



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“HABILIDAD DEL CUIDADOR EN EL CUIDADO DEL  
ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICA EN EL  
CENTRO DE SALUD VILLA SAN LUIS VILLA MARIA DEL  
TRIUNFO LIMA-PERU 2015.”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**BACHILLER: DEL CARPIO CABALLERO, DORIS ELVA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

**“HABILIDAD DEL CUIDADOR EN EL CUIDADO DEL  
ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICA EN EL  
CENTRO DE SALUD VILLA SAN LUIS VILLA MARIA DEL  
TRIUNFO LIMA-PERU 2015.”**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónica en el centro de salud Villa San Luis - Villa Maria Del Triunfo Lima 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 50 cuidadores, para el recojo de la información se utilizó el Inventario de habilidad del cuidado de Nogozi O. Nkongho.

organizado por las dimensiones: conocimiento, paciencia, valor. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,75); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,98). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 15,04 y un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

### CONCLUSIONES:

La habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja. Este nivel se presenta por las respuestas indicadas: casi nunca hay muy poco que yo pueda hacer para que una persona se sienta importante, asimismo casi nunca veo la necesidad de cambio en mí mismo, tampoco entiendo a las personas fácilmente. Nunca he visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver, no me tomo el tiempo para llegar a conocer a las personas, algunas veces me gusta estar incluido en las actividades grupales, no hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor, me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí y al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos.

**PALABRAS CLAVES:** *Habilidad del cuidador, cuidado del adulto mayor, enfermedades crónica, conocimiento, paciencia, valor*

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to determine the ability of the caregiver in the care of the elderly with chronic diseases in the health center Villa San Luis - Villa Maria Del Triunfo Lima 2015. It is a cross-sectional descriptive research, with a sample of 50 Caregivers, the Nogozi O. Nkongho Care Skill Inventory was used for the collection of the information.

Organized by the dimensions: knowledge, patience, courage. The validity of the instrument was made by means of the concordance test of the expert judgment obtaining a value of (0.75); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.98). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 15.04 and a significance level of  $p < 0.05$ .

### **CONCLUSIONS:**

The caregiver's ability to care for the elderly with chronic illness at Villa San Luis Health Center - Villa María del Triunfo is Low. This level is presented by the indicated answers: there is almost never very little that I can do to make a person feel important, I also rarely see the need for change in myself, nor do I understand people easily. I have never seen enough in this world for what to see, I do not take the time to get to know people, sometimes I like to be included in group activities, there is nothing I can do to make life better, I feel uneasy knowing that another person depends on me and in treating people it is very difficult to show my feelings.

**KEYWORDS:** Caregiver Skills, Elder Care, Chronic Illnesses, Knowledge, Patience, Value

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESÚMEN</b>	i
<b>ABSTRAC</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	4
<b>CAPITULOII: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	8
2.3. Definición de términos	21
2.4. Variables	22
2.4.1. Definición conceptual de la variable	22
2.4.2. Definición operacional de la variable	22
2.4.3. Operacionalización de la variable	22

<b>CAPITULOIII: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	23
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	23
3.3. Población y muestra	23
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	24
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	24
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	24
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	25
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	30
<b>CONCLUSIONES</b>	32
<b>RECOMENDACIONES</b>	33
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	34
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas son un problema de salud pública debido a la severidad y su creciente aumento; causan un gran impacto en la salud y vida de las personas que la padecen, como también en su grupo familiar, las implicaciones que ocasiona su evolución a nivel sistémico, generan limitaciones, discapacidades y dependencia de otras personas para realizar actividades de la vida cotidiana, lo cual afecta las condiciones y la calidad de vida de quienes la padecen, de quienes los rodean y especialmente de quienes los cuidan.

Los cuidadores de pacientes que padecen una enfermedad crónica representan una población vulnerable que requiere ser mirada por el sistema de salud y sus políticas; por el impacto que generan dicho anteriormente ya que ellos también hacen parte de este proceso y no se deben aislar por el hecho de no estar enfermos y ser cuidadores. En este contexto Enfermería como disciplina profesional no puede estar alejada de la problemática de salud y los fenómenos sociales que la generan y acompañan. Como profesión sus resultados deben estar encaminados a mejorar el presente y el futuro de la calidad de vida de las personas, tratando de resolver los problemas que se interponen e intervienen en el logro, a través de las acciones de promoción, mejoramiento de la salud y bienestar de los seres humanos.

.El presente estudio representa un aporte al conocimiento de enfermería para el abordaje de los cuidadores de personas con alguna enfermedad crónica, con el propósito de determinar la habilidad de cuidado, de los cuidadores de personas con alteración neurológica. La metodología aplicada es de tipo descriptiva con enfoque cuantitativo, realizada a cincuenta cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas la cual asisten al centro de salud villa san Luis en Villa María del triunfo LIMA 2014.

El instrumento empleado para la recolección de los datos fue el "Inventario para la habilidad de cuidado". (CAI por sus siglas en ingles) de la doctora Ngozi O. Nkongho, instrumento que permite cuantificar el grado de habilidad de cuidado, que una persona puede tener para cuidar de otra. Conformado por 37 ítems con graduación de tipo likert, identifica y mide dimensiones cognoscitivas y actitudinales de las categorías de la habilidad de cuidado: Conocimiento, Valor y Paciencia.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según Menéndez y col, a medida que la población envejece aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas y discapacitantes; por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables, y si no se tratan oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas. Es por eso que la discapacidad, a medida que aumenta la edad, la mayoría de veces trae consigo la dependencia. Para Pinto, la enfermedad crónica o proceso crónico, constituye un término que engloba las enfermedades de larga duración, que a menudo se asocian con incapacidad y tiene diferentes repercusiones sobre la persona, la familia y la comunidad a la cual pertenecen. Por lo tanto, se requiere de un cuidado que debe ser continuo y permanentemente supervisado, de acuerdo con las características del problema de salud.<sup>1</sup>

Habilidad de cuidado considerada como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser. No se puede apartar este concepto de lo que significa cuidar, que ha sido definido por Mayer off como “el ayudar a otro a crecer y actualizarse a sí mismo, un proceso,

una manera de relacionarse con alguien que involucra desarrollo”. La habilidad de cuidado se mide en términos de conocimiento, valor y paciencia, donde el conocimiento “es el que involucra un reconocimiento del otro como algo separado, con necesidades únicas. Implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas y debilidades, y lo que refuerza su bienestar”<sup>2</sup>

Barrera L. en su investigación en el año 2004 “Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica”, señala que en la ausencia de alternativas de cuidado para quienes viven situaciones de cronicidad bien sean pacientes o cuidadores, la carga y el estrés con el cuidado pueden resultar más altos y la institucionalización es más frecuente, en especial cuando no se cuenta con servicios asistenciales de largo plazo, no se tiene la preparación adecuada, ni alternativas de cuidado en el hogar o cuando hay problemas de soledad, dificultades en el manejo complejo de tecnología y de humanización en el cuidado institucional

En el área familiar de un paciente con alteración neurológica: se produce una

Pérdida del equilibrio familiar manifestado por pérdida del rol del enfermo, cambios en el rol de los demás miembros de la familia, separación del entorno familiar, problemas de comunicación.<sup>3</sup>

El propósito es que el individuo que cuida se cuide para cuidar mejor y las formas para hacerlo no son negándose a la realidad sino enfrentándola, pidiendo ayuda, hablando con otros, tomando las circunstancias de manera positiva y viendo los problemas o dificultades como oportunidades”. En esta medida el personal de enfermería debe conocer qué está pasando con los cuidadores, para que pueda orientar sus cuidados hacia propiciar estilos de vida saludables, a que el cuidador aprenda a sentirse bien, y a aliviar la tristeza y la depresión y generar conocimiento sobre la habilidad de cuidado de personas, buscando si dicha habilidad se relaciona con el nivel de funcionalidad del ser querido a quien cuidan.<sup>4</sup>

En estudios anteriores reportan que la mayoría de los cuidadores no disponían de la habilidad de conocimiento del cuidado. Quizá esta diferencia se deba a distintos factores; en primer lugar, el nivel académico de los cuidadores era menor; en segundo lugar, el tiempo que han permanecido como cuidadores. En este caso, los cuidadores habían atendido a las mujeres entre uno y doce meses. Otro aspecto que pudo haber influido es el sexo, en este caso predominó más las mujeres la cual eran quienes adoptaban este rol.<sup>5</sup>

Según la OMS en 2020 habrá en las Américas 200 millones de personas de más de 60 años y se estima que esa cifra subirá a 310 millones en 2050, por lo que será inevitable la aceleración de más políticas para dar servicios y atención a los adultos mayores. Además se calcula que en 2050 habrá en todo el mundo 395 millones de personas de 80 años, cuatro veces más que ahora, y para esa misma década se estima que el 22% de la población mundial serán mayores de 60, cuando en la actualidad hay un 11%.<sup>6</sup>

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el centro de salud villa san Luis - Villa María Del Triunfo Lima 2015?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónica en el centro de salud Villa San Luis - Villa María Del Triunfo Lima 2015.

### **1.3.2 Objetivos específicos:**

- Identificar la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor

con enfermedades crónicas con respecto al conocimiento.

- Determinar la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónicas con respecto a la paciencia.
- Determinar la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónicas con respecto al valor.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas constituye un término que engloba las enfermedades de larga duración, que a menudo se asocian con incapacidad y tiene diferentes repercusiones sobre la persona, la familia y la comunidad a la cual pertenecen. Por lo tanto, se requiere de un cuidado que debe ser continuo y permanentemente supervisado, es por ello la realización de esta investigación ya que es necesario conocer la habilidad de cuidado del cuidador para así como profesional de enfermería contribuir con este y con la sociedad y economía indirectamente y más importante aun con el paciente ya que este será el mayor beneficiado.

También creara conciencia de la importancia de la asistencia sanitaria de los pacientes y del apoyo socio-sanitario de la familia, pues si se quiere alcanzar el estado de bienestar, se deberá empezar por no olvidar las necesidades básicas que precisan muchos de nuestros ciudadanos. Además, le permitirá al equipo de salud establecer actividades como educadores y sobre todo al profesional de enfermería, pues este tiene la capacidad de reconocer las deficiencias en conocimientos, dudas e inquietudes de la familia, cuidadores y paciente, para luego brindar educación e información necesaria, creando espacios donde se permita la expresión de los sentimientos, expectativas, temores acerca de la nueva situación, compartir las experiencias del cuidado del enfermo, brindar conocimientos a través de demostraciones, practicas o talleres de movilización del paciente, higiene personal alimentación, eliminación, tratamiento farmacológico y algunos otros conocimientos que sean necesarios que la familia o cuidador requiera.

## **CAPITULOII: MARCO TEORICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales:**

CASTRO ORDOÑEZ, SHIRLEY; “Nivel de habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca clase funcional II yIII en una institución de III nivel Bogota 2009” se aplico un instrumento Como instrumento para recolección de la información se utilizo el Caring Hability Inventory (CAI), propuesto por La Dr. Ngozi Nkongho en 1990, por medio del cual se puede medir la habilidad de una persona para cuidar a otra. Aquí se propone reconocer la necesidad del cuidado para la supervivencia humana llegando a la conclusión:

Los cuidadores de pacientes con Insuficiencia Cardiaca se enfrentan a situaciones estresantes, adversas, nuevas y atemorizantes, que les genera una carga emocional, psicológica y física y un nivel alto de inseguridad que no les permite brindar un cuidado con un nivel de habilidad apropiado, viéndose afectado el componente valor, desarrollado a partir de las experiencias del pasado, que ayudan a estar abiertos a las necesidades del

presente; el valor implica la fortaleza con que el cuidador afronta las diferentes situaciones que se le presentan. En el estudio este componente maneja un nivel bajo viéndose influenciado negativa y positivamente por el tiempo de experiencia, ya que un largo tiempo de experiencia en el cuidado ayuda que sean más las experiencias pasadas que ayuden a afrontar las nuevas experiencias del presente, sin embargo el largo tiempo de experiencia también puede provocar cansancio, estrés y pensamientos negativos que no permiten fortalecer la habilidad en el cuidado. En cuanto al nivel de habilidad de paciencia, se habla del grado de tolerancia que el cuidador debe manejar al enfrentar diferentes situaciones y experiencias que se presenten en el día a día en el ejercicio del cuidado del paciente con Insuficiencia Cardíaca, como alteraciones, descompensaciones, situaciones nuevas, cambio de rutinas y de estilos de vida, que afectan directamente la relación cuidador-paciente y por consiguiente el nivel de habilidad del cuidado.<sup>7</sup>

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

**Martha Vera C. “Calidad de vida del adulto mayor” Asentamiento Humano Laura Caller (Lima, 2004-2006).** El objetivo principal fue conocer la calidad de vida del adulto mayor. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo, fundamentado en la teoría de las representaciones sociales. Lugar: Asentamiento Humano Laura Caller, en los Olivos. La muestra estuvo conformada por Adultos mayores y sus respectivos grupos familiares integrados por 12 personas. Métodos: Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas, previamente validados. Principales medidas de resultados: Significado de calidad de vida para el adulto mayor y para la familia. Resultados: Participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares. Los discursos a través de la ‘objetivación’ y el ‘anclaje’

y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor y valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida.

Los resultados fueron: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda. <sup>(8)</sup>

**Anika Remusgos “El nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que reciben las enfermeras de geriatría del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen” Lima, 2005.** El objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que reciben las enfermeras de geriatría. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales usando un formulario estructurado previo conocimiento informado del paciente durante los meses de octubre. El presente estudio es descriptivo-trasversal estando la muestra constituida por 76 pacientes, siendo la técnica la muestra aleatoria simple.

Se concluyó: que los pacientes adultos mayores tienen un nivel de satisfacción medio con tendencia a un nivel de satisfacción bajo respecto al cuidado de enfermería recibidos en el servicio de geriatría del HNGAI siendo la más baja la dimensión de calidez respecto a la dimensión de calidad. <sup>(9)</sup>

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 EL CUIDADOR**

Cuidar significa prestar atenciones en todo lo referente a la actividad vital de una persona. La amplitud de este concepto explica también su complejidad y acarrea un sinnúmero de funciones no escritas, pero presentes en el día a día de la evolución de un enfermo. Hay que tener en cuenta que los cuidados integrales que este tipo de pacientes precisan incluyen atenciones desde el punto de vista psíquico y social-relacional, control de la conducta y del comportamiento, y atenciones medio- ambientales. Según el Dr. Andrés Vázquez Piñeiro, "las aptitudes necesarias para ser un buen cuidador son fundamentalmente el cariño, la honestidad y la sinceridad. Estas cualidades personales son la base de un correcto cuidado del enfermo, y se deben modular mediante actitudes positivas para que la carga de cuidados no llegue a agotarnos física y psíquicamente y esta situación provoque el fin de nuestro rol de cuidadores ".El entrenamiento del cuidador es un proceso que tiene como fin la adquisición de destrezas necesarias para la realización de una determinada función. Este entrenamiento se adquirirá mediante la información adecuada, la lectura y la propia experiencia práctica. La formación sería la combinación adecuada de buen entrenamiento y una correcta instrucción que nos permita aumentar los conocimientos, cambiar actitudes negativas y adquirir capacidades adecuadas de cuidados.

El Dr. Vázquez Piñeiro da algunos consejos necesarios para afrontar el gran reto de cuidador. "Formarse e informarse adecuadamente y con profesionales expertos. Planificar detalladamente el tipo de cuidados, el tiempo de dedicación y el soporte humano y material que necesitamos para cumplir adecuadamente esta tarea. Por último, planificar nuestro propio

cuidado ".Cabe distinguir entre cuidadores formales e informales. Los formales son personas contratadas para estos menesteres, mientras que los informales son miembros de la familia u otras personas cercanas al paciente. "El papel de cuidador ha sido tradicionalmente un rol femenino y sigue siéndolo. En la actualidad, las estadísticas nos indican que las mujeres en porcentajes superiores al 85% son las cuidadoras invisibles e indispensables, sin las que el sistema de atención socio- sanitaria de nuestro país no podría funcionar ni los enfermos sobrevivir" comenta el Dr. Vázquez Piñeiro.<sup>8</sup>

Se denominan cuidadoras familiares (o informales) al conjunto de personas, en un 85% mujeres, que dedican una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes. Suponen un colectivo cada vez más numeroso que realizan una tarea necesaria (entre un 5 y un 10% de los mayores de 65 años tienen limitaciones de autocuidado y movilidad) que, sin embargo, es poco visible y reconocida socialmente.<sup>9</sup>

El cuidado es identificado como el objeto de estudio de enfermería, sin embargo este concepto ha sido abordado y descrito por enfermería y otras disciplinas. Las teoristas en enfermería han realizado grandes esfuerzos en el estudio del cuidado que han permitido determinar la importancia y el significado del cuidado de enfermería para la salud, el desarrollo y supervivencia humana.

M. Leininger (1981), define el cuidado como los modos específicos cognitiva y culturalmente aprendidos, ayudar a otros a recibir servicios personalizados para mejorar y mantener un estado saludable para la vida o muerte.<sup>10</sup>

## 2.2.2 HABILIDAD DE CUIDADO

Este estudio retoma la definición de habilidad de cuidado de Ngozi Nkongho como la manera de relacionarse el cuidador con el receptor de cuidado, que es compleja, porque la expresión de la habilidad no depende en muchos casos de capacidades sino de factores de motivación internos o externos para el desarrollo de la misma.

Se basa en el concepto de cuidado, o sea, una relación que debe poseer conocimiento, paciencia, honestidad, confianza, humildad, etc., y en el concepto de habilidad que es la experiencia del cuidado, que está de terminada por tres elementos: conocimiento, valor y paciencia.<sup>11</sup>

J. Watson (1979), ve la enfermería como la ciencia del cuidado con un equilibrio entre el aspecto científico y humanístico del cuidado. Describe el cuidado como un proceso interpersonal que involucra la preocupación y el deseo de ayudar a la otra persona a lograr el bienestar mental, físico, sociocultural y espiritual. Cuyos componentes pueden ser identificados, estudiados y evaluados.

Sin embargo el cuidado no es una acción exclusiva de enfermería, todas o gran parte de las actividades que se realizan alrededor del cuidado del ser humano en situación de salud – enfermedad son realizadas a nivel no profesional, en escenarios cotidianos de la vida del ser humano, que hacen que exista una manera particular de percibir y valorar el cuidado, y esperar que este reúna determinadas características o condiciones.<sup>12</sup>

Watson citado por Gaut Delores (1996) señala que hay tres elementos que son fundamentales en la entrega del cuidado 1) la conciencia y el conocimiento de las necesidades de asistencia de uno mismo, 2) la intención de cuidar y las acciones basadas en el conocimiento y 3) y un cambio positivo como resultado de la

asistencia. La habilidad de cuidado del cuidador principal hace referencia al potencial del cuidado que tiene la persona adulta, que asume el rol de cuidador principal de un familiar o una persona significativa que se encuentra en situación crónica. Bajo este referente conceptual “el cuidador que es hábil tendrá la posibilidad de encontrar significado en los hallazgos, de mantener un vínculo significativo, de hacer actividades de forma estética, de tomar decisiones pertinentes para determinar el curso de la acción, que debe realizar. El cuidador hábil comprende que él y las personas a su cargo son seres humanos activos trascendentes y totales en todo momento<sup>13</sup>

### **2.2.3 INVENTARIO DE HABILIDAD DEL CUIDADO CAI**

Constituye una herramienta que mide la habilidad de cuidar cuando se esta involucrado en una relación con otros; fue propuesto por Nogozi O. Nkongho como medición de la habilidad del cuidado en el año 1999, quien con base en un estudio fenomenológico desarrollo dicho inventario CAI, el cual permite cuantificar el grado de habilidad del cuidado que una persona puede tener por otros. Este instrumento parte de cuatro presunciones teóricas como son: “el cuidado es multidimensional con elementos cognoscitivos y de actitud; el potencial para cuidar está presente en todos los individuos; el cuidado se puede aprender; y, el cuidado es cuantificable”

La autora se baso en el concepto de cuidado de Mayer off como “una relación que debe poseer conocimiento, cambio de ritmos, paciencia, honestidad, confianza ,humildad, esperanza y coraje”, y la construcción de indicadores de cuidado como son: conocimiento, ritmo alternante, paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y valor, permite a su vez identificar varias características en el cuidador de su habilidad tales como: individualidad, se unitario, relacionado a su vez con necesidades personales, sociales, culturales y económicas, debilidades y, refuerzos de su bienestar.

Además estos indicadores permiten que el cuidador tenga La capacidad de identificar momentos del cuidado e identificar patrones de conocimiento hacia el cuidado los cuales pueden ser modificables, estáticos o por aprender (ritmo alternante); permite además, espacios hacia la tolerancia como la capacidad de reconocimiento del otro para ser un interlocutor válido (teorías sociales de la comunicación); y por último, la seguridad sobre las propias habilidades y las de la otra persona (confianza), relacionada con el grado de independencia

La autora propone el uso de 37 afirmaciones clasificadas en **tres categorías** inicialmente presentadas por Maye roff en 1971, como son **conocimiento, valor y paciencia**, las cuales pretenden reflejar el pensamiento a cerca de otras personas en situaciones en las que se hace necesario tener o disponer de cierto grado de ellas, para propender cuidados según la situación misma, en especial en eventos de enfermedad de larga duración y de altas demandas en la capacidad de cuidado proporcionada por el cuidador.

Para Nogozi O. Nkongho el **conocimiento** es el entendimiento del propio ser y de otros, **valor**, como la habilidad para enfrentar lo desconocido, y **paciencia** como la tolerancia y la persistencia.

Se propone que este instrumento se emplee como una guía vocacional y como una herramienta en la asesoría para quienes quieren asumir roles que implican tener habilidad de cuidado tales como el de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad neurológica. El conocimiento involucra reconocer la habilidad del cuidador haciendo necesario identificar que es un ser unitario, el cual se relaciona con necesidades personales, sociales, culturales, económicas, con fortalezas y con debilidades, facultades que refuerzan sus condiciones de bienestar propio.<sup>14</sup>

Las habilidades de cuidado de los cuidadores familiares son el potencial de cuidado que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se

encuentra en situación de enfermedad crónica discapacitante. Esta habilidad incluye la dimensión cognoscitiva y actitudinal, que son identificadas y medidas según los indicadores de conocimiento, valor y paciencia que propone Ngozi O Nkongho. La habilidad vista así puede medirse a través de la comunicación directa con cada persona.<sup>15</sup>

**Conocimiento:** Para el estudio se tomo la definición planteada por Ngozi Nkongho, la cual determina que el conocimiento es considerado como una condición primordial para cuidar, éste incluye el autoconocimiento, el conocimiento del otro, sus fortalezas y limitaciones al igual que sus necesidades particulares; y el ritmo alterno está relacionado con las fluctuaciones o cambios que se dan durante la experiencia del cuidado. El conocimiento implica el entendimiento con la persona de sus necesidades, fuerzas, debilidades y lo que refuerza su bienestar, puede ser implícito o explícito, directo e indirecto, conociendo sus fuerzas y limitantes.

**Valor:** Para este estudio se definió el valor como la habilidad para enfrentar lo desconocido. El valor para cuidar se obtiene de experiencias del pasado, siendo sensible y abriéndose a las necesidades del presente.

**Paciencia:** este estudio, la paciencia es lo que le permite al cuidador ser tolerante en situaciones donde se presenta cierto grado de confusión y de desorganización. Es la actitud que le permite al hombre poder soportar cualquier contratiempo y dificultad

### **2.2.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS:**

Desde las últimas décadas del siglo XX las enfermedades crónicas se han incrementado significativamente transformándose en una de las principales causas tanto de la reducción en la calidad de vida de la población mundial, como del aumento de las

tasas de mortalidad. Desde el punto de vista epidemiológico se define enfermedad crónica a la patología que presenta básicamente estas tres características.<sup>16</sup>

- alta prevalencia
- larga duración
- no curable

### **2.2.3.1 DATOS Y CIFRAS SEGÚN LA OMS**

- Las enfermedades crónicas matan a más de 36 millones de personas cada año.
- Casi el 80% de las defunciones por enfermedades crónicas -29 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios.
- Más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos.
- Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por enfermedades crónicas, 17,3 millones cada año, seguidas del cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones), y la diabetes (1,3 millones).
- Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las muertes por enfermedades crónicas.
- Además, comparten cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas.<sup>17</sup>

### **2.2.3.2 PANORAMA GENERAL**

Las enfermedades crónicas, también conocidas como enfermedades no transmisibles, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no

transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebro vasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Las enfermedades crónicas afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 80% de las muertes por enfermedades crónicas, 29 millones. Son la principal causa de mortalidad en todas las regiones excepto en África, pero según las estimaciones actuales en 2020 los mayores incrementos de la mortalidad por enfermedades crónicas corresponderán a ese continente. En los países africanos, se prevé que las defunciones por enfermedades crónicas superarán la suma de las causadas por las enfermedades transmisibles y nutricionales y por la morbilidad materna y perinatal como causa más frecuente de muerte en 2030.<sup>18</sup>

### **2.2.3.3 VULNERABLES A ESTAS ENFERMEDADES**

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol.

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables. Por ejemplo, esto último, en forma de dietas malsanas, puede manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la

glucosa sanguínea, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo intermedios" que pueden dar lugar a una dolencia cardiovascular, una de las enfermedades crónicas.<sup>19</sup>

## **2.2.4 FACTORES DE RIESGO**

### **2.2.4.1 Factores de riesgo comportamentales modificables**

El consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las enfermedades crónicas o las causan directamente.

El tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (más de 600 000 por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030.

Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.

Aproximadamente 1,7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras.

La mitad de los 2,3 millones de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ENT.<sup>20</sup>

### **2.2.4.2 Factores de riesgo metabólicos/fisiológicos**

Esos comportamientos propician cuatro cambios metabólicos/fisiológicos clave que aumentan el riesgo de enfermedades crónicas: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo de enfermedades crónicas a nivel mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuyen el 16,5% de las defunciones a nivel mundial, seguido por el consumo de tabaco (9%), el aumento de la glucosa sanguínea (6%), la inactividad física (6%), y el sobrepeso y la obesidad (5%). En los países de ingresos bajos y medios se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso.<sup>20</sup>

### **2.2.5 Impacto Socioeconómico Tienen Las Enfermedades Crónicas**

Las enfermedades crónicas amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. La pobreza está estrechamente relacionada con las enfermedades crónicas. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud.

En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y abocarlas a la pobreza. Los costos desorbitados de las enfermedades crónicas, en particular el a menudo prolongado y oneroso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando a unos millones de personas a la pobreza cada año, sofocando el desarrollo.

En muchos países, el uso nocivo del alcohol y el consumo de alimentos malsanos se dan tanto en los grupos de ingresos altos como en los de ingresos bajos. Sin embargo, los primeros pueden acceder a servicios y productos que los protegen de los riesgos más importantes, mientras que los grupos de ingresos bajos no suelen poder permitirse esos productos y servicios.<sup>21</sup>

### **2.2.6 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICA**

A fin de reducir el impacto de las enfermedades crónicas en los individuos y la sociedad, hay que aplicar un enfoque integral que

fuerce a todos los sectores, incluidos entre otros los relacionados con la salud, las finanzas, los asuntos exteriores, la educación, la agricultura y la planificación, a colaborar para reducir los riesgos asociados a las enfermedades crónicas, así como a promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas.

Una táctica importante para reducir las enfermedades crónicas consiste en reducir los factores de riesgo asociados a esas enfermedades. Hay soluciones de bajo costo para reducir los factores de riesgo modificables más comunes (principalmente el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la inactividad física, y el uso nocivo del alcohol) y para cartografiar la epidemia de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

Otra opción para combatir las enfermedades crónicas son algunas intervenciones esenciales de alto impacto que pueden aplicarse mediante un enfoque de atención primaria que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno. La evidencia muestra que este tipo de intervenciones son una excelente inversión económica, dado que, si se instauran tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros. Estas medidas pueden aplicarse además en contextos con distintos niveles de recursos. Para conseguir el máximo efecto hay que formular políticas públicas saludables que promuevan la prevención y el control de las enfermedades crónicas, y reorientar los sistemas de salud para que cubran las necesidades de las personas que sufren esas enfermedades.

Los países de ingresos bajos suelen tener una baja capacidad de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

En los países de ingresos altos la probabilidad de tener los servicios de enfermedades crónicas cubiertos por un seguro de salud es casi cuatro veces mayor que en los países de ingresos bajos. Los países con una cobertura insuficiente de seguros de

enfermedad difícilmente pueden ofrecer acceso universal a intervenciones esenciales contra las enfermedades crónicas.<sup>22</sup>

## **Teorías de Enfermería**

### **Modelo de Hildegard Peplau**

El ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades. La salud implica el avance de la personalidad y demás procesos humanos que hacen sentirse útil.<sup>(18)</sup>

La enfermera, a través de su personalidad, guía los resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados. Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud.

Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o necesidad de ayuda. Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería actúan de manera coordinada.

- **Fase de orientación:** El paciente intenta clarificar sus dificultades y la amplitud de las necesidades de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.
- **Fase de identificación:** El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.
- **Fase de aprovechamiento:** El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La

enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.

- **Fase de resolución.** El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos.

Las Funciones de enfermería en el modelo de Hildegarde Peplau consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva. El objetivo de este modelo es que el ser humano alcance el máximo grado de desarrollo personal.<sup>(18)</sup>

### **Modelo de Callista Roy**

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

1. **Área fisiológica.** Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
2. **Área de autoimagen.** La imagen que uno tiene de sí mismo.
3. **Área de dominio del rol.** Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
4. **Área de independencia.** Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles. El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina el «continuum» (o trayectoria) salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará. La salud es un estado y un proceso de ser y llega a

ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

**Estímulos focales.** Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente. Por ejemplo, un proceso gripal.

**Estímulos contextuales.** Todos aquellos que están presentes en el proceso. Por ejemplo, temperatura ambiente.

**Estímulos residuales.** Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente. Por ejemplo, abrigo, tratamientos caseros

Funciones de enfermería para Callista Roy son promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas, tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería. El objetivo es que el individuo alcance su máximo nivel de adaptación.<sup>(18)</sup>

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

**Habilidad de cuidado:** Es considerada como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser

**Conocimiento:** implica entender quién es la persona a quien se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades, lo que refuerza su bienestar; incluye el conocimiento de sí mismo.

**Paciencia:** obtenido de experiencias del pasado; es estar abierto a las necesidades del presente.

**Valor:** dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración; incluye el grado de tolerancia a los problemas

## 2.5 VARIABLE

### 2.5.1 Definición conceptual de la variable:

**Habilidad del cuidador:** Es considerada como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser.

### 2.5.2 Definición operacional de la variable

La habilidad del cuidador será considerado como las destrezas que este tiene para brindar un buen cuidado, también se tiene que considera a los conocimientos que estos tengan ya que de lo contrario el cuidado será erróneo.

### 2.5.3 Operacionalizacion de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Habilidad del cuidador	Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autoconocimiento</li><li>• Conocimiento del otro</li><li>• Fortalezas</li><li>• Limitaciones</li><li>• Necesidades particulares</li></ul>
	Paciencia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autoexpresión</li><li>• exploración</li></ul>
	Valor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Experiencias del pasado</li><li>• Sensibilidad</li></ul>

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El siguiente trabajo de Investigación tiene un enfoque cuantitativo, es de tipo no experimental de diseño Descriptivo, de corte Transversal porque pretende determinar la habilidad de cuidado del cuidador en el adulto mayor con enfermedades crónicas en el Centro de .Salud VILLA SAN LUIS Villa María del Triunfo Lima 2015

### **3.2 DESCRIPCIÓN DE LA SEDE DE ESTUDIO**

El estudio de investigación se realizará en el Centro de Salud Villa San Luis en Villa María del Triunfo donde hay un club del adulto mayor.

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población**

La población de estudio está constituida por los cuidadores del adulto mayor con enfermedades crónicas que asisten al Centro de Salud Villa San Luis en Villa María del Triunfo. Son un total de 50 cuidadores.

#### **3.3.2. Muestra**

El total de la población presentada

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Este instrumento consta de un cuestionario de 36 preguntas la cual esta validado para recolección de la información se utilizo el Caring Hability Inventory (CAI), propuesto por La Dr. Ngozi Nkongho, por medio del cual se puede medir la habilidad de una persona para cuidar a otra. Aquí se propone reconocer la necesidad del cuidado para la supervivencia humana.

**Categoría Conocimiento** se determina a través de 14 ítems, con un posible rango de puntaje de 14 a 56. Incluye los ítems numero 2, 3, 6, 7, 9, 19, 22, 26, 30, 31, 33, 34, 35 y 37.

**Categoría Valor** se determina a través de 13 ítems, con posible rango de puntaje de 13-52. Incluye los ítems numero 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 25, 28, 29 y 32.

**Categoría Paciencia** se determinan a través de 10 ítems y su puntaje puede ir de 10 hasta 40, los ítems que corresponde a esta categoría son: 1, 5, 10, 17, 18, 20, 21, 24, 27.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

El instrumento será validado mediante juicio de expertos, requiere prueba piloto para establecer la confiabilidad ya que sirve para obtener la información del adulto mayor de acuerdo a sus factores socio demográficos psicológicos y biológicos.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

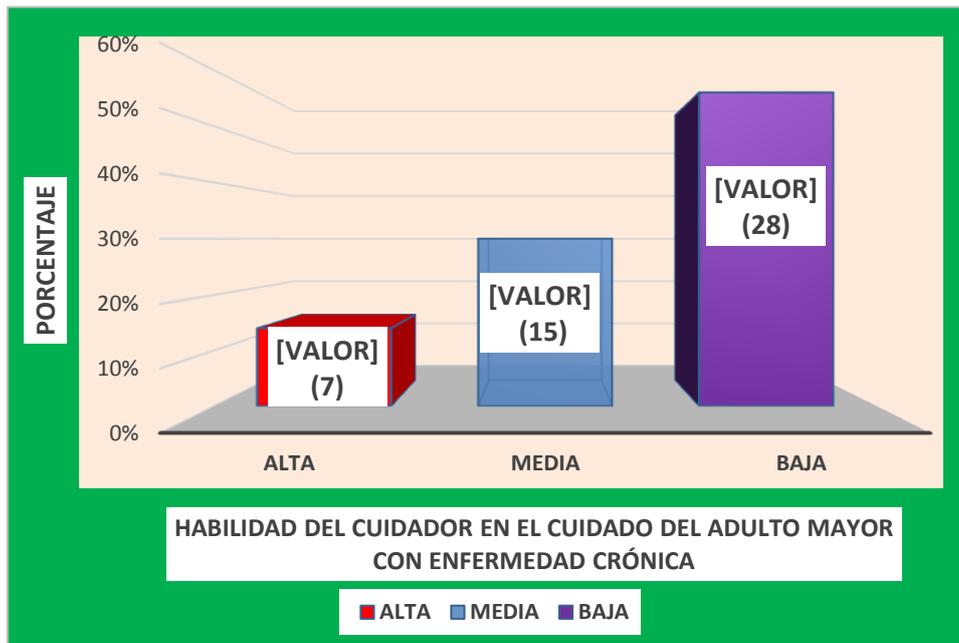
Se solicitará una carta de presentación de la Dirección de Escuela Académico Profesional de Enfermería, dirigida al director del Centro de Salud para que autorice el desarrollo del proyecto.

La ficha de recolección de datos será sometida a prueba de expertos. Posteriormente se identificará a la población de estudio de forma diaria, la investigadora acudirá al centro de salud y captará a los adultos mayores que acudan al establecimiento.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### GRAFICO 1

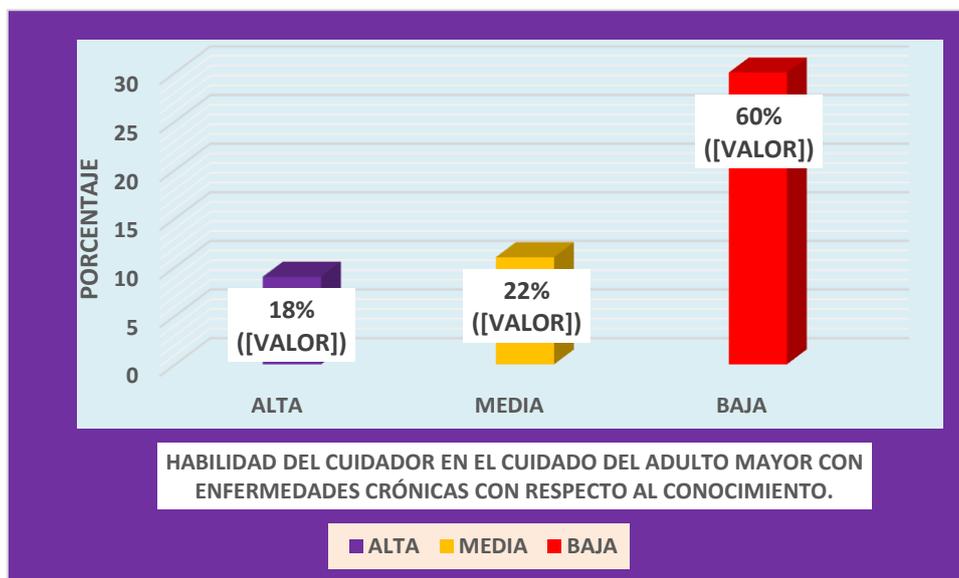
#### HABILIDAD DEL CUIDADOR EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL CENTRO DE SALUD VILLA SAN LUIS - VILLA MARIA DEL TRIUNFO LIMA 2015.



Según los resultados presentados en la Grafica 1, la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja en un 56%(28), Media en un 30%(15) y Alta en un 14%(7). Estos niveles se presentan por las respuestas indicadas: casi nunca hay muy poco que yo pueda hacer para que una persona se sienta importante, asimismo casi nunca veo la necesidad de cambio en mí mismo, tampoco entiendo a las personas fácilmente. Nunca he visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver, no me tomo el tiempo para llegar a conocer a las personas, algunas veces me gusta estar incluido en las actividades grupales, no hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor, me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí y al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos.

## GRAFICO 2

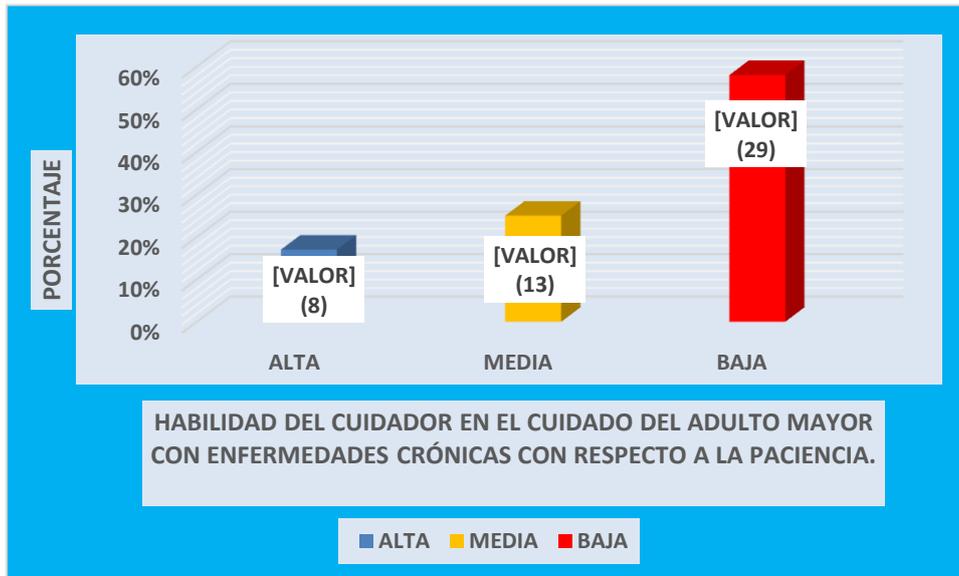
### HABILIDAD DEL CUIDADOR EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS CON RESPECTO AL CONOCIMIENTO.



Según los resultados presentados en la Grafica 2, la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica con respeto al conocimiento, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja en un 60%(30), Media en un 22%(11) y Alta en un 18%(9).

### GRAFICO 3

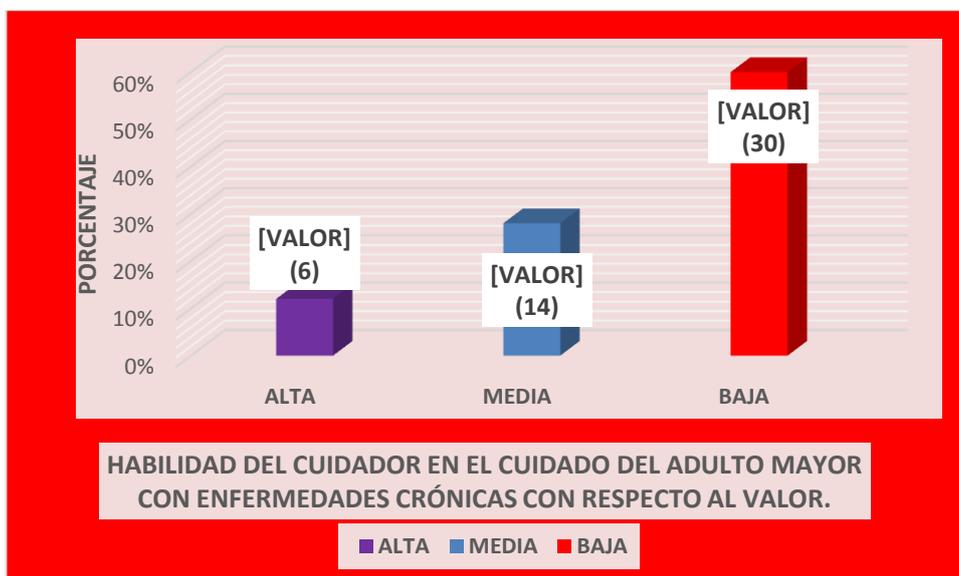
#### HABILIDAD DEL CUIDADOR EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS CON RESPECTO A LA PACIENCIA.



Según los resultados presentados en la Grafica 3, la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica con respecto a la paciencia, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja en un 58%(29), Media en un 25%(13) y Alta en un 17%(8).

#### GRAFICO 4

### HABILIDAD DEL CUIDADOR EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS CON RESPECTO AL VALOR.



Según los resultados presentados en la Grafica 4, la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica con respecto a la paciencia, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja en un 60%(30), Media en un 28%(14) y Alta en un 12%(6).

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General

Ha: La habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es baja.

Ho: La habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, no es baja.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$  (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado ( $X^2$ )

	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>BAJO</b>	<b>TOTAL</b>
Observadas	7	15	28	50
Esperadas	17	17	16	
O-E) <sup>2</sup>	100	4	144	
(O-E) <sup>2</sup> /E	5,8	0,24	9	15,04

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado ( $X_C^2$ ) es de 15,04; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla ( $X_T^2$ ) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ( $X_T^2 < X_C^2$ ), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha).

Siendo cierto que: La habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es baja.

## **DISCUSION DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

La habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja en un 56%(28), Media en un 30%(15) y Alta en un 14%(7). Estos niveles se presentan por las respuestas indicadas: casi nunca hay muy poco que yo pueda hacer para que una persona se sienta importante, asimismo casi nunca veo la necesidad de cambio en mí mismo, tampoco entiendo a las personas fácilmente. Nunca he visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver, no me tomo el tiempo para llegar a conocer a las personas, algunas veces me gusta estar incluido en las actividades grupales, no hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor, me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí y al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos. Coincidiendo con CASTRO (2009) llegando a la conclusión: Los cuidadores de pacientes con Insuficiencia Cardíaca se enfrentan a situaciones estresantes, adversas, nuevas y atemorizantes, que les genera una carga emocional, psicológica y física y un nivel alto de inseguridad que no les permite brindar un cuidado con un nivel de habilidad apropiado, viéndose afectado el componente valor, desarrollado a partir de las experiencias del pasado, que ayudan a estar abiertos a las necesidades del presente; el valor implica la fortaleza con que el cuidador afronta las diferentes situaciones que se le presentan. En el estudio este componente manejo un nivel bajo viéndose influenciado negativa y positivamente por el tiempo de experiencia, ya que un largo tiempo de experiencia en el cuidado ayuda que sean más las experiencias pasadas que ayuden a afrontar las nuevas experiencias del presente, sin embargo el largo tiempo de experiencia también puede provocar cansancio, estrés y pensamientos negativos que no permiten fortalecer la habilidad en el cuidado. En cuanto al nivel de habilidad de paciencia, se habla del grado de tolerancia que el cuidador debe manejar al enfrentar diferentes situaciones y experiencias que se presenten en el día a día en el ejercicio del cuidado del paciente con Insuficiencia Cardíaca, como alteraciones,

descompensaciones, situaciones nuevas, cambio de rutinas y de estilos de vida, que afectan directamente la relación cuidador-paciente y por consiguiente el nivel de habilidad del cuidado.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica con respeto al conocimiento, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja en un 60%(30), Media en un 22%(11) y Alta en un 18%(9). Coincidiendo con Vera (2006). Los resultados fueron: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica con respeto a la paciencia, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja en un 58%(29), Media en un 25%(13) y Alta en un 17%(8). Coincidiendo con Remusgos (2005) concluyó: que los pacientes adultos mayores tienen un nivel de satisfacción medio con tendencia a un nivel de satisfacción bajo respecto al cuidado de enfermería recibidos en el servicio de geriatría del HNGAI siendo la más baja la dimensión de calidez respecto a la dimensión de calidad.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 3**

la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica con respeto a la paciencia, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja en un 60%(30), Media en un 28%(14) y Alta en un 12%(6).

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

La habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja. Este nivel se presenta por las respuestas indicadas: casi nunca hay muy poco que yo pueda hacer para que una persona se sienta importante, asimismo casi nunca veo la necesidad de cambio en mí mismo, tampoco entiendo a las personas fácilmente. Nunca he visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver, no me tomo el tiempo para llegar a conocer a las personas, algunas veces me gusta estar incluido en las actividades grupales, no hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor, me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí y al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos. Se comprobó estadísticamente mediante el chi cuadrado con un valor de 15,04 y un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

### **SEGUNDO**

La habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica con respeto al conocimiento, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja.

### **TERCERO**

la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica con respeto a la paciencia, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja.

### **CUARTO**

la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica con respeto a la paciencia, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, es Baja.

## **RECOMENDACIONES**

Reevaluar y redireccionar de acuerdo a las necesidades, los programas actuales dirigidos a los cuidadores, que permitan brindar cuidados, orientación y mejorar sus habilidades acorde a las necesidades del adulto mayor con enfermedad crónica, en el Centro de Salud Villa San Luis - Villa María del Triunfo, .

Implementar registros relacionados con el número de adulto mayor con enfermedad crónica y por consiguiente del número de cuidadores, para poder realizar seguimientos e investigaciones con muestras más representativas a este grupo poblacional.

Diseñar programas educativos para los cuidadores del adulto mayor con enfermedad crónica, que permita valorar y fortalecer las debilidades existentes apoyando las actividades de cuidado de los cuidadores, esto permitiría proporcionar conocimientos relacionados con las habilidades en los cuidadores, y por consiguiente mejorar en su rol.

Promover la realización de investigaciones centradas en programas de intervención por enfermería, dirigidos a los cuidadores de pacientes del adulto mayor con enfermedad crónica.

Incluir en los currículos de enfermería, los cuidados necesarios para los cuidadores de personas con enfermedades crónicas, acordes con la realidad en salud que le permitan vivir con este tipo de enfermedades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nkongho N. The caring ability inventory. En: Strickland OL, Waltz CF. Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills. NewYork: Springer; 1990. pp. 3-16.
2. Keffer MJ. Modelo de salud. En: MarrinerTomey A. Modelos y teorías de enfermería. 3 ed. Madrid: HarcourtBrace; 1995. pp. 475-493.
3. Keffer MJ. Modelo de salud. En: MarrinerTomey A. Modelos y teorías de enfermería. 3 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1995. pp. 475-493.
4. Bernstein Hyman R, Corbin J. Chronic illness: Research and theory for nursing practice. New York: Springer; 2001. pp. 106-152.
5. Sánchez B. Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. En: Grupo de Cuidado. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. pp. 373-385.
6. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Clasificación de la enfermedad crónica desde el punto de vista del cuidado: Minitexto asignatura maestría área de énfasis II cuidado al paciente crónico. 2 ed. Bogotá: Universidad. Nacional de Colombia; 1996. pp. 25-27.
7. Sánchez B. El cuidado de la salud de personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. Actual. enferm 2002;5(1):13-16.
8. Davidhizar R. Entendiendo la impotencia de los miembros de familia cuidadores de enfermos crónicos. Geriatr. nurs 1992;13(2):66.
9. Bowers B. Cuidado intergeneracional: Cuidadores adultos y sus padres ancianos. Adv. nurs. sci 1987;9(2):20-31.
10. Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación crónica de enfermedad. Invest. educ. enferm 2001;19(2):36-51.

11. Fanny Rincón (Entrevista, 2000), Cuidador familiar. Santafé de Bogotá. Citado por: Sánchez B. En: La experiencia de ser cuidador: Un estudio fenomenológico. [Proyecto de investigación.] Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2000.
12. Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación crónica de enfermedad. Invest. educ. enferm 2001;19 (2):36-51.
13. Morton L, Laurence F. El impacto de la enfermedad crónica en la salud y bienestar de miembros de la familia. Gerontologist 1995;35(1):94-102.
14. Sánchez B. Habilidad de cuidado del cuidador familiar de personas con enfermedad crónica. En: Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogota. El arte y la ciencia del cuidado. Santafé de Bogota: Unibiblos; 2002. pp. 373-385.
15. Nkongho N. The caring ability inventory. En: Strickland OL, Waltz CF. Measurement of nursing outcomes: Self care and coping. New York: Springer; 1990. pp. 3-16.
16. Nkongho N. The caring ability inventory. En: Strickland OL, Waltz CF. Measurement of nursing outcomes: Self care and coping. New York: Springer; 1990. pp. 3-16.
17. Mayeroff M. On Caring. New York: Harpaer& Row; 1971.

# ANEXO

## CUESTIONARIO

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_ Genero: M\_\_\_ F\_\_\_

Edad del Paciente\_\_\_\_\_ Edad del cuidador\_\_\_\_\_

Tiempo de ser cuidador\_\_\_\_\_

Estado Civil\_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: Ninguno\_\_\_ Primaria\_\_\_ Secundaria \_\_\_

Tecnológico\_\_\_\_\_ Universitario\_\_\_\_\_

Estrato socio-económico: 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_ 6\_\_

Usted tiene algún vínculo familiar con el paciente? SI\_\_\_ NO\_\_\_ CUAL?

### **Inventario de habilidad del cuidado de Nogozi O. Nkongho.**

Por favor lea cada una de las siguientes declaraciones y decida que tan bien refleja sus pensamientos acerca de otras personas en general. No hay una respuesta correcta o errada. Utilice las siguientes respuestas:

- (1) NUNCA
- (2) CASI NUNCA
- (3) CASI SIEMPRE
- (4) SIEMPRE

Indicador	1	2	3	4
1-Creo que aprender toma tiempo.	1	2	3	4
2-El hoy esta lleno de oportunidades.	1	2	3	4
3-Usualmente digo lo que quiero decir a otros	1	2	3	4
4-Hay muy poco que yo pueda hacer para que una persona se sienta importante.	1	2	3	4

5-Veo la necesidad de cambio en mí mismo.	1	2	3	4
6- Tengo la capacidad que me gusten las personas así yo no les guste a ellas.	1	2	3	4
7-Entiendo a las personas fácilmente.	1	2	3	4
8-He visto suficiente en este mundo para lo que hay que ver.	1	2	3	4
9-Me tomo el tiempo para llegar a conocer a las personas.	1	2	3	4
10-Algunas veces me gusta estar incluido en las actividades grupales.	1	2	3	4
11-No hay nada que pueda hacer para hacer la vida mejor.	1	2	3	4
12-Me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mi.	1	2	3	4
14-Al tratar a las personas es muy difícil mostrar mis sentimientos	1	2	3	4
15-No importa lo que diga mientras haga lo correcto.	1	2	3	4
16-Encuentro difícil entender como se sienten las personas si no he tenido experiencias similares.	1	2	3	4
17-Admiro a las personas que son calmadas Compuestas y pacientes.	1	2	3	4
18-Creo que es importante respetar las actividades y sentimientos de otros.	1	2	3	4
19-La gente puede contar conmigo para hacer lo que dije que haría.	1	2	3	4

20-Creo que hay espacio para mejorar.	1	2	3	4
21-Los buenos amigos velan por los otros.	1	2	3	4
22-Encuentro significado en cada situación	1	2	3	4
23-Tengo miedo de “dejar ir” a aquellos a quienes cuido por temor de lo que pueda sucederles.	1	2	3	4
24-Me gusta ofrecer aliento a las personas.	1	2	3	4
25-No me gusta hacer compromisos más allá del presente.	1	2	3	4
26-De verdad me gusto a mi mismo.	1	2	3	4
27-Veo fortalezas y debilidades (limitantes) en cada individuo	1	2	3	4
28-Las nuevas experiencias son usualmente miedosas para mí.	1	2	3	4
29-Tengo miedo de abrirme y dejar que otros vean quien soy	1	2	3	4
30-Acepto a las personas tal como son.	1	2	3	4
31-Cuando cuido a alguien no tengo que esconder mis sentimientos	1	2	3	4
32-No me gusta que me pidan ayuda.	1	2	3	4
33-Puedo expresar mis sentimientos a las personas de una forma cálida y cuidadosa.	1	2	3	4
34- Me gusta hablar con las personas	1	2	3	4
35- Me veo como una persona sincera en mis relaciones con otros	1	2	3	4
36-Las personas necesitan espacio (Lugar, privacidad)para pensar y sentir.	1	2	3	4
37-Puedo ser abordado por las personas en cualquier momento	1	2	3	4

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### “HABILIDAD DEL CUIDADOR EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL CENTRO DE .SALUD VILLA SAN LUIS VILLA MARIA DEL TRIUNFO LIMA 2014”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENCIONES	INDICADORES
<p>¿Cuál es la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica en el Centro de Salud Villa San Luis Villa Maria Del Triunfo Lima 2015?</p>	<p><b>GENERAL:</b>            Determinar la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónica en el Centro de Salud Villa San Luis Villa Maria Del Triunfo Lima 2015.</p> <p><b>ESPECIFICO:</b></p> <p>Identificar la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónicas con respecto al conocimiento.</p> <p>Determinar la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónicas con respecto a la paciencia.</p> <p>Determinar la habilidad del cuidador en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónicas con respecto al valor.</p>	<p>Habilidad del cuidador</p>	<p>Conocimiento</p> <p>Paciencia</p> <p>Valor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconocimiento</li> <li>• Conocimiento del otro</li> <li>• Fortalezas</li> <li>• Limitaciones</li> <li>• Necesidades particulares</li>   <li>• Autoexpresión</li> <li>• exploración</li>   <li>• Experiencias del pasado</li> <li>• Sensibilidad</li> </ul>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Solicitud: carta de presentación para  
Proceso de investigación.**

**Señora Doctora:**

Fernanda Gallegos de Bernaola

Directora de la escuela Académico profesional de enfermería-FMH Y CS-UAP

PRESENTE.-

Yo del Carpio Caballero Doris Elva, identificado con código 2010208149, estudiante del séptimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UAP, ante usted. Respetuosamente me presento y expongo:

Que, actualmente estoy cursando la asignatura de ejecución de proyectos de investigación y solicito autorización para aplicar el instrumento y obtener datos de la investigación que por título: **“HABILIDAD DE CUIDADO DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL CENTRO DE SALUD VILLA SAN LUIS VILLA MARIA DEL TRIUNFO - LIMA PERÚ, MARZO – 2015”**.

Por lo expuesto, solicito se me otorgue una carta de presentación para realizar la investigación científica, dirigida al directora Dra. Fiorela de la Torre Sanchesmedico general.

Agradeceré a Ud. Su gentil atención.

Surco, 24 de abril del 2014.

Atentamente.

-----  
Del Carpio Caballero, Doris Elva



### DECLARACIÓN JURADA

Yo Del Carpio Caballero, Doris Elva identificado (a) con DNI 45154864

En honor de la verdad declaro bajo juramento lo siguiente:

Domicilio:

Afirmo que soy el único autor de la investigación titulada

**“HABILIDAD DE CUIDADO DEL CUIDADOR EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL C.S VILLA SAN LUIS V.M.T – LIMA PERÚ, MARZO – JUNIO 2015”**

Firmo la presente en señal de conformidad ajustándome a lo que pudiera incurrir por falta a la verdad

24 de Abril del 2015

-----

FIRMA DEL ALUMNO

