteración intelectual mínima
5-7	Alteración intelectual moderada
8-10	Alteración intelectual severa

Anexo H. ZARIT



Sede Bogotá
Universidad Nacional de Colombia
Facultad Ciencias de la Salud
Grupo del Cuidado al Paciente Crónico y su Familia

Nombre del cuidador: _____ teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Institución donde se diligencia el instrumento: _____

ESCALA DE VALORACION DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - ZARIT

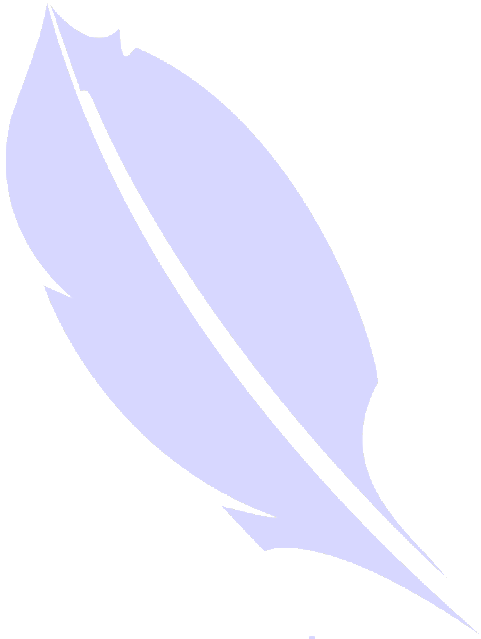
ITEM	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
	1	2	3	4	5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, Familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar					
6. ¿Piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con los otros miembros de su familia					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia					

8. ¿Piensa que su familiar depende de usted					
9. ¿Piensa que sus salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar					
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familia por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. ¿Globalmente Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

RESULTADO:

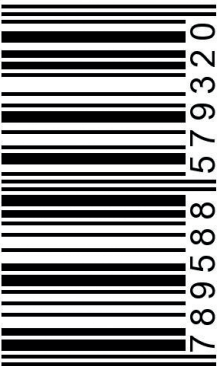
< 46 puntos – no sobrecarga 47-55 puntos – sobrecarga leve
 >56 puntos-sobrecarga intensa





Editorial
UNIMAR

ISBN: 978-958-8579-32-0



9 789588 579320



Editorial
UNIMAR

Universidad Mariana
Calle 18 No. 34-104 San Juan de Pasto
<http://www.umariana.edu.co/EditorialUnimar/>