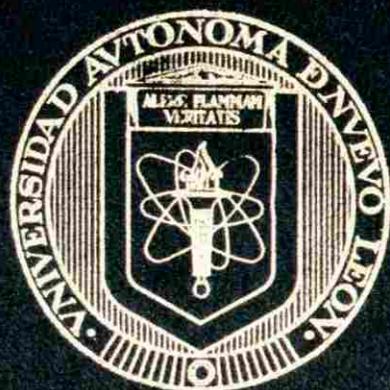


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

**FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO**



**CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON DISCAPACIDAD MOTORA**

Por

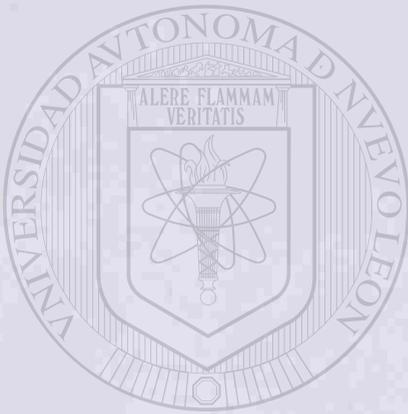
LIC. TERESITA DE JESUS CAMPA MAGALLON

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria**

Octubre de 1997



1080071199



UANL

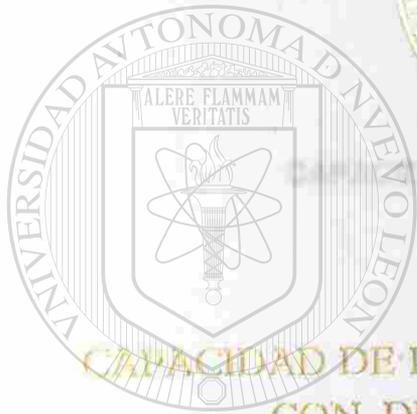
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO



UANL

CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON DISCAPACIDAD MOTORA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
LIC. TERESITA DE JESUS CAMPA MAGALLON

MAESTRIA EN ENFERMERIA
con Especialidad en Salud Comunitaria

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria

OCTUBRE DE

Octubre de 1997

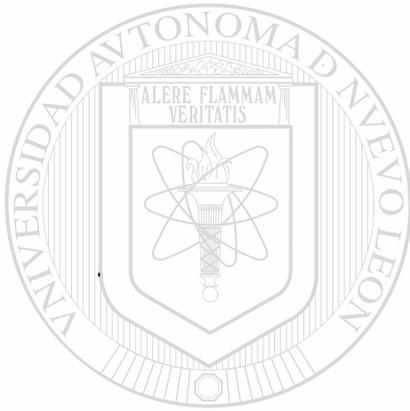


TM

HV3024

o M6

C3



UANL

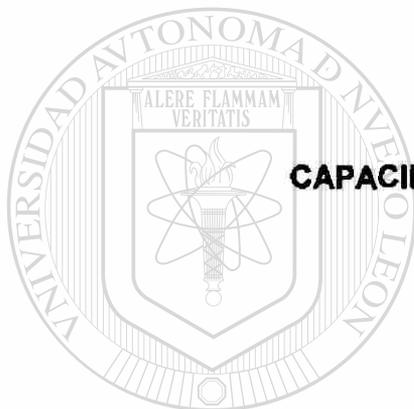
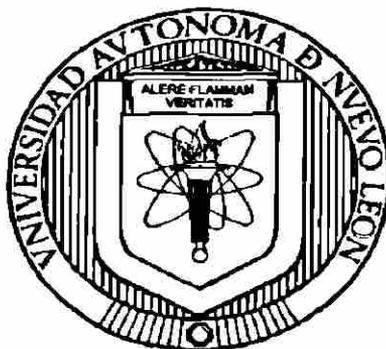
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO



**CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON DISCAPACIDAD MOTORA**

UANL
Por

LIC. TERESITA DE JESUS CAMPA MAGALLON

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

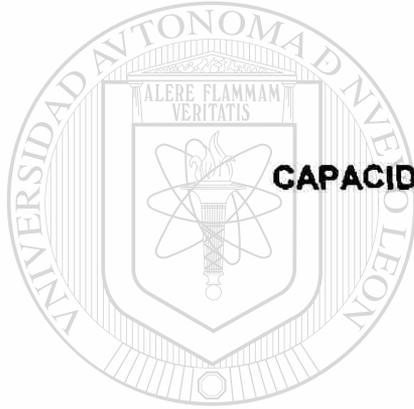
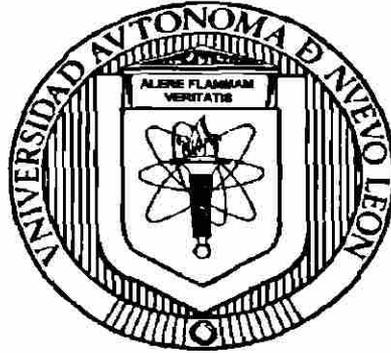
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

con Especialidad en Salud Comunitaria

OCTUBRE DE 1997

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO**



**CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON DISCAPACIDAD MOTORA**

Por

LIC. TERESITA DE JESUS CAMPA MAGALLON

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

Asesor

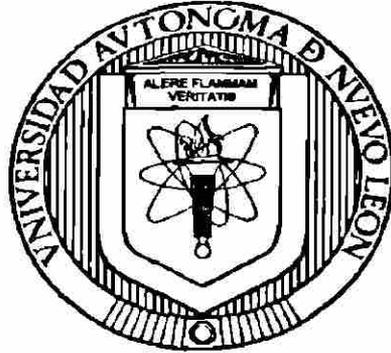
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO, M.S.P.

como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
con Especialidad en Salud Comunitaria

OCTUBRE DE 1997

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO



**CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON DISCAPACIDAD MOTORA**

Por

LIC. TERESITA DE JESUS CAMPA MAGALLON

Asesor

LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO, M.S.P.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Asesor Estadístico

ING. MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, Ph.D.

como requisito parcial para obtener el grado de

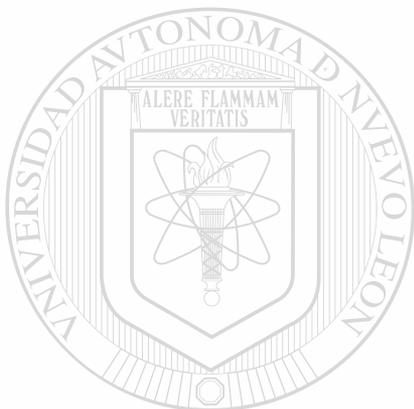
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

con Especialidad en Salud Comunitaria

OCTUBRE DE 1997

**CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON
DISCAPACIDAD MOTORA**

Aprobación de Tesis



Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo, M.S.P.
Asesor de Tesis

Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo, M.S.P.
Presidente

Lic. Dora Elia Silva Luna, M.S.P.
Secretario

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Ing. Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.
Vocal

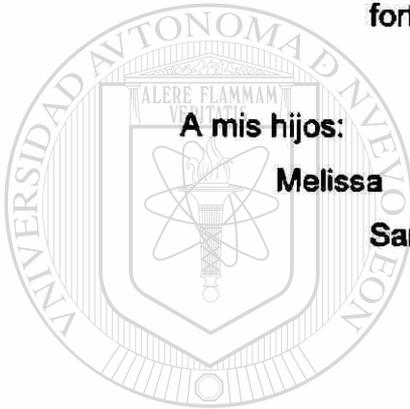
Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo, M.S.P.
Secretario de Post-Grado

DEDICATORIA

A la memoria de mis Padres:

Manuel(+) y Emma(+),

**ejemplo de honestidad, responsabilidad,
fortaleza y dignidad.**



A mis hijos:

Melissa

Samuel

Itzhel

por su amor, vitalidad, energía y entusiasmo.

A mi esposo:

Isidro

por su amor, comprensión y apoyo.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



AGRADECIMIENTOS

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. en especial a la Lic. Ma. Guadalupe Martínez de Dávila, por el apoyo brindado en el desarrollo personal y profesional.

A la Lic. Magdalena Alonso Castillo, M.S.P., mi más sincero agradecimiento, por su colaboración y acertada asesoría.

Al Ing. Marco Vinicio Gómez Meza, Ph.D. por su dedicación y valiosa asesoría estadística, mi gratitud y reconocimiento.

A los maestros del Postgrado por sus valiosas aportaciones para el desarrollo de esta investigación, en especial a la Lic. Bertha Cecilia Salazar González, Dra. Charlotte Rappsilber y Lic. Esther Gallegos Cabriales, mi admiración, gratitud y reconocimiento.

Al Dr. Oscar Salas Fraire y personal del Centro de Rehabilitación por el apoyo brindado para la aplicación de la prueba piloto.

Al Dr. Hernán C. Flores y Dr. Mario Tijerina y personal del Centro de Rehabilitación y Educación Especial por las facilidades otorgadas. Con especial cariño a la Srta. Chela quien es fuente de fortaleza, comprensión, amistad y cariño para todas las personas que acuden día a día por una esperanza.

Deseo reconocer el apoyo, amistad, compañía e intercambio profesional de los Licenciados Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Mabel Guevara, Vitor Da Silva, Liliana González Juárez e Irma Acevedo, quien cada uno de ellos permanecerá en mi corazón por los momentos buenos y difíciles compartidos.

A las Licenciadas Socorro Patiño Reyes y Santiago Esparza, Yesika y Maripaz por su entusiasta colaboración para el logro de este trabajo.

A Virginia a quién no tengo palabras para agradecer todo el apoyo brindado para con mis hijos

Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCION.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Hipótesis.....	5
1.3 Objetivos.....	6
1.4 Importancia del Estudio.....	7
1.5 Definición de Términos.....	8
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.	
2.1 Modelo de Dorothea E. Orem.....	10
2.2 Propuesta de relación de conceptos:.....	14
2.3 Estudios Relacionados.....	20
3. METODOLOGIA	
3.1 Diseño de la Investigación.....	23
3.2 Población.....	23
3.3 Material.....	24
3.4 Procedimiento.....	26
3.5 Etica del Estudio.....	28
4. RESULTADOS	
4.1 Estadísticas descriptivas.....	29
4.2 Análisis correlacional	35
4.3 Análisis de varianza no paramétrica.....	36
4.4 Regresión lineal múltiple.....	42

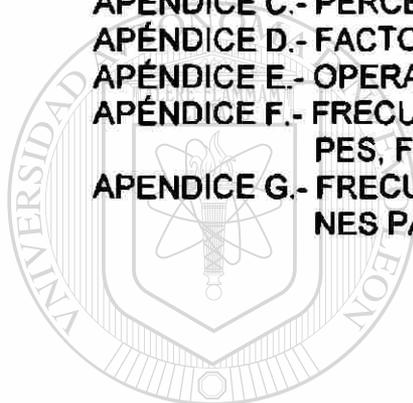
5. DISCUSION

5.1 Conclusiones.....	53
5.2 Recomendaciones	54

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
--	-----------

APÉNDICES

APÉNDICE A.-CAPACIDAD DE ATENCIÓN DEPENDIENTE. (CAD)	60
APÉNDICE B.- ESCALA PARA ESTIMAR CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO. (EECA).....	64
APÉNDICE C.- PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD. (PES).....	67
APÉNDICE D.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS. (FCB)....	69
APÉNDICE E.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	72
APÉNDICE F.- FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE CAD, EECA, PES, FCBC.....	76
APÉNDICE G.- FRECUENCIAS Y MEDIAS DE LAS INTERACCIO- NES PARA LOS INDICES DE CAD, PES Y EECA.....	84



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

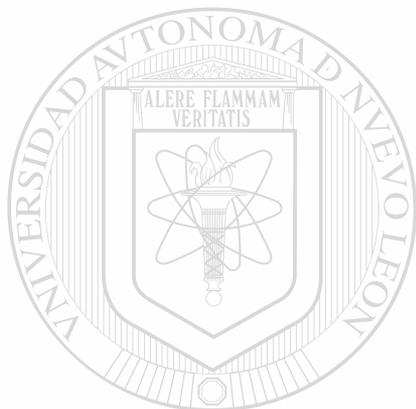


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1	Características y Alpha de Cronbach de las escalas CAD, EECA, PES, FCBC.....	25
2	Características sociodemográficas de los cuidadores.....	29
3	Características sociodemográficas de los pacientes.....	34
4	Estadísticas descriptivas de los índices de CAD, EECA, PES y FCB.....	34
5	Coefficiente de correlación de Spearman entre los índices CAD, EECA, PES, FCB.....	35
6	Estructura de las combinaciones.....	36
7	Prueba de kruskal Wallis para las combinaciones de - - factores condicionantes básicos con el índice de capacidad de atención dependiente (CAD).....	37
8	Prueba de Kruskal Wallis para las combinaciones de factores condicionantes básicos con el índice de percepción del estado de salud (PES).....	38
9	Prueba de Kruskal Wallis para las combinaciones de factores condicionantes básicos con el índice de Capacidad de Autocuidado (EECA).....	42
10	Análisis de varianza para el modelo de regresión lineal múltiple cuando la variable dependiente es capacidad de autocuidado (EECA).....	43
11	Resultados de análisis del modelo de regresión cuando la variable dependiente es capacidad de autocuidado...	43
12	Análisis de varianza para el modelo de regresión lineal múltiple cuando la variable dependiente es capacidad de atención dependiente (CAD).....	44

13	Resultados del análisis del modelo de regresión cuando la variable dependiente es capacidad de atención dependiente.....	45
14	Análisis de varianza para el modelo de regresión lineal múltiple cuando la variable dependiente es capacidad de atención dependiente (CAD).....	45
15	Resultados del análisis del modelo de regresión cuando la variable dependiente es capacidad de atención dependiente.....	46



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Teoría de enfermería del déficit de autocuidado.....	10
2	Interrelación de conceptos de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado.....	13
3	Propuesta de relación de conceptos de la teoría de Dorothea Orem para el estudio de la capacidad de los cuidadores.....	14
4	Estructura sustantiva de la capacidad de autocuidado.	17
5	Número de hijos de los cuidadores.....	30
6	Parentesco de los cuidadores con la persona con discapacidad.....	30
7	Escolaridad de los cuidadores.....	31
8	Tiempo de atención a la persona con discapacidad.....	31
9	Percepción del estado de salud de los cuidadores.....	32
10	Grado de dependencia de la persona con discapacidad....	32
11	Promedio de la combinación de edad-recursos con el índice de percepción del estado de salud.....	39
12	Promedio del índice de percepción del estado de salud con la combinación de recursos y tiempo para atender amigos y familiares.....	39
13	Promedio del índice de percepción del estado de salud con la combinación de tiempo para sí mismo y tiempo para atender amigos y familiares.....	40
14	Promedio del índice de percepción del estado de salud con la combinación de tiempo para sí mismo y recursos.....	41

RESUMEN

Teresita de Jesús Campa Magallón

**Fecha de Graduación:
Octubre 1997**

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería, UANL

**Título del Estudio: CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON DISCAPACIDAD MOTORA.**

Número de páginas: 84

**Candidato para el grado de Maestría en
Enfermería con Especialidad en Salud
Comunitaria.**

Área de estudio: Enfermería en Salud Comunitaria.

Propósito y Método del Estudio: El propósito fue identificar de qué manera los factores condicionantes básicos son predictores de la capacidad de autocuidado y capacidad de atención dependiente de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora. El diseño fue descriptivo, correlacional y transversal; el tipo de muestreo fue no probabilístico; la muestra fue constituida por 130 cuidadores. Para la obtención de datos se aplicaron 4 cuestionarios: Escala de capacidad de atención dependiente, Escala para estimar capacidades de autocuidado, Percepción del estado de salud, estos instrumentos fueron ya validados en población mexicana. El instrumento Factores condicionantes básicos fue elaborado por la autora del estudio.

Contribuciones y conclusiones: Se obtuvo correlación positiva y significativa entre los índices de la escala para estimar capacidad de autocuidado y capacidad de atención dependiente ($r_s = .36$, $p < .01$); percepción del estado de salud y factores condicionantes básicos ($r_s = .27$, $p < .01$); capacidad de autocuidado y factores condicionantes básicos ($r_s = .19$, $p = .02$); capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud ($r_s = .37$, $p < .01$). Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple mostraron que los factores condicionantes básicos son predictores de las capacidades de autocuidado ($F = 7.35$, $p < .01$, $R^2 = .26$); los factores condicionantes básicos no fueron predictores de la capacidad de atención dependiente ($F = 1.48$, $p = .18$, $R^2 = .06$); los factores condicionantes básicos y la capacidad de autocuidado no fueron predictores de la capacidad de atención dependiente ($F = 1.32$, $p = .24$, $R^2 = .07$). Los resultados de este estudio apoyan parcialmente las relaciones postuladas en la teoría de enfermería del déficit de autocuidado.

Firma del Asesor: _____



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Este estudio concierne a los cuidadores de pacientes con discapacidad motora.

Antes que los profesionales de enfermería proporcionaran atención, las familias fueron los primeros en atenderlos en el hogar, donde la mujer ha sido la figura predominante en el cuidado de otros. (Horowitz, 1985; Stoller, 1983, citado en Pepin, 1992).

Las personas con discapacidad no son la excepción debido a que no tienen o pierden la habilidad total o parcial para cumplir con las funciones propias de su edad, sexo, medio social y cultural para cubrir sus demandas de autocuidado. La familia que por lo general un integrante es el encargado de proporcionar la atención, desarrolla

habilidades (Schott y col., 1995) para realizar actividades físicas, funcionales y de cuidado personal de acuerdo al grado de discapacidad de la persona dependiente por lo que el cuidador toma o adquiere un rol significativo en la supervivencia diaria y futura de esta persona, lo que refleja una dependencia hacia el cuidador. Esta relación con el paciente es percibida como una carga física y emocional, subjetiva y objetiva que tiene un efecto en el cuidador. (Novak y Guest, 1989).

La experiencia del cuidador ha sido descrita por Smith et al (1991), Novak y Gueste (1989), Brody et al (1989) como aquella que conlleva efectos negativos en la salud mental, salud física y estilos de vida del que cuida, así mismo, incrementa los

roles y el sentimiento de culpabilidad de estos por no haber hecho más por sus enfermos. También refieren que los cuidadores gastan tiempo y energía al ayudar a los enfermos; además de presentar problemas concernientes a repartición de responsabilidades, abandono de la situación, miedo a la responsabilidad y control sobre otros.

El modelo de Dorothea E. Orem (1993) está integrado por conceptos como factores condicionantes básicos, capacidad de autocuidado y capacidad de atención dependiente que ha sido utilizado para estudiar a los cuidadores. La elección del modelo se decidió en virtud de que utiliza factores condicionantes básicos para los eventos que afectan el desarrollo, la operatividad o adecuación de las capacidades del cuidador (agente) para sí mismo o para individuos que dependen de él.

El objetivo de este estudio fue identificar de que manera los factores condicionantes básicos predicen las capacidades de autocuidado y capacidad de atención dependiente de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora.

Al identificar las capacidades del cuidador se podrán planear intervenciones de la enfermería comunitaria para los cuidadores, así como para la persona dependiente de ellos.

La metodología del estudio fue de tipo descriptivo, transversal y correlacional (Polit, 1994). La muestra estuvo conformada por cuidadores mayores de 18 años de edad que vivieran en la casa de la persona con discapacidad y se les confiara la atención de los mismos, además de acudir a una institución de rehabilitación.

1.1 Planteamiento del Problema

El Banco Mundial reportó en 1993 que en más de cien causas de enfermedad de la población adulta se produce algún tipo de discapacidad de los cuales el 85 por ciento se concentra en el mundo en desarrollo y de éste el 18 por ciento corresponde a América Latina, donde afecta principalmente a adultos de 15 a 59 años (Murray, 1995).

La Organización Mundial para la Salud estimó para la población total, problemas discapacitantes de 7 a 10 por ciento. En Estados Unidos se calcula un 10 a 15 por ciento de niños y adultos jóvenes con necesidades especiales por incapacidades físicas o trastornos del desarrollo (Hostler, 1987).

Para Nuevo León se estima que 345,740 individuos tienen algún tipo de discapacidad (visual, auditiva, mental o motora); de éstos el 34 por ciento corresponde a la discapacidad motora, que incluyen aquellas con una complejidad mínima a un manejo más especializado, y se calcula que el 70 por ciento tiene seguridad social y un 30 por ciento no cuentan con servicio de rehabilitación. (Consejo Estatal de Población, 1996).

Debido a que las personas con discapacidad tienen una convalecencia larga y en ocasiones amerita continuos internamientos para su rehabilitación y/o tratamiento de las complicaciones, hace que se incrementen los costos hospitalarios, fenómeno que discrepa con las políticas del sector salud, por lo que las instituciones optan por una alta hospitalaria temprana. Lo que significa que por cada paciente se requiera de uno o varios cuidadores.

En la experiencia profesional del investigador se ha observado que los pacientes con discapacidad motora son cuidados por familiares que se convierten en víctimas secundarias por los diferentes problemas adquiridos, tanto físicos, emocionales y sociales, esto aunado al estrés en que viven donde esto pareciera ser por falta de conocimiento, motivación, habilidad y destreza para manejar la situación hace que ellos generen problemas futuros ya que no existen instituciones de apoyo y/o de soporte para estos cuidadores,

Novak y Guest (1989) refiere que los cuidadores gastan tiempo y energía al ayudar a los enfermos en sus actividades diarias donde el incremento de los mismos causan estrés, ansiedad, agotamiento físico, fatiga crónica y daño a la salud.

Smith, et. al. (1989) reporta que los problemas específicos identificados por los cuidadores fueron los concernientes a repartición de responsabilidades tiempo, de manejo, abandono de la situación, miedo a la responsabilidad y control sobre otros.

Brody, et. al. (1989) considera que los cuidadores emplean más horas por semana para apoyo a su familia y que los efectos negativos en los cuidadores fueron en salud mental, salud física y estilos de vida; señala que cuando las hijas son cuidadoras se incrementa el sentimiento de culpabilidad por no haber hecho más por sus madres.

Puig C. et.al. (1992) describe que los cuidadores son familiares directos, mujeres en mayor porcentaje y con repercusiones sociales, lo que conlleva a una gran carga social y psicológica que recae básicamente en la mujer.

Para Orem (1993) los cuidadores se convierten en agentes de cuidado dependiente y pueden trabajar con estrecha asociación con el médico o la enfermera de

los pacientes que cuidan, ejercitan sus habilidades desarrolladas y operativas para determinar que tipo de los requisitos de autocuidado por desviación de la salud deben satisfacer.

Por lo anteriormente descrito surge la siguiente pregunta de investigación: **¿De qué manera los factores condicionantes básicos seleccionados son predictores de las capacidades de autocuidado y capacidad de atención dependiente del cuidador de un paciente con discapacidad motora?**

Variable independiente: Factores condicionantes básicos (edad, sexo, sistema familiar, estado de salud percibida, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos).

Variable dependiente: Capacidades de autocuidado y capacidades de atención dependiente del cuidador del paciente con discapacidad motora.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

1.2 Hipótesis

- Hi1** Los factores condicionantes básicos representados por: edad, sexo, sistema familiar, estado de salud percibido, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las capacidades de autocuidado de los cuidadores de paciente con discapacidad motora.
- Hi2** Los factores condicionantes básicos tales como edad, sexo, sistema familiar, estado de salud percibido, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de

recursos son predictores de las capacidades de atención dependiente de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora.

- Hi3 Los factores condicionantes básicos tales como edad, sexo, sistema familiar, estado de salud percibido, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos y la capacidad de autocuidado son predictores de las capacidades de atención dependiente de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora.**

1.3 Objetivos

Objetivo General

Identificar de qué manera los factores condicionantes básicos son predictores de la capacidad de autocuidado y capacidad de atención dependiente del cuidador de pacientes con discapacidad motora.

Objetivos Específicos:

- Determinar en qué medida los factores condicionantes básicos seleccionados condicionan las capacidades de autocuidado y cuidado dependiente en el cuidador.
- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora y de los propios pacientes.

1.4 Importancia del Estudio

El presente estudio permitió aportar conocimiento e información para los conceptos de capacidad de autocuidado, capacidad de atención dependiente y factores condicionantes básicos de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado. En virtud de que se encontró correlación positiva y significativa entre los índices de capacidad de autocuidado y capacidad de atención dependiente; percepción del estado de salud y factores condicionantes básicos; así como entre el índice de capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud, se puede deducir que estos conceptos se pudieron operacionalizar y existió congruencia entre los conceptos estudiados en la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem (1995).

El estudio también representa una área de oportunidad en la práctica de la enfermería comunitaria; ya que reconoce a los cuidadores como agentes de cuidados donde a partir de los hallazgos del estudio se podrán establecer estrategias para incorporarlos en el sistema de enfermería.

Otra aportación del estudio es el instrumento de Factores Condicionantes Básicos el cual se aplicó en los cuidadores y fué desarrollado por la autora del estudio, el resultado del Alpha de Cronbach fue de .68 (Polit, 1994) señala al respecto que cuando el instrumento es aplicado por primera vez un Alpha de Cronbach de .60 se considera aceptable.

1.5 Limitaciones del estudio

Este estudio sólo se podrá generalizar a población con características similares en virtud de que la muestra se obtuvo por conveniencia de una lista de pacientes, quienes contaban con un cuidador y asistían a una institución pública de rehabilitación.

1.6 Definición de términos

Cuidadores.- Son individuos de ambos sexos que se identifican como encargados de un paciente con discapacidad motora con o sin lazos consanguíneos y que vivan en el hogar (ambos).

Factores Condicionantes Básicos.- Son las condiciones o eventos que afectan los valores o formas para cuidarse a uno mismo o a un dependiente incluye la edad, sexo, sistema familiar, patrón de vida, percepción del estado de salud y adecuación de recursos. Orem (1993) reconoce que mientras algunos factores son más estables (edad, sexo); otros pueden ser dinámicos (estado de salud, disponibilidad y adecuación de recursos).

Para fines del presente estudio se consideraron los siguientes factores:

Edad.- Son los años cumplidos por el cuidador y expresados por él. Para este estudio sólo se incluyeron mayores de 18 años.

Sexo.- Es la identidad del cuidador, en términos masculino y femenino.

Estado de Salud Percibido.- Es la forma como se percibe el cuidador en relación a funcionamiento y bienestar (incluye funcionamiento físico, rol social, salud mental, percepción de salud y dolor).

Sistema familiar.- Son las relaciones entre el cuidador y su familia que incluye tiempo para atender amigos y familiares.

Patrón de vida.- Son las actividades de la vida diaria del cuidador realizadas en forma cotidiana para satisfacer sus propias necesidades e incluye el tiempo para sí mismo.

Disponibilidad y adecuación de recursos.- Son los recursos económicos con los que cuenta el cuidador para proporcionar atención dependiente.

Capacidad de autocuidado.- Son conductas aprendidas por el cuidador en beneficio propio y orientado hacia un objetivo.

Capacidad de atención dependiente.- Es una actividad realizada por los cuidadores responsables de personas socialmente dependientes. En este estudio los individuos fueron niños, adolescentes y adultos con discapacidad motora.

Paciente con discapacidad motora.- Es la persona ya sea niño, adolescentes o adulto que tiene pérdida o anormalidad de las estructuras anatómicas con limitación de la capacidad, que le impide cumplir con las funciones propias de su edad, medio social y cultural y cuenta con un diagnóstico certificado por una institución de salud.

CAPITULO 2

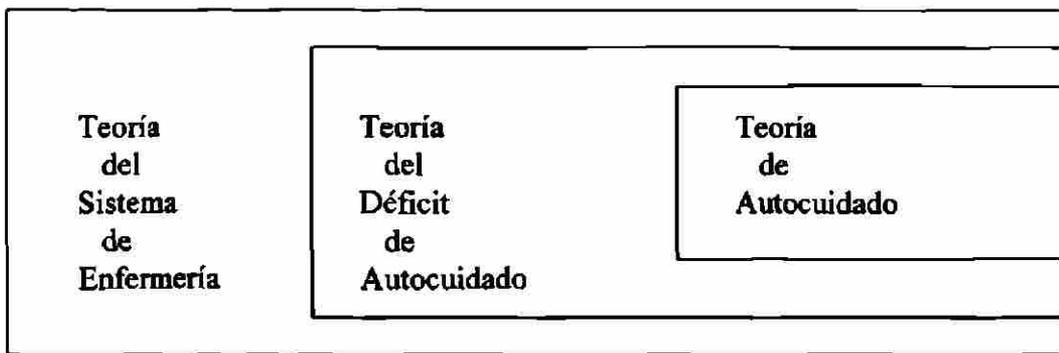
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado de la doctora Dorothea

Orem está integrada por: a) Teoría de Autocuidado, b) Teoría del Déficit de Autocuidado, c) Teoría de Sistemas de Enfermería. La Teoría de Autocuidado describe y explica como influye el autocuidado en la salud y bienestar de la persona; la segunda describe y explica las razones que enfermería tiene para ayudar a las personas; la tercera teoría describe las relaciones que son necesarias para que enfermería proporcione el cuidado. La unión de estas tres teorías se lleva a cabo por un proceso de inclusión (Orem,1993) como se observa en la figura 1.

Figura 1

Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado



(Tomado de Nursing of Practice de Dorothea E. Orem, 1995, p. 172)

Conceptos de la Teoría.- La teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado está compuesta por cinco conceptos centrales interrelacionados que son: 1) Acciones de autocuidado, 2) Capacidades de Autocuidado, 3) Demandas de Autocuidado Terapéutico, 4) Déficit de Autocuidado y 5) Sistemas de Enfermería. Existe un concepto secundario denominado Requisitos de Autocuidado y un Concepto periférico que son los Factores Condicionantes Básicos (Orem, 1993), Isenberg (1996).

A continuación se describe en forma integral cada uno de los conceptos:

Acciones de Autocuidado.- es una conducta aprendida dirigida hacia sí mismo para regular los factores que afectan su propia estructura el desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

Agencia de Autocuidado.- es la capacidad desarrollada por las personas y se refiere al conjunto de conocimientos, motivación y habilidades adquiridas para realizar acciones de autocuidado y cubrir sus requisitos de autocuidado.

Demandas de Autocuidado Terapéutico.- son actividades o acciones que una persona requiere para mantenerse en salud o bienestar de acuerdo a los requisitos universales, de desarrollo o por desviación de la salud.

Déficit de Autocuidado.- es el resultado que tiene una persona al tener mayor demanda y menor capacidad de autocuidado, entonces la persona entra en déficit debido a las limitaciones existentes para satisfacer todas o algunos de los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico

Estos cuatro conceptos están orientados a las personas que necesitan de enfermería.

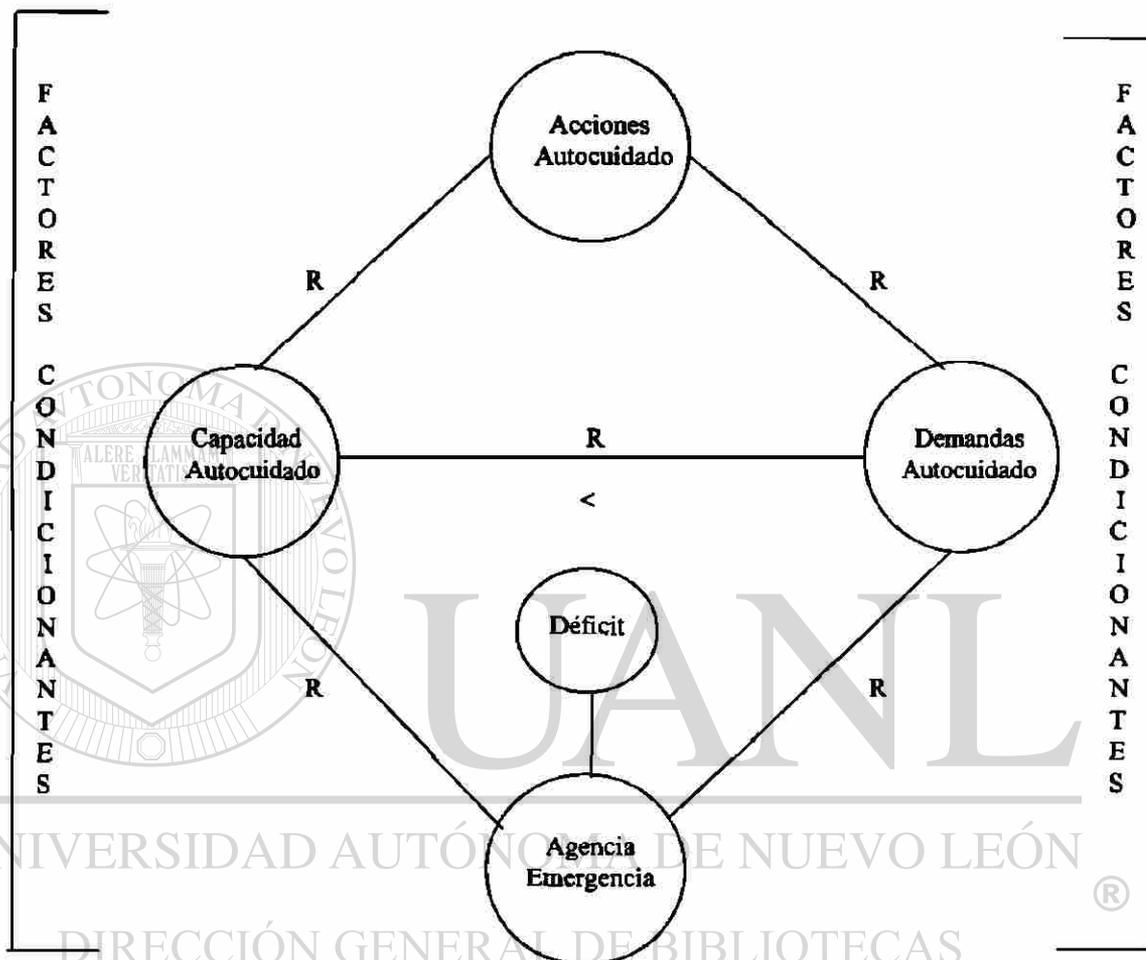
Sistema de Enfermería.- es el componente organizativo esencial de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado porque establece la forma que enfermería proporciona atención para ayudar a superar las deficiencias de autocuidado relacionadas con la salud y bienestar de las personas. Este último concepto está orientado al personal profesional de enfermería.

Requisitos de Autocuidado.- son comprendidos como los objetivos a lograr a través de la acción de autocuidado por o para los individuos a fin de controlar los factores humanos y ambientales que afecten al funcionamiento y desarrollo humano. Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, de desarrollo y por desviación de la salud.

Los factores condicionantes básicos son los elementos o características internas o externas que afectan las capacidades y acciones de autocuidado para cuidar de sí mismos o de los que dependen de él. Para Orem (1985) los factores condicionantes básicos son: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidado de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de recursos.

Los conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado están estrechamente interrelacionados como se observa en la figura 2.

Figura 2
Interrelación de Conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado



R, relación; < Déficit de relación actual o previsto

Tomado de Nursing of Practice de Dorothea Orem (1995).

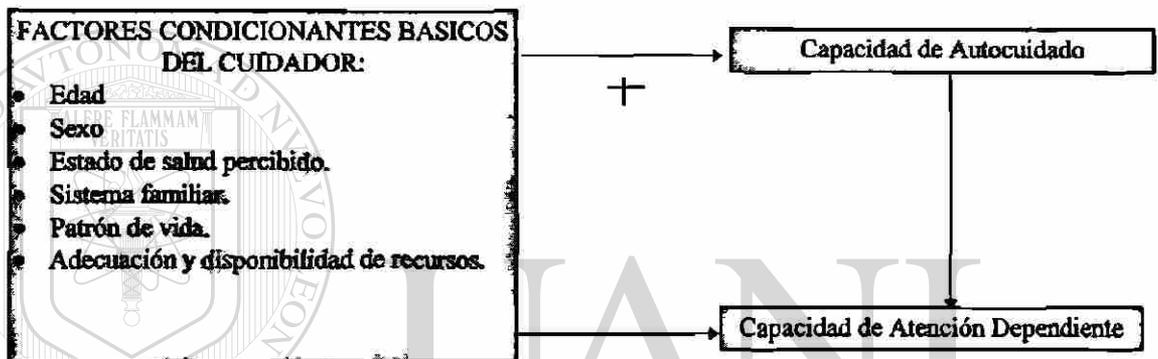
2.1 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado.

Para el desarrollo del presente estudio se seleccionaron tres componentes para explicar la descripción de las relaciones propuestas para este trabajo: Un componente

central es la capacidad de autocuidado y la capacidad de atención dependiente y un componente periférico llamado factores condicionantes básicos como se observa en la figura 3.

Figura 3

Propuesta de relación de conceptos de la Teoría de Dorothea E. Orem para el estudio de la capacidad de los cuidadores.



Elaborado por Campa y Alonso, 1997.

Factores Condicionantes Básicos.- Son los factores internos o externos a los individuos, que influyen directa o indirectamente en las capacidades para ocuparse de su autocuidado y/o capacidad de atención dependiente. Los factores condicionantes básicos pueden ser clasificados dentro de tres categorías: 1) Factores específicos para los individuos que incluyen: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud y factores del sistema de atención de la salud. 2) Factores de las unidades sociales que incluyen: Cultura, factores del sistema familiar y factores socioculturales. 3) Factores ambientales y recursos disponibles que afectan a las personas como individuos y como miembros de unidades sociales (The International Orem Society, 1996). Para este estudio los factores

condicionantes básicos estarán representados por la edad, sexo, estado de salud percibido, sistema familiar, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos.

Los cuidadores de pacientes con discapacidad motora, son agentes duales que necesitan balancear el gasto de sus recursos en un esfuerzo por satisfacer sus demandas, como de las personas a quien atienden (pacientes dependientes). Los factores condicionantes básicos ejercen influencias en forma directa e indirecta sobre las capacidades y pueden incrementar o restringir para su atención o atención dependiente.

Orem (1993) describe el estado de salud, el cual no puede ser separado del crecimiento y el desarrollo del individuo como de las cambiantes características biológicas reflejo de las diferentes etapas del ciclo de vida. De acuerdo con Orem (1985) los individuos hacen juicios sobre su propia salud, como de la salud de otros por lo que esta conceptualización es reflejo de ambos.

Capacidades de Autocuidado.- Son conductas aprendidas por el cuidador para ocuparse de su autocuidado, se desarrolla en el curso de la vida diaria a través del aprendizaje y la constituyen las habilidades internas desarrolladas de las personas para realizar de manera efectiva la investigación, juicio y toma de decisiones y de las operaciones reguladoras o de tratamiento necesarias para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar (Orem, 1985). La estructura del proceso de autocuidado ha sido explicada como una estructura jerárquica tripartita de capacidades en las cuales se identifican tres tipos de condiciones habilitadoras: 1) Capacidades y disposiciones fundamentales que incluyen: a) tres conjuntos de capacidades fisiológicamente y psicológicamente

descritas, pre-requisito para aprender o realizar la acción deliberada especulativa o práctica para el autocuidado; b) dos conjuntos de disposiciones y orientaciones de los individuos pre-requisitos para realizar acciones deliberadas. 2) Capacidades que son habilitadoras para iniciar y realizar operaciones de autocuidado en marcos de tiempo y espacio durante períodos de tiempo; estas fueron identificadas como fuentes de poder porque sin su desarrollo o disposición operacional no podría realizar ninguna operación de autocuidado y son: a) mantenimiento de la atención y vigilancia de los requisitos, b) uso controlado de la energía física disponible, c) control de la postura corporal y sus partes con la ejecución de movimiento, d) razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, e) motivación u orientación de la meta hacia autocuidado, f) toma de decisiones sobre el autocuidado, g) adquisición, retención y operacionalización técnica del conocimiento sobre el autocuidado, h) tener un repertorio de habilidades de autocuidado, i) ordenar discretamente las acciones del autocuidado, j) integrar las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida. 3) Capacidades operacionales de autocuidado son el tercer componente de la estructura sustantiva e incluyen operaciones estimativas, de transición y productivas para conocer, particularizar y satisfacer los requisitos de autocuidado existentes o proyectados (Orem, 1993).

Las operaciones estimativas investigan las condiciones humanas relacionadas con el significado de las condiciones para la vida, la salud y el bienestar de los individuos y son determinados por los requisitos de autocuidado; las operaciones de transición se refiere a los juicios acerca de lo que puede y debe hacerse y a la toma de decisiones acerca de lo que se hará para cubrir los requisitos de autocuidado; las operaciones de

producción son acciones para producir las condiciones necesarias en uno mismo y en el medio ambiente, para realizar las medidas de atención asociadas a métodos específicos de satisfacción de requisitos de autocuidado. Cuando las características del autocuidado se han vuelto prácticas habituales las operaciones estimativas y de transición no requieren la atención y pensamiento que debe darse a los requisitos de autocuidado.

Figura 4

Estructura Sustantiva de la Capacidad de Autocuidado



Tomado del artículo "Self Care Agency. Conceptualizations and Operationalizations" por Gast, Denyes, et.al. (1989).

Capacidad de atención dependiente.- Es la habilidad compleja adquirida de las personas maduras o de las personas en proceso de maduración para conocer y satisfacer algunos o todos los requisitos de autocuidado de los que tienen limitaciones de la agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud que las colocan en situaciones de dependencia social.

El desarrollo de la capacidad de atención dependiente generalmente es una respuesta a las necesidades de los miembros de la familia o amigos para ayudarlos en su continuo autocuidado. La capacidad de atención dependiente se desarrolla para satisfacer las necesidades conocidas existentes y a veces en proceso de aparición de las personas a las que hay que ayudar o atender.

La meta específica de la atención dependiente está dirigida a satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de una persona dependiente. Esta atención consiste en actividades que tienen lugar dentro de una relación interpersonal entre dos personas, una ejecutando las actividades por las cuales la otra es dependiente, se caracteriza porque es continua mientras exista la dependencia; involucra respeto y fomento de las capacidades de la persona bajo atención; es ejecutada para mantener la vida y la salud, para restaurar la enfermedad y discapacidad o para enfrentar sus efectos.

La atención dependiente cuando es realizada de manera efectiva tiene un efecto positivo en la vida, la salud y el bienestar, el funcionamiento integrado y el desarrollo de la persona dependiente del cuidador. (Peeters, 1996).

Los cuidadores son familiares o amigos de los pacientes con quien tienen o no lazos consanguíneos y que habitualmente se responsabiliza de su atención. Cuando la familia adquiere la responsabilidad, los miembros de la misma aseguran la continuidad de atención de otros en el domicilio y deben desarrollar habilidades, motivación, conocimiento y capacidad interpersonal para mantener su disponibilidad y así proporcionar atención dependiente.

La atención del paciente con discapacidad motora es un proceso que implica atención y vigilancia de los requisitos universales, de desarrollo o por desviación de la salud; implica gasto de energía, postura corporal, motivación, toma de decisiones, razonamiento y adquisición, retención y operacionalización del conocimiento sobre autocuidado y tener un repertorio de habilidades para ordenar discretamente las acciones de autocuidado.

Para Orem (1993) es importante que las enfermeras valoren las capacidades de atención dependiente de los agentes que asumen la responsabilidad donde se incluya los efectos de la carga de cuidado sobre ellos.

La prestación de cuidado de los pacientes con discapacidad motora es proporcionada principalmente por un familiar o amigo donde la atención difiere ampliamente de acuerdo al ciclo vital de los individuos, su estado de salud, actividades recreativas, emocionales y asistenciales durante los 365 días.

De acuerdo a Puig (1992), los cuidadores son familiares directos en su mayoría mujeres casadas dedicadas al hogar, sin vida social y con un alto consumo de analgésico.

Novak (1989), reportó que el promedio de cuidar a sus receptores de cuidado fue de 63.09 meses y que todos los pacientes reciben servicios médicos gratis a través del plan de gobierno, donde se incluye el costo de visitas, estancia hospitalaria y servicios de cuidado en casa.

2.3 Estudios relacionados

Schott-Baer, Linda Fisher y Gregory Cherylann (1995), realizaron un estudio denominado "Atención dependiente, sobre la carga del cuidador, resistencia de agencia de autocuidado de los cuidadores", el propósito fue examinar la relación entre la atención dependiente, la carga del cuidador, la resistencia relacionada a la salud y la agencia de autocuidado de los cuidadores y se encontró una correlación negativa moderadamente significativa entre la carga objetiva y la atención dependiente. Se encontraron correlaciones positivas moderadas significativamente entre la agencia de autocuidado y las puntuaciones de las sub-escalas de compromiso, desafío y control de la resistencia relacionada a la salud.

Baker, S.P. (1993) realizó un estudio correlacional descriptivo al examinar las relaciones de la capacidad de autocuidado y autocuidado con la tensión percibida en el cuidador por múltiples roles y factores condicionantes (edad, período de tiempo de cuidado y tipo de tareas de cuidado).

Los resultados muestran una relación inversa significativa entre la capacidad de autocuidado y la tensión del cuidador. Las acciones de autocuidado se relacionan significativamente con una disminución predictiva de la tensión del cuidador; mientras que para el período de tiempo de cuidado del cuidador, tareas de cuidado personal, tareas del hogar y apoyo emocional con la tensión del cuidador, se determinó una relación positiva significativa. No se observó asociación significativa entre edad, múltiples roles y tareas de control personal y la tensión del cuidador.

Se identificó un problema de multicolinealidad en la relación entre las variables de autocuidado. Por lo tanto, las acciones de autocuidado fueron analizadas en el cuestionario el cual se enfocó en las relaciones de mediador y moderador.

Las acciones de autocuidado mediaron relaciones entre las tareas de cuidado personal y la tensión del cuidador, entre las tareas del hogar y tensión del cuidador y entre el apoyo emocional y la tensión del cuidador. Pero las acciones de autocuidado no mediaron relación entre tiempo de duración de cuidado y la tensión del cuidador. La interacción entre múltiples roles y acciones de autocuidado y tareas de cuidado personal y acciones de autocuidado tienen como resultado un efecto moderado significativo.

Peeters, Philipsen, Mosterd, Isenberg (1996) en una investigación cualitativa preliminar para aclaración empírica del concepto de agencia de atención dependiente donde el propósito fue adquirir conocimiento empírico de la agencia de atención dependiente que permitirá tener una idea de los cuidadores no profesionales que atienden a sus dependientes ancianos donde tres temas fueron considerados importantes para obtener información acerca del concepto, como son: 1) Capacidad de atención; 2) Actividades de atención y 3) Factores condicionantes de la atención dependiente.

Se realizó un total de 29 instrumentos (15 cuidadores y 14 dependientes). El grupo de cuidadores consistió en cuatro hombres y 11 mujeres con una edad promedio de 68 (mínima 43 y máxima de 83). En nueve casos el cuidador era el cónyuge; todos los demás eran otros miembros de la familia del dependiente.

En el análisis cualitativo los reportes de entrevistas revelaron varios temas. De los temas principales (capacidad, actividades y factores condicionantes) sólo los temas

concernientes a las capacidades han sido aplicados a la operacionalización del concepto, donde los resultados de este estudio se usaron para desarrollar un modelo de agencia de atención dependiente y para operacionalizar las dimensiones que contiene; es decir, los componentes de poder, las operaciones de autocuidado de tipo estimativo, de transición y productivo.

Se concluye que en un término de adecuación operacional de la escala los atributos personales de la agencia de atención dependiente que fueron identificados por medio de un estudio cualitativo y las ideas teóricas respecto a la agencia de atención dependiente (deducción) son representados lo suficiente en la escala. Sin embargo, la motivación de dimensión puede estar un tanto sub-representada con sólo el ítem I.

Con respecto a la confiabilidad de la escala, la escala de 21 ítems mostró consistencia interna suficiente. Esto fue evidenciado por el Alpha de Cronbach (0,87).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1 Diseño del estudio

La investigación fue de tipo descriptivo, transversal y correlacional. (Polit & Hungler, 1994).

3.2 Población

La población del estudio estuvo conformada por cuidadores mayores de 18 años de edad, que acudieron a una Institución Pública de Rehabilitación de la ciudad de Monterrey, N.L.

El tamaño de la muestra fue de 130, se determinó en base a la población de cuidadores de pacientes que acuden donde se tomó un segmento de la población para hacer inferencia en la población total con una alpha de 0.05 y con un límite de error de estimación de .085 con referencia a proporción.

El procedimiento para la elección de los sujetos consistió en una lista de cuidadores que acuden a una institución pública de rehabilitación a fin de realizar un censo de las personas de la población sujeto de estudio. Una vez seleccionados los

sujetos se consideraron los criterios de inclusión como son: cuidadores adultos de 18 años a más, de ambos sexos, capaz de comunicarse verbalmente, tengan más de seis meses al cuidado de los pacientes con discapacidad motora y asistan a una institución de rehabilitación que confirme el diagnóstico del paciente. Ser esposo, hijo u otro que se identifique como encargado de la persona con discapacidad.

3.3 Material

Para la recolección de la información se utilizaron cuatro instrumentos: Escala de Capacidad de Atención Dependientes (CAD), (elaborado por Peeters, 1988), fue desarrollada para medir la operatividad de la capacidad de cuidado dependiente donde incluye los diez componentes de poder. El instrumento consta de 23 ítems de cinco puntos donde los puntajes totales se encuentran en un rango de 23 a 115; su confiabilidad inicial es de .87 y fue probado en población mexicana por Salazar (1997, comunicación personal) (Apéndice 1). La consistencia interna del instrumento fue de .81 según se muestra en la tabla 1.

La Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado (EECA) para medir la operatividad del autocuidado (Evens, et.al. 1993) está formada por 24 ítems de cinco puntos cada uno, los puntajes oscilan entre 24 y 120, donde los más altos reflejan una mayor percepción de la capacidad de autocuidado y fue utilizado en población mexicana por Gallegos (1997, comunicación personal), (Apéndice 2). Con un Alpha de Cronbach de .81. La consistencia interna del instrumento en este estudio fué de .95 según tabla 1.

Escala de Estado de Salud percibido diseñada por Stewart y Wore (1988), para medir el funcionamiento y bienestar. El instrumento fue utilizado en población mexicana. por Gallegos (1996, comunicación personal). El instrumento consta de 20 ítems y consiste en seis sub-escalas relacionadas con el funcionamiento físico, de rol social, salud mental, percepción de salud y dolor. La confiabilidad de estas sub-escalas han sido establecidas con una Alpha de Cronbach fluctuando entre .86 y .88 (Apéndice 3). En el presente estudio la consistencia interna fue de .78 según tabla 1.

Escala de Factores Condicionantes Básicos diseñada por el autor del estudio, consta de 23 ítems y se elaboró considerando las hipótesis y operacionalización de variables, (Apéndice 4). Se obtuvo una Alpha de Cronbach de .68 según tabla 1.

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS Y ALPHA DE CRONBACH DE LAS ESCALAS DE CAD, EECA, PES, FCB DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA

Escala	Número de Reactivos Tipo Likert	Reactivos en Escala de Medición Tipo Likert	Alpha de Cronbach
Capacidad de atención dependiente	23	1,2,3...23	.81
Escala para estimar capacidades de autocuidado.	24	1,2,3...24	.95
Factores condicionantes básicos	11	12,13, 14...22	.68
Percepción del estado de salud.	20	1,2,3...20	.78

Fuente: CAD, EECA, FCB, PES.

n = 130

De acuerdo al coeficiente Alpha de Cronbach en la tabla 1, se observa que el valor más alto fue de .95 para la Escala para Estimar Capacidad de Autocuidado y el valor más bajo fue para la Escala de Factores Condicionantes Básicos de .68.

3.4 Procedimiento

Para iniciar la aplicación del estudio, se solicitó autorización a dos Instituciones Públicas de Rehabilitación a fin de contar con las facilidades para la aplicación de los instrumentos.

Se aplicó una prueba piloto, de los instrumentos antes mencionados donde el investigador determinó si los sujetos cumplían con los criterios de inclusión, para evaluar la comprensión, claridad y tiempo de aplicación. También se midió la consistencia interna de los instrumentos posteriormente se realizaron los ajustes necesarios.

Después de medidos los instrumentos se realizó el levantamiento de datos, en el mes de Julio del año en curso. Se contó con el apoyo de dos Licenciados en Enfermería, además del propio investigador. Para esto se consideró conveniente en forma adicional capacitar a los encuestadores sobre la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado y sobre la aplicación de los instrumentos.

La recolección de los datos tuvo lugar en una Institución Pública de Rehabilitación donde acuden los cuidadores a llevar a su paciente a tratamiento. Se verificó si los sujetos cumplían con los criterios de inclusión, posterior a esto se brindaba

información sobre el estudio y se les solicitó su autorización verbal para participar, además se les informó del propósito del estudio y se procedió al llenado de los instrumentos, a la autorización, el tiempo promedio para recabar la información fue de 45 minutos, esto no significó una distracción importante ya que fue sólo la tercera parte de su estancia en la institución. Posterior a la aplicación se revisaron los cuestionarios que estuvieran completos y los codificó el investigador.

Los datos fueron procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS). El análisis estadístico consistió en estadísticas descriptivas e inferenciales para los índices de CAD, EECA, PES, FCB que se calcularon a partir de ítems ordinales de cada instrumento y se obtuvieron de la suma del total de las variables, restándose el valor mínimo posible dividido por el valor mínimo menos el valor máximo para posteriormente multiplicarse por cien es decir índice = $\frac{((SUMA (X1,X2...Xn) - \text{valor mínimo}) / (\text{Valor máximo} - \text{valor mínimo})) * 100$. También se efectuó la prueba de Kolmogorov Smirnov para normalidad. Se utilizó la correlación de Spearman, el Análisis de Varianza no paramétrico de Kruskal Wallis para los índices generados en cada instrumento. Se aplicaron estadísticas de regresión lineal múltiple para la prueba de hipótesis (Levin 1977, Daniel, 1989).

Para la presentación de los resultados se utilizaron figuras y tablas; su realización fue a través del programa Microsoft Excell versión 6 para windows y el procesador de textos Microsoft Word para Windows.

3.5 Etica del Estudio

Para el presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la Salud (1987).

Para asegurar la protección de los derechos humanos de los sujetos de este estudio se incorporaron las observaciones realizadas por el Comité de Etica de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L.

Prevaleció el criterio de respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar de los cuidadores (Artículo 13).

La participación de este estudio fue estrictamente voluntaria y los participantes podían retirarse en el momento que ellos así lo desearan (Artículo 14, fracción V).

Se protegió los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (Artículo 16).

Se consideró una investigación sin riesgos para los sujetos de estudio (artículo 17, fracción II).

CAPITULO 4

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio corresponden a 130 cuidadores de ambos sexos. La presentación de resultados se realiza en cuatro apartados: 1) estadísticas descriptivas; 2) análisis de correlación; 3) análisis de varianza no paramétrica; y 4) Regresión lineal y múltiple.

4.1 Estadísticas Descriptivas

Las características sociodemográficas de los cuidadores del estudio se presentan en la tabla 2 y corresponde a edad, sexo, estado civil, pareja del cuidador y ocupación.

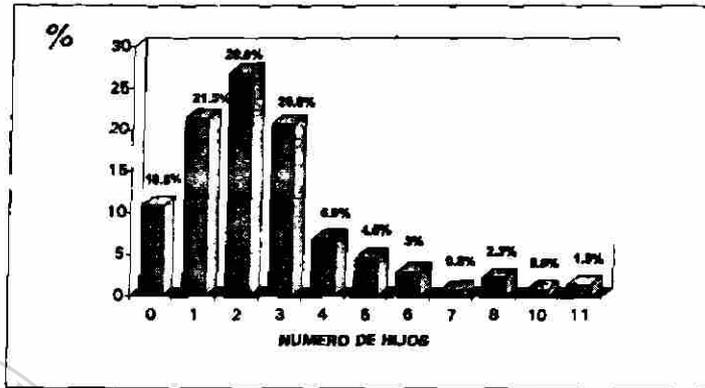
Tabla 2
Características sociodemográficas de los cuidadores

Variable de estudio	Dato relevante	Porcentaje
Edad del cuidador	De 18 a 35 años	63.0
	De 36 a 55 años	27.7
	De 56 a + años	9.3
Sexo	Femenino	90.8
	Masculino	9.2
Estado civil	Madre Soltera	.8
	Unión Libre	.8
	Viuda	.3
	Divorciada/separada	2.3
	Soltera	10
	Casada	83.8
Pareja del cuidador	Con pareja	84.6
	Sin pareja	15.4
Ocupación del cuidador	Estudiante	2.3
	Jubilado	3.8
	Negocio propio	3.4
	Obrero	3.8
	Empleado	8.5
	Hogar	78.5

Fuente: CAD

n = 130

FIGURA 5
NUMERO DE HIJOS DE LOS CUIDADORES
Monterrey, N.L., 1997

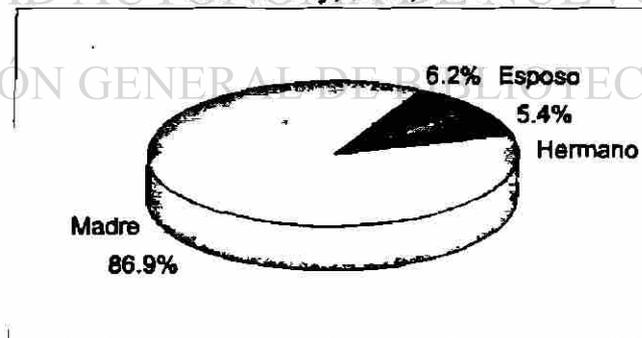


Fuente: CADC

n= 130

En la figura 5 se puede observar que el mayor porcentaje para número de hijos corresponde a dos hijos (26.9 por ciento). El menor porcentaje fue para 7 y 10 hijos con un .8 por ciento.

FIGURA 6
PARENTESCO DE LOS CUIDADORES CON LA
PERSONA CON DISCAPACIDAD
Monterrey, N.L., 1997

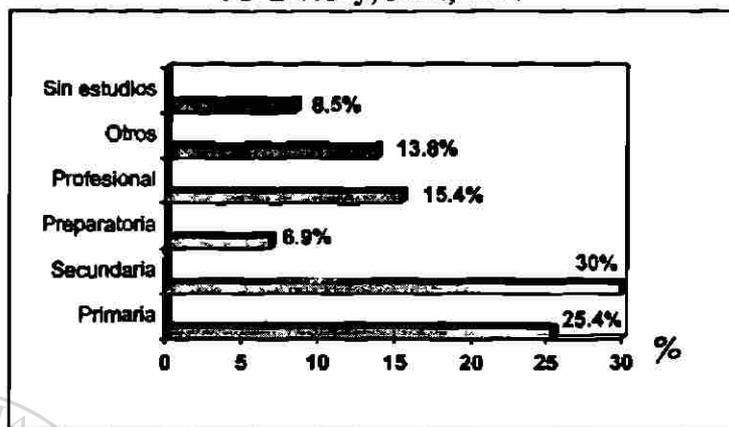


Fuente: CADC

n= 130

En la figura 6 se muestra que el parentesco del cuidador con respecto a la persona que atiende, el 86.9 por ciento corresponde a la madre y el menor porcentaje fue para los hermanos con un 5.4 por ciento.

FIGURA 7
ESCOLARIDAD DE LOS CUIDADORES
Monterrey, N.L., 1997

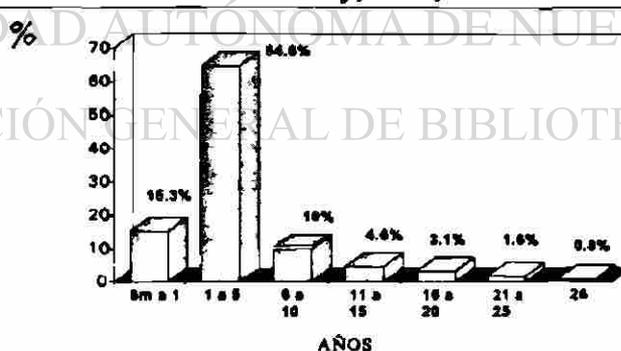


Fuente: CAD

n = 130

Al observar la figura 7 se muestra que el mayor porcentaje en relación a escolaridad fue para secundaria con un 30 por ciento y el 8.5 por ciento es para los cuidadores sin escolaridad.

FIGURA 8
TIEMPO DE ATENCION A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD
Monterrey, N.L., 1997

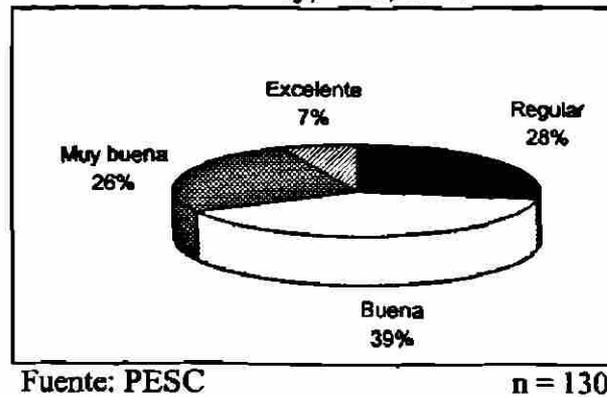


Fuente: CADC

n= 130

Al observar la figura 8 se aprecia que el 64.6 por ciento de los cuidadores tienen de 1 a 5 años de atender a una persona con discapacidad y solo el .8 por ciento ha atendido por 26 años.

FIGURA 9
PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD DE LOS CUIDADORES
Monterrey, N.L., 1997



Al identificar la percepción de la propia salud de los cuidadores, se observó en la figura 9, que el 39 por ciento la consideran buena y que ninguna persona la consideró deficiente.

FIGURA 10
GRADO DE DEPENDENCIA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD
Monterrey, N.L., 1997

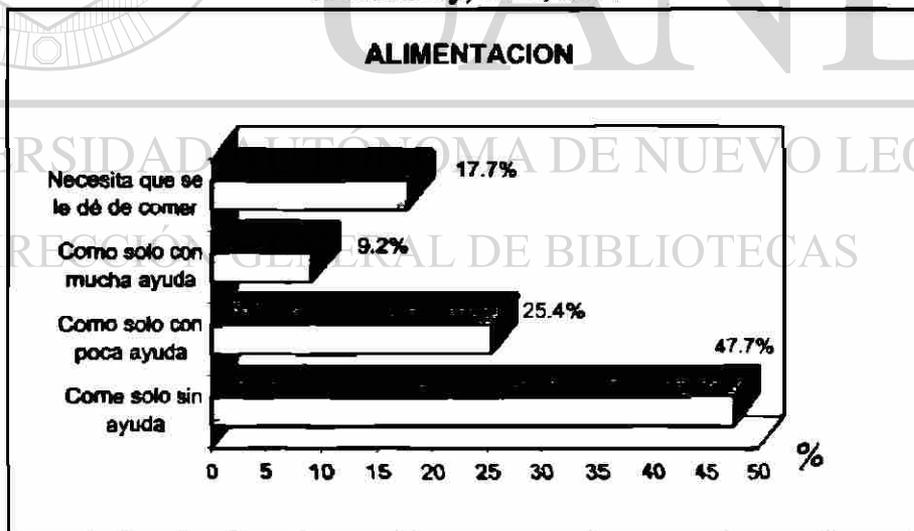


Figura 10 (Continuación)

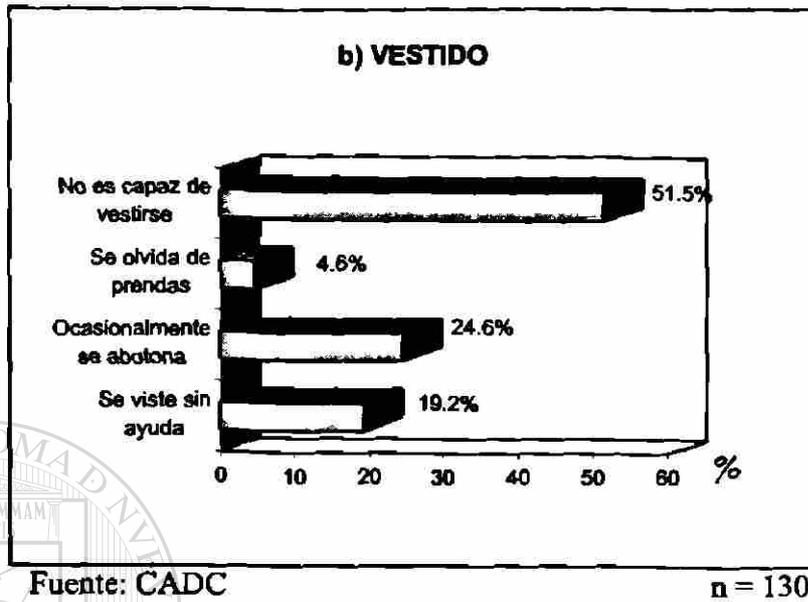
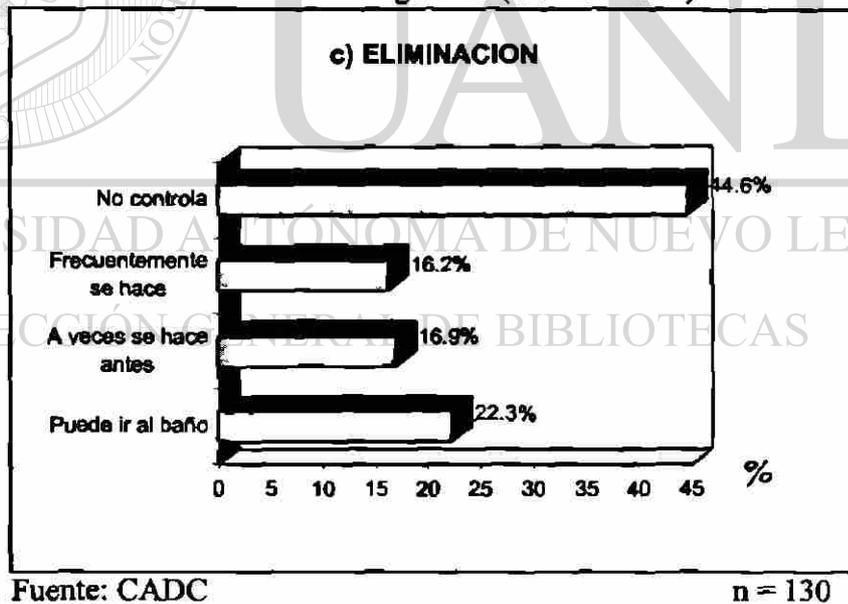


Figura 10 (Continuación)



En la figura 10 se observa que existe una dependencia del paciente con discapacidad para alimentarse con un 47.7 por ciento, para vestirse con un 51.5 por ciento y el 44.6 no tiene control de esfínteres.

TABLA 3
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES
CON DISCAPACIDAD MOTORA
Monterrey, N.L., 1997

Variable de estudio	Dato relevante	Porcentaje
Edad	De 7 a 5 años	56.3
	De 6 a 18 años	20
	De 24 a 49 años	10.7
	De 56 a 86 años	13
Sexo	Femenino	53.1
	Masculino	46.9
Estado civil	Soltero	83.1
	Casado	10.7
	Divorciado	.8
	Viudo	5.4

Fuente: CAD

n = 130

En la tabla 3 se puede observar que con las personas con discapacidad el 56.3 por ciento son niños de 7 a 5 años de edad, de sexo femenino con un 53.1 por ciento y solteros con un 83.1 por ciento.

TABLA 4
ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LOS ÍNDICES
DE CAD, EECA, PES Y FCB

ÍNDICE	MEDIA	MEDIANA	D.E.	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	K.S.Z.	Valor de p
CAPACIDAD DE ATENCIÓN DEPENDIENTE	70.78	70.45	7.04	51.13	93.18	.0150	.3711
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD	74.94	76.66	9.66	42.36	90.00	1.3309	.0579
FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS	59.69	60.60	10.27	33.33	100.00	1.6088	.0113
CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO	68.34	72.39	17.13	6.25	100.00	2.2134	.0001

Fuente: CAD, PES, FCB, EECA

n = 130

En la tabla 4 se observa que el índice que obtuvo la media más alta, corresponde a la percepción del estado de salud del cuidador (M = 74.94), la media más baja fue los

factores condicionantes básicos ($M = 59.69$) y el índice que obtuvo mayor variabilidad fue el de la escala para estimar capacidad de autocuidado ($D.E. = 17.13$). Además muestra que la hipótesis de normalidad en los índices de capacidad de atención dependiente como de percepción del estado de salud tienen una distribución normal. Para el índice de capacidad de autocuidado, así como para el índice FCB, la hipótesis nula se rechaza por lo que se concluye que la distribución de estos índices no es normal, con $\text{Alpha} = 0.05$. La tabla 4 muestra que la normalidad de los índices de la capacidad de atención dependiente y percepción del estado de salud es aceptada, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula, con $\text{Alpha} = 0.05$.

4.2 Análisis de Correlación

TABLA 5
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN ENTRE
LOS INDICES DE CAD, EECA, PES Y FCB. 1997

INDFCB	.1692		
	(.054)		
INDPES	.0768		
	(.385)		
INEECA	.3660	.1928	.3793
	(.000)	(.028)	(.000)
	INCAD	INDFCB	INDPES
			n=130

Fuente: CAD, PES, FCB, EECA.

La tabla 5 muestra las correlaciones obtenidas de los índices de Capacidad de Atención Dependiente (INCAD), Percepción del Estado de Salud (INPES), Estimación de Capacidad de Autocuidado (INEECA) y Factores Condicionantes Básicos (INFCB). Los índices que muestran una relación positiva y significativa son: capacidad de autocuidado y capacidad de atención dependiente ($r_s = .3600$, $p < .000$); percepción del estado de salud y factores condicionantes básicos ($r_s = .2717$, $p = .002$); Capacidad de autocuidado y Factores Condicionantes Básicos ($r_s = .1928$, $p = .028$); Capacidad de autocuidado y Percepción del Estado de Salud ($r_s = .3793$, $p < .000$). También se observa una correlación positiva no significativa entre los factores condicionantes básicos y la capacidad de atención dependiente ($r_s = .1692$ y $p = .054$); así como entre la correlación

de la percepción del estado de salud y capacidad de atención dependiente ($r_s = .0768$ y $p = .385$).

4.3 Análisis de varianza no paramétrica

En la tabla 6 se analizan las combinaciones de la variable independiente (Factores condicionantes básicos), las cuales fueron conformadas de la siguiente manera; Combinación 1) Edad-Tiempo para atender amigos y familiares, la cual no fue posible realizar la prueba de Kruskal Wallis por tener una frecuencia inferior de 5; Combinación 2) Edad-Tiempo para sí mismo; Combinación 3) Edad-Recursos; Combinación 4) Tiempo para amigos y familiares-Recursos; Combinación 5) Disponibilidad de tiempo para amigos y familiares-Tiempo para sí mismo; Combinación 6) Disponibilidad de recursos económicos-Tiempo para sí mismo.

TABLA 6
ESTRUCTURA DE LAS COMBINACIONES

COMB.	AGR.	GRUPO	Fr
1	1	Edad de 18 a 44 años. Tiempo para sí mismo	30
	2	Edad de 45 a + años. Tiempo para sí mismo	1
	3	Edad de 18 a 44 años. Sin tiempo para sí mismo	75
	4	Edad de 45 a + años. Sin tiempo para sí mismo	24
2	1	Edad de 18 a 44 años. Sin recursos	19
	2	Edad de 45 a + años. Sin recursos	6
	3	Edad de 18 a 44 años. Con recursos	86
	4	Edad de 45 a + años. Con recursos	19
3	1	Edad de 18 a 44 años. Sin recursos	50
	2	Edad de 45 a + años. Sin recursos	12
	3	Edad de 18 a 44 años. Con recursos	55
	4	Edad de 45 a + años. Con recursos	13
4	1	Sin tiempo para amigos y familiares, sin recursos.	18
	2	Sin tiempo para amigos y familiares, con recursos.	14
	3	Con tiempo para amigos y familiares, sin recursos.	13
	4	Sin tiempo para amigos y familiares, con recursos.	55
5	1	Sin tiempo para amigos y familiares, sin tiempo para sí mismo.	10
	2	Sin tiempo para amigos y familiares, con tiempo para sí mismo.	15
	3	Con tiempo para amigos y familiares, sin tiempo para sí mismo.	21
	4	Con tiempo para amigos y familiares, con tiempo para sí mismo	84
6	1	Sin recursos económicos, sin tiempo para sí mismo.	16
	2	Sin recursos económicos, con tiempo para sí mismo.	9
	3	Con recursos económicos, sin tiempo para sí mismo.	46
	4	Con recursos económicos, con tiempo para sí mismo	59

Fuente: CADC, EECA, PES, FCB

n = 130

Comb = Combinación.

Agr = Agrupación

Fr = Frecuencia

TABLA 7
PRUEBA DE KRUSKAL WALLIS PARA LAS COMBINACIONES
DE FACTORES CONDICIONANTES BASICOS CON EL INDICE
DE CAPACIDAD DE ATENCION DEPENDIENTE

Comb	Fuente de Variación	GL	χ^2	Valor de p
2	Edad-Tiempo para sí mismo.	3	7.936	.047
	Edad.	1	.7464	.387
	Tiempo para sí mismo.	1	7.1379	.007
	Interacción edad-tiempo para sí mismo.	1	1.6368	.200
3	Edad-Tener Recursos	3	6.659	.083
4	Tiempo para atender amigos y familiares-Tener recursos.	3	2.557	.465
5	Tiempo para atender amigos y familiares-Tiempo para sí mismo.	3	8.246	.041
	Tiempo para atender amigos y familiares	1	2.2980	.129
	Tiempo para sí mismo.	1	7.1379	.007
	Interacción tiempo para atender amigos y familiares-Tiempo para sí mismo.	1	1.5973	.026
6	Tener dinero necesario-Tiempo para sí mismo.	3	7.6636	.054

Fuente: FCB

n = 130

En la tabla 7 se observa el efecto de las fuentes de variación con el índice capacidad de atención dependiente en la combinación 2 edad-tiempo para sí mismo ($\chi^2 = 7.936$, $p = .047$); donde se observa que el tiempo para sí mismo mostró una ($\chi^2 = 7.1379$, $p = .0075$). En la combinación 5 de tiempo para atender amigos y familiares-tiempo para sí mismo reportó una $\chi^2 = 8.246$, $p = .041$ donde la fuente de variación con efecto de tiempo para sí mismo la cual mostró una $\chi^2 = 7.1379$, $p = .0075$.

TABLA 8
PRUEBA DE KRUSKAL WALLIS PARA LAS COMBINACIONES DE
FACTORES CONDICIONANTES BASICOS CON EL INDICE DE
PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD (PES)

Comb.	Fuente de Variación	GL	Y	Valor de p
2	Edad-Tiempo para sí mismo.	3	7.777	.050
3	Edad-Tener dinero necesario.	3	14.908	.001
	Edad.	1	2.5767	.108
	Tener dinero necesario.	1	9.7701	.001
	Interacción edad-Tener dinero necesario	1	10.5155	.001
4	Tiempo para atender amigos y familiares-Tener dinero necesario.	3	14.196	.002
	Tiempo para atender amigos y familiares.	1	5.5669	.018
	Tener dinero necesario	1	9.7701	.001
	Interacción tiempo para atender amigos y familiares-Tener dinero necesario.	1	3.9738	.046
5	Tiempo para atender amigos y familiares-Tiempo para sí mismo.	3	12.270	.006
	Tiempo para atender amigos y familiares.	1	5.5669	.018
	Tiempo para sí mismo.	1	4.5934	.032
	Interacción tiempo para atender amigos y familiares-Tiempo para sí mismo	1	10.3897	.001
6	Tener dinero necesario-tiempo para sí mismo.	3	13.809	.003
	Tener dinero necesario.	1	9.7701	.001
	Tiempo para sí mismo.	1	4.5934	.032
	Interacción tener dinero necesario-tiempo para sí mismo.	1	6.3551	.011

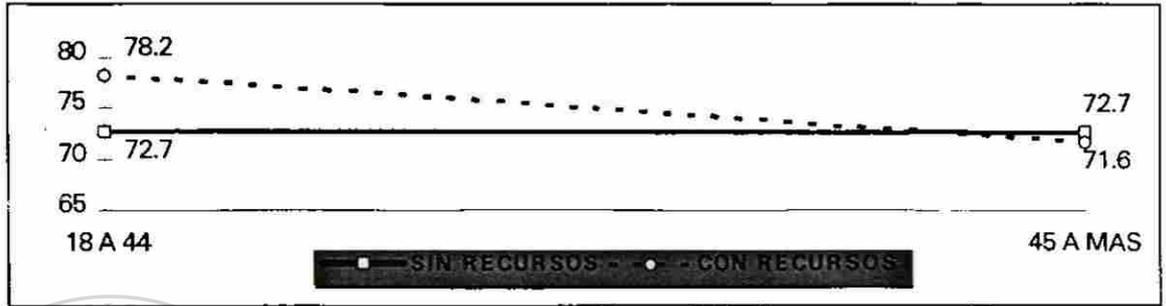
Fuente: FCB

n = 130

La tabla 8 muestra el efecto de las fuentes de variación donde al considerar el índice de percepción del estado de salud mostraron significancia ($p < .05$) a excepción de la combinación 2 Edad-Tiempo para sí mismo.

A continuación se presentan las figuras de las combinaciones que fueron significativas.

FIGURA 11
PROMEDIO DE COMBINACION DE EDAD Y RECURSOS CON
INDICE DE PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD
Monterrey, N.L., 1997

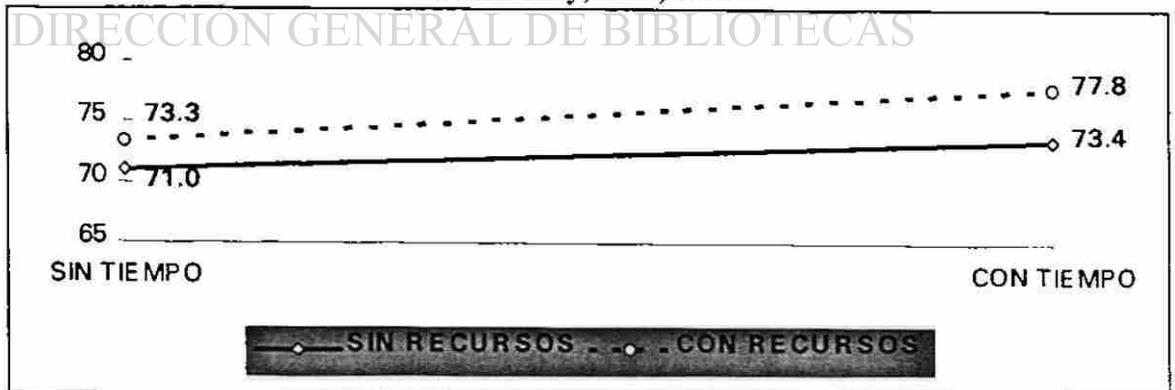


Fuente: PES, FCB

n = 130

En la figura 11 se puede observar que existe una interacción, la cual resultó significativa, entre los factores edad y tener el dinero necesario para atender a la persona con discapacidad. Se observa que el promedio más alto respecto a percepción del estado de salud fue para la edad de 18 a 44 años y con recursos proporcionando una media de 78.2

FIGURA 12
PROMEDIO DEL INDICE DE PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD CON
LA COMBINACION DE RECURSOS Y TIEMPO PARA
ATENDER AMIGOS Y FAMILIARES
Monterrey, N.L., 1997



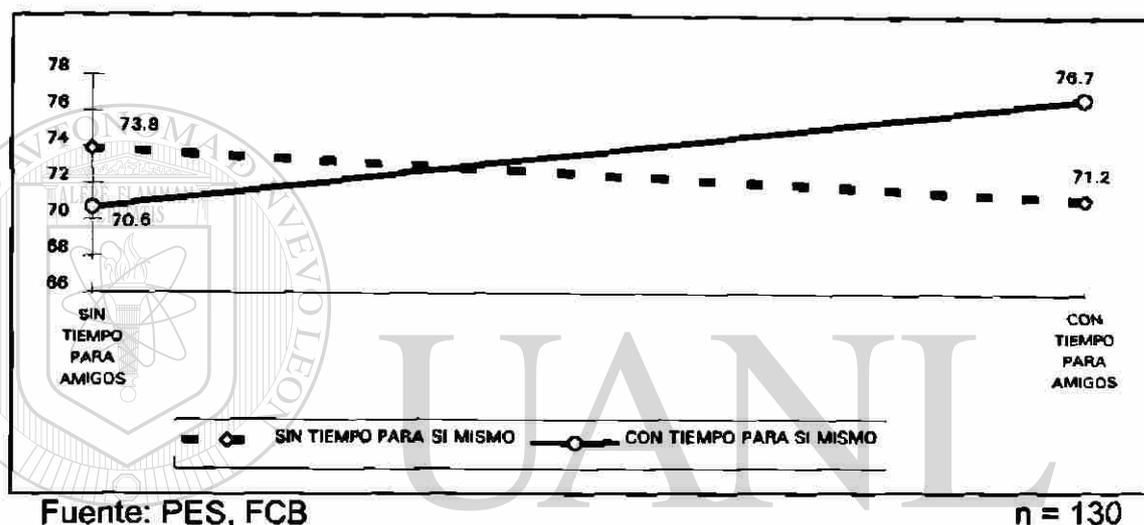
Fuente: PES, FCB

n = 130

En la figura 12 se puede observar gráficamente que existe una interacción significativa entre recursos y tiempo para atender amigos y familiares al considerar el

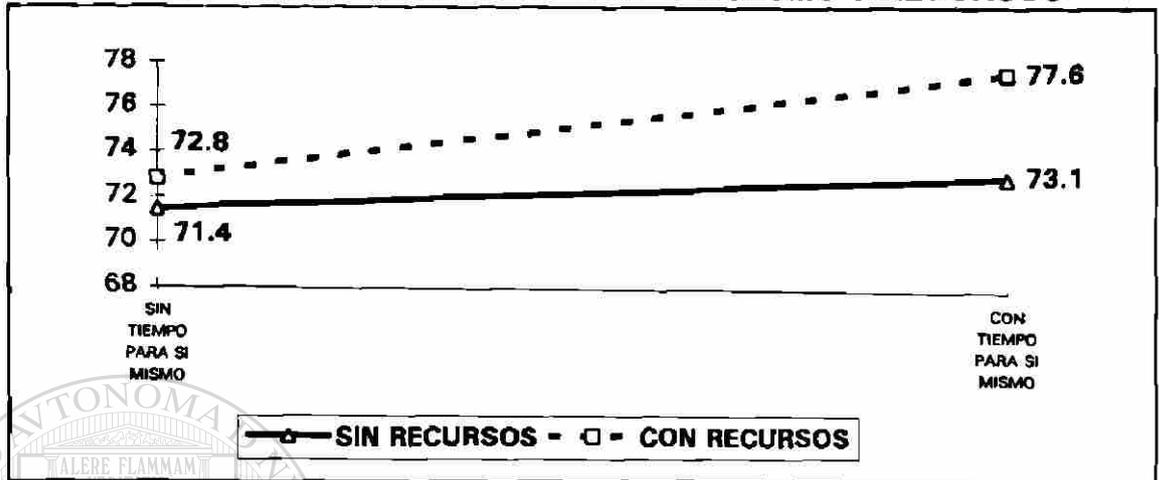
índice de percepción del estado de salud; el promedio más alto fue para contar con los recursos disponibles con un 77.8

FIGURA 13
PROMEDIO DEL ÍNDICE DE PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD CON
LA COMBINACIÓN DE TIEMPO PARA SI MISMO Y TIEMPO PARA
ATENDER AMIGOS Y FAMILIARES
Monterrey, N.L., 1997



La figura 13 muestra gráficamente una interacción significativa (ver tabla 7) al considerar el índice de percepción del estado de salud, tiempo para sí mismo y tiempo para atender amigos y familiares; el promedio más alto para esta combinación fue con tiempo para sí mismo 76.7.

FIGURA 14
PROMEDIO DEL INDICE DE PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD CON
LA COMBINACION DE TIEMPO PARA SI MISMO Y RECURSOS



Fuente: PES, FCB

n = 130

Para esta combinación se observó interacción significativa como se muestra en la figura 14, el promedio más alto fue para contar con el tiempo para sí mismo con el índice de percepción del estado de salud, el promedio para esta celda fue de 77.6

En la combinación 5 al analizar tiempo para sí mismo y tiempo para amigos y familiares no se encontró significancia con el índice de capacidad de alto cuidado. El promedio más alto respecto a esta combinación fue para no tener el tiempo para sí mismo con 69.3.

TABLA 9
PRUEBA DE KRUSKAL WALLIS PARA LA COMBINACION DE FACTORES
CONDICIONANTES BASICOS CON EL INDICE DE CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO (EECA)

COMBINACION	FUENTE DE VARIACION	GL.	X ²	VALOR DE P.
2	Edad-Tiempo para sí mismo.	3	3.211	.360
3	Edad-Tener recursos.	3	6.384	.094
4	Tiempo para atender amigos y familiares-Tener recursos	3	12.176	.006
	Tiempo para atender amigos y familiares.	1	7.744	.005
	Tener recursos.	1	5.571	.018
	Interacción tiempo para atender amigos y familiares-Tener recursos.	1	2.041	.153
5	Tiempo para atender amigos y familiares-Tiempo para sí mismo.	3	9.144	.027
	Tiempo para atender amigos y familiares.	1	7.744	.005
	Tiempo para sí mismo.	1	2.348	.125
	Interacción tiempo para atender amigos y familiares-Tiempo para sí mismo.	1	1.430	.231
6	Tener recursos-Tiempo para sí mismo.	3	7.391	.060

Fuente: FCB

n = 130

Al analizar el índice de capacidad de autocuidado con las fuentes de variación para cada combinación; se encontró en la tabla 9 efecto significativo en tiempo para atender amigos y familiares ($x^2 = 7.74$, $p = .005$) y tener dinero necesario ($x^2 = 5.57$, $p = .018$). Para este índice ninguna interacción resultó significativa.

4.4 Regresión lineal múltiple

Para probar las hipótesis se utilizaron los modelos de regresión lineal múltiple por ser éstos de tipo predictivas (Polit, 1994).

La primera hipótesis planteada: **Los factores condicionantes básicos representados por: edad, sexo, sistema familiar, estado de salud percibido, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las capacidades**

de autocuidado de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora. Los resultados del modelo de regresión lineal múltiple se presentan en la tabla 10.

TABLA 10
ANÁLISIS DE VARIANZA PARA EL MODELO DE REGRESIÓN LINEAL
MÚLTIPLE CUANDO LA VARIABLE DEPENDIENTE
ES CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
Monterrey, N.L., 1997

Fuente de variación	G.L.	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F Calculada	Valor de p
Regresión	6	999.1478	1665.3579	7.35059	.0000
Residual	123	27867.0018	226.5609		

$R^2 = .26.39\%$

$n = 130$

Al introducir la variable dependiente capacidades de autocuidado y las variables independientes factores condicionantes básicos (edad, sexo, sistema familiar, estado de salud percibido, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos); Se reporta que existe significancia ($F = 7.35059$, $p < .01$; con un valor de $R^2 = .26.39$ por ciento). que explica la variación de las capacidades de autocuidado por efecto de los factores condicionantes básicos. En base a estos resultados se acepta la primera hipótesis.

TABLA 11
RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL MODELO DE REGRESIÓN
MÚLTIPLE CUANDO LA VARIABLE DEPENDIENTE
ES CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
Monterrey, N.L., 1997

VARIABLE	B	SE B	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	BETA	T	VALOR DE p
Disponibilidad y adecuación de recursos	3.370	2.745	-2.064	8.804	.098	1.22	.222
Edad	.193	.121	-.046	.433	.128	1.59	.113
Sexo	9.053	4.642	-.135	18.242	.153	1.95	.053
Patrón de vida	-1.92	3.460	-8.780	4.911	-.044	-.55	.578
Sistema familiar	.793	3.292	-5.718	7.316	.019	.24	.808
Percepción del estado de salud.	.793	.146	.0537	1.082	.447	5.42	.000

Fuente: FCB, EECA.

$n=130$

En la tabla 11 se puede observar que la percepción del estado de salud tiene un efecto significativo sobre la capacidad de autocuidado $T = 5.42$, $p < .01$.

Hipótesis 2.- Las factores condicionantes básicos (edad, sexo, sistema familiar, estado de salud percibido, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos) son predictores de las capacidades de atención dependiente de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora.

TABLA 12
ANALISIS DE VARIANZA PARA EL MODELO DE REGRESION LINEAL
MÚLTIPLE CUANDO LA VARIABLE DEPENDIENTE
ES CAPACIDAD DE ATENCION DEPENDIENTE

Fuente de variación	G.L	Suma de cuadrados	Cuadrado Medio	F Calculada	Valor de p
Regresión	6	433.8155	72.3026	1.4884	.187
Residual	123	5974.8779	48.5762		

$R^2 = 6.76\%$

$n = 130$

Al introducir la variable dependiente, capacidad de atención dependiente y la variable independiente de los factores condicionantes básicos (edad, sexo, sistema familiar, estado de salud percibido, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos); el modelo de regresión lineal múltiple no reporta significancia ($F = 1.4884$, $p = .187$ con una $R^2 = 6.76$ por ciento), lo que explica que no existe un efecto de las variables independientes sobre la dependiente. En base a estos resultados la hipótesis 2 no se sustenta

TABLA 13
RESULTADOS DEL ANALISIS DEL MODELO DE REGRESION MULTIPLE
CUANDO LA VARIABLE DEPENDIENTE ES CAPACIDAD
DE ATENCION DEPENDIENTE
Monterrey, N.L., 1997

VARIABLE	B	SE B	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	T	VALOR DE p
Disponibilidad y adecuación de recursos	-.693	1.271	3.210	1.822	-.049	.586
Edad	-.005	.056	-.116	.105	-.009	.918
Sexo	1.446	2.149	-2.808	5.701	.059	.502
Patrón de vida	4.131	1.602	.959	7.303	.231	2.578
Sistema familiar	1.482	1.524	-1.535	4.500	.089	.972
Percepción del estado de salud.	-.006	.067	-.140	.127	-.008	.927

Fuente: FCB, CAD

n=130

La tabla 13 muestra que el patrón de vida tiene un efecto significativo en la capacidad de atención dependiente ($T = 2.578$, $p = .011$).

Hipótesis 3.- Los factores condicionantes básicos y la capacidad de autocuidado son predictores de las capacidades de atención dependiente de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora.

TABLA 14
ANALISIS DE VARIANZA PARA EL MODELO DE REGRESION LINEAL
MULTIPLE CUANDO LA VARIABLE DEPENDIENTE
ES CAPACIDAD DE ATENCION DEPENDIENTE

Fuente de Variación	G.L	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F calculada	Valor de p
Regresión	7	451.334	64.476	1.320	.246
Residual	122	5957.359	48.830		

$R^2 = 7.043\%$

n = 130

Al introducir la variable dependiente capacidad de atención dependiente y las variables independientes factores condicionantes básicos (edad, sexo, sistema familiar, estado de salud percibido, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos) y la capacidad de autocuidado; el modelo de regresión lineal múltiple reportó una $F = 1.320$, $p = .246$ con un valor de $R^2 = 7.04$ por ciento, que no explica la variación de la capacidad

de atención dependiente por efecto de los factores condicionantes básicos y la capacidad de autocuidado. En base a estos resultados no se sustena la hipótesis 3.

TABLA 15
RESULTADOS DEL ANALISIS DEL MODELO DE REGRESION MULTIPLE
CUANDO LA VARIABLE DEPENDIENTE ES CAPACIDAD
DE ATENCION DEPENDIENTE
Monterrey, N.L., 1997

VARIABLE	B	SE B	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	BETA	T	VALOR DE p
Capacidad de autocuidado	.025	.041	-.057	.107	.060	.599	.550
Disponibilidad y adecuación de recursos	-.778	1.282	-3.317	1.706	-.055	-.607	.544
Edad	-.010	.056	-.123	.101	-.017	-.180	.852
Sexo	1.219	2.188	-3.112	5.550	.050	.557	.578
Patrón de vida	4.179	1.608	.995	7.364	.234	2.598	.010
Sistema familiar	1.465	1.528	1.564	4.489	.088	.957	.340
Percepción del estado de salud.	-.026	.075	-.175	.123	-.035	-.345	.730

Fuente: FCB, CAD

n=130

En la tabla 15 se observa que la capacidad de atención dependiente tiene efecto significativo, el factor condicionante (patrón de vida $T = 2.598$, $p = .010$) no así la capacidad de autocuidado.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO V

DISCUSION

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se describe a los cuidadores de atención dependiente de pacientes con discapacidad motora, como población femenina, ya que el 90 por ciento corresponde a este sexo, lo que coincide con Puig, et.al. (1992); Peeters y col. (1996); Gregory, et.al. (1994), quienes reportan que los cuidadores son familiares directos y mujeres en su mayoría.

En relación con la edad, se observó que el 66 por ciento de esta población se encuentra entre las edades de 18 a 35 años; esto difiere de lo descrito por Novak y Guest (1989), Smith (1991) y Peeters y col. (1996); Puig, et.al. (1992) y Grant (1992) quienes encontraron que la edad de los cuidadores fué de 50 a 59 años, el hecho de que la mayor cantidad de los cuidadores en la población de estudio sean adultos jóvenes, casados (83.8%), y con pareja (83.8%) aumenta la carga emocional y física durante la formación y cuidado de la familia por encontrarse en una etapa de expansión, comparativamente de las mujeres mayores de 50 años quienes están en etapa familiar de dispersión según lo reportado.

Otro aspecto importante a destacar en este estudio es que el 69.3 por ciento de los cuidadores tienen entre 1 y 3 hijos, esto concuerda por lo reportado por Fink (1995) quien afirma que las familias dadoras de cuidados (53.3%) tienen niños que viven en casa y señala que los hijos son afectados por problemas de este tipo.

De acuerdo al nivel de educación de los cuidadores en este estudio fue de buen nivel educativo, ya que el 91.5 por ciento tiene algún tipo de escolaridad y sólo el 8.5 por ciento no cuenta; esto coincide de lo reportado por Fink (1995) quien señala que el nivel educativo de los cuidadores por ellos estudiados fue de más de 6 años de escolaridad.

La ocupación de los cuidadores para este estudio es que el 78.5 por ciento se dedica al hogar, esto coincide por lo referido por Puig, et.al. (1992) quienes reportan un

85 por ciento y difiere de Peeters y col. (1996) quien reportó que la mayor parte de los cuidadores (55.4%) fueron empleados.

La relación de los cuidadores con discapacidad motora para este estudio fue de un 86.9 por ciento y refieren ser las madres quien proporcionan la atención en el hogar. Esto difiere de Puig y col. (1992) y Peeters y col. (1996) quienes encontraron que los hijos son los encargados de proporcionar atención a los padres.

Esto es importante describir según Peeters y col. (1996) quienes expresan que las variables demográficas sociales como edad del cuidador, sexo, ocupación y educación; además de variables de situación del cuidador, vive con el dependiente, tiene experiencia de atención y conoce el nivel de dependencia, además de las variables del contexto de la entrevista, tanto del cuidador y presencia del dependiente durante la entrevista puede identificar la agencia de atención dependiente.

De acuerdo a las características de la persona con discapacidad se reporta que la edad osciló entre 7 meses y 86 años de edad y con mayor frecuencia entre 7 meses y 5 años (56.3%), el sexo predominante fue el femenino con 53.1 por ciento y el grado de dependencia de un 50 por ciento para cubrir las necesidades básicas (vestido y alimentación) según la clasificación de Abraham Maslow (Dugas, 1987), estos resultados apoyan lo aseverado por Novak y Guest (1989) quienes encontraron que los dependientes pierden o no tienen la habilidad para realizar la actividades de su vida diaria.

En cuanto al tiempo que tienen los cuidadores de atender a estas personas con discapacidad motora se encontró que el 64.6 por ciento tiene entre 1 y 5 años de proporcionar la atención; estos resultados no apoyan lo encontrado por Grant (1992), quien refiere que el número de años vividos de los dependientes con el cuidador fué de 7.3 años; estos datos son importantes en el presente estudio porque indica que a medida que aumenta el tiempo de atención del paciente, el cuidador se vuelve más comprometido con su situación de vida y desafía los obstáculos presentes; tiene mayor energía, mayor fuerza de autoestima y más sentimientos positivos acerca de su propio autocuidado.

Los sujetos involucrados en la atención y su medio utilizan recursos internos para tomar posesión de la situación, por lo tanto, el cuidador podría ver la situación discapacitante del familiar como una oportunidad para aumentar su propio autocuidado y puede esperarse que las intervenciones dirigidas aumenten la percepción de compromiso del cuidador y dominio sobre su medio, den poder a su capacidad de autocuidado (Scott, et.al. 1995).

La confiabilidad de los instrumentos fue analizado a través del Alpha Cronbach cuyos resultados muestran que la escala de capacidad de atención dependiente (ECAD) obtuvo un alpha de .81 menor a lo reportado por Salazar (1996) de .81 y Peeters y col. (1986) de .87; la escala para estimar capacidad de autocuidado (EECA) resultó con un alpha de .95 resultado más alto reportado por Gallegos (1996) de .81 y Guevara (1997) de .86. El índice de percepción del estado de salud obtuvo un alpha de .78 menor a lo reportado por Gallegos (1996) .86. Con respecto a estos instrumentos mostraron una consistencia interna suficiente; para el instrumento de factores condicionantes básicos de .68 requiere mayor exploración que los instrumentos de este estudio. Polit (1994) refiere que la consistencia interna de los instrumentos aplicados por primera vez, es aceptable .60.

Al analizar las estadísticas descriptivas, en relación a los índices de atención dependiente, capacidad de autocuidado, percepción del estado de salud de los cuidadores, se encontró que la media más alta fue para percepción del estado de salud con 74.94, Orem (1993) señala que el estado de salud es un factor condicionante básico que liga al individuo con las circunstancias de la vida, Peeters y col. (1996) señala que la salud del cuidador es importante valorarla, ya que los cuidadores que experimentan la situación de atención dependiente como estresante tienen puntuaciones significativamente menores de la agencia de atención dependiente de los que no viven esta situación.

Al realizar la correlación de Spearman se encontró una relación positiva y significativa entre la capacidad de autocuidado y la capacidad de cuidado dependiente ($r_s = .3660, p < .01$) esto coincide con Orem (1993) quien al respecto señala, en la teoría

de autocuidado que los individuos ejecutan acciones para satisfacer sus requisitos de autocuidado o los requisitos de los miembros dependientes de su familia, donde ejecuta acciones que conducen a la conservación de la vida, salud y bienestar.

Se encontró relación positiva y significativa para la índice de percepción del estado de salud con el índice de factores condicionantes básicos ($r_s = .2717$, $p = .002$), al respecto Orem (1993) refiere que los factores condicionantes básicos son condiciones o eventos que afectan el desarrollo, operatividad o adecuación de las actividades.

El índice de capacidad de autocuidado se correlacionó positiva y significativamente con el índice de los factores condicionantes básicos ($r_s = .1928$, $p = .028$), se encontró también correlación positiva y significativa entre el índice de autocuidado y percepción del estado de salud, donde reportó una significancia de ($r_s = .3793$, $p < .001$) Orem (1993), señala que las capacidades de autocuidado se desarrolla día a día desde la niñez hasta la edad adulta y que los factores condicionantes básicos influyen activamente en esta capacidad, esto también concuerda con Bueno y col. (1988) y Baker (1993) quienes refieren que las capacidades de autocuidado se ven afectadas por los factores condicionantes básicos.

En relación al análisis de varianza a través de la prueba de Kruskal Wallis, se determinó el efecto de los factores condicionantes básicos, sobre las variables capacidad de autocuidado, capacidad de atención dependiente y percepción del estado de salud, donde se realizaron diferentes combinaciones y se encontró que en la combinación 3 formada por los factores edad y tiempo para sí mismo reportó un valor de $p = 0.47$. La combinación 5, formada por tiempo para atender a amigos y familiares con tiempo para sí mismo fue significativa ($p = .041$), ambas fuentes de variación fueron combinadas con atención dependiente. En este sentido Orem (1993) señala que la edad y el patrón de vida tienen un efecto significativo sobre la capacidad de atención dependiente.

Al relacionar el índice de percepción del estado de salud con la combinación 2 de edad y tener dinero necesario fue significativa ($p = .001$); al combinar este mismo índice con tiempo para atender amigos y familiares y tener dinero necesario resultó significativo ($p = .002$) este mismo índice con la combinación 5, tiempo para atender

amigos y familiares y tiempo para sí mismo, mostró una significancia de .006; al combinar el índice de percepción del estado de salud con tener dinero necesario y tiempo para sí mismo resultó significativo ($p=.003$). En este sentido Orem (1993) señala que existe una asociación entre la edad, patrón de vida, sistema familiar con la percepción del estado de salud. Esta percepción del estado de salud tiene a su vez un efecto sobre la capacidad de autocuidado. En la combinación de capacidad de autocuidado con tiempo para atender amigos y familiares y tiempo para sí mismo no fue significativo ($p= 0.27$).

Al valorar la combinación de cada fuente de variación con el índice de capacidad dependiente se encontró que para la combinación 3 de edad y tiempo para sí mismo con capacidad de atención dependiente el tiempo para sí mismo fue quien reportó un promedio mas alto de 71.60 y una $p= .0075$; en la combinación 5 el tiempo para atender amigos y familiares con tiempo para sí mismo este último reportó un promedio de 71.70 y una $p= .0075$.

Al valorar la combinación de el índice de percepción del estado de salud con la combinación 4 tiempo para atender amigos y familiares, tener dinero necesario, las diferentes fuentes de variación resultaron significativas, el tiempo para atender amigos y familiares ($p = .0183$), tener dinero necesario ($p=.0018$) y a la combinación de esta fuente resultó también significativa ($p=.0462$), el promedio más alto fue para tener dinero necesario con 77.85.

Para la combinación 5 entre tiempo para atender amigos y familiares con tiempo para sí mismo las diferentes fuentes de variaciones resultaron significativas, tiempo para atender amigos y familiares ($p=.0183$), tiempo para sí mismo .0321 y la combinación entre ambos ($p=.0013$), el promedio más alto fue para la combinación de factores de 76.77.

En la combinación 6 entre tener dinero necesario, tiempo para sí mismo y para la combinación entre ambas fue de $p=.0018$, $p=.0321$, $p=.0017$ respectivamente, el promedio más alto fue para tener dinero necesario igual a 77.74.

Para el índice de capacidad de autocuidado con la combinación 4 resultó significativa para cada factor de tiempo para atender amigos y familiares ($p=.0054$) con

tener dinero necesario ($p=.0183$), no así para su combinación, el promedio más alto fue para tener dinero necesario 71.65; a la combinación entre tiempo para sí mismo y tiempo para atender amigos y familiares resultó significativa esta última con un valor de $p=.0054$ y con un promedio más alto con 69.34. Esto explica la influencia entre la edad, sistema familiar, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos en la experiencia de atender a pacientes con discapacidad motora. Lo que coincide con Orem (1993) de que los factores condicionantes básicos son predictores de la capacidad de atención dependiente.

Para probar la primera hipótesis los factores condicionantes básicos seleccionados son predictores de la capacidad de autocuidado, se utilizó el modelo de regresión lineal múltiple, el resultado indica una variación $R^2 = 26.39$ por ciento de la variable dependiente de la capacidad de autocuidado con un efecto de $F=7.35$ y una $p=.000$ resultado que muestra carácter predictivo de los factores condicionantes básicos sobre la capacidad de autocuidado, esto coincide con Orem (1993) y Guevara (1997) quienes reportan que la capacidad de autocuidado es condicionada por factores específicos de las personas como individuos, como miembros de unidades sociales en localizaciones de tiempo y espacio.

Para la comprobación de la segunda hipótesis, los factores condicionantes básicos son predictores de la capacidad de atención dependiente, se realizó el análisis de varianza del modelo de regresión lineal múltiple, donde se obtuvo un $R^2 = 6.76$ una F de 1.48 y un valor de $p=.187$, donde no existe por efecto de los factores condicionantes básicos seleccionados sobre de la capacidad de atención dependiente. Esto difiere por lo reportado por Orem (1995) quien señala que los factores condicionantes son predictores de la capacidad de atención dependiente.

Para la comprobación de la tercera hipótesis, los factores condicionantes básicos y la capacidad de autocuidado son predictores de la capacidad de cuidado dependiente, esta hipótesis se comprobó por medio del modelo de regresión múltiple, los resultados indican una variación de $R^2 = 7.04$ una F 1.32 y un valor de $p=.246$, resultados que difieren de Orem (1995) y de Harre (1970) quien reporta el poder de desarrollar las

capacidades es a partir de los estímulos o condiciones existentes donde éstas aseguran un estado de disposición de las personas para ejercer un poder y producir una respuesta si las condiciones están presente.

5.1 Conclusiones

Este estudio apoya parcialmente la teoría de Dorothea E. Orem (1993) en la premisa de que los factores condicionantes básicos afectan la capacidad de autocuidado.

A través de este proyecto de investigación se ha hecho el intento por contribuir a la ciencia de enfermería ofreciendo aportación a los conceptos de capacidad de atención dependiente, factores condicionantes básicos y capacidad de autocuidado en población mexicana.

Se encontró correlación positiva y significativa entre los índices de capacidad de autocuidado y el índice de capacidad dependiente; el índice de percepción del estado de salud con factores condicionantes básicos se relacionaron positiva y significativamente; el índice de capacidad de autocuidado se relacionó positiva y significativamente con percepción del estado de salud.

Los factores condicionantes básicos fueron predictores significativos de la capacidad de autocuidado y no de la capacidad de atención dependiente. Los factores condicionantes básicos y las capacidades de autocuidado no fueron predictores de la capacidad de atención dependiente.

El perfil del cuidador de personas con discapacidad motora son mujeres de 18 a 35 años de edad, casadas, dedicadas al hogar con escolaridad máxima de primaria, madres de la persona que padece la discapacidad y que se perciben con un buen estado de salud y son capaces de brindar atención dependiente.

El perfil de los pacientes dependientes fué mujeres de 7 meses a 5 años de edad, solteras, que comen sin ayuda, requieren ayuda para vestirse y no tienen control de esfínteres.

La consistencia interna de los instrumentos de escala para estimar la capacidad de autocuidado mostró un alpha de .95, percepción del estado de salud con un alfade .78, y capacidad de atención dependiente con un alpha de .81 fueron aceptables. El instrumento de factores condicionantes básicos tuvo una Alpha de Cronbach fue de .68 aceptable también por ser la primera ocasión que se aplica este instrumento.

5.2 Recomendaciones

- Continuar realizando estudios en población mexicana con el Modelo de Dorothea Orem (1995) ya que permite operacionalizar los conceptos de la teoría del déficit de autocuidado.
- Realizar estudios cualitativos en los cuidadores con el propósito de conocer la experiencia vivida por ellos al proporcionar atención a un familiar en el hogar.
- Será necesario desarrollar estudios de intervención en los cuidadores a fin de fortalecer sus capacidades de autocuidado y cuidado dependiente.
- Continuar utilizando los instrumentos de capacidad de atención dependiente (CAD), escala para estimar capacidad de autocuidado (EECA), percepción del estado de salud (PES) y factores condicionantes básicos (FCB) a fin de mejorar su consistencia interna y realizar la validez del contenido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Baker, S. The relation ships of self care agency and self care actions to caregiver strain as perceived by female family coregivers of underly partents. (1993).

Brody E. M. y Hoffman Ch. Kleban M.H., Schoonover C. Caregiving daughters and theil local siblings: Perception, strains and interaction. The Gerontological Society of America. E.E.U.U. (1989)

Bueno S., Cecilia G., Martín H., Milady R., Villabuna M. Factores básicos condicionantes y capacidades de la agencia de autocuidado asociadas a estados de déficit de autocuidado. (1988)

Consejo Estatal de Población en Nuevo León. Coloquio La Mortalidad: Una forma de medición del estado de salud. México, 1996

Daniel W. Bioestadística. Editorial Limusa, México, 1989

Denyes, M.D. Devolpment of on instrment to a measure self care agency in adolescents dissertation. Univesity of Michigan. (1980).

Fink, S.V. The influence of family resources and family demands on the strain and well being of caregivres family. Nurs Res. (1995)

Gallegos E.C. y Salazar B.C. Validación de la escala de capacidad para el autocuidado con población mexicana. Investigación inédita, UANL, Monterrey, N.L., (1996).

Gast H., Denyes M., Camphell J., Hartweg D., Schott B., Isenberg M. Self care agency conceptualization and operacionalizations. Advances in nursing science. (1989).

Grant J., Bean Ch. Self identified needs of informal caregivers of head injured adults. Fom community health E.E.U.U. (1992).

Guevara M. Autocuidado en adolescentes embarazadas en un área urbano marginada de Apodaca, N.L. Tesis inédita. (1997).

Hosther S. Atención centrada en la familiar. Material and child health program. (1981).

Ibañez, Brambila, Berenice. Manual para la elaboración de tesis: Consejo nacional para la enseñanza e investigación en psicología. México. Trillas. (1992).

Isenberg. Desarrollo de la Teoría de Enfermería y su aplicación. XIV. Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería, UANL. Monterrey, N.L., (1993).

Jacobs, H. The angeles head injury survey: Procedures and initial findings. Arch. Phys. Med. Rehab. (1988).

Levin, J. (1977). Fundamentos de estadística en investigación social. Editorial Harla,[®] México, D.F. (1979).

Murray C. Cuantificación de la carga de enfermedad: la base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad; Oficina Sanitaria Panamericana. (1995).

Murray, Ch., López A. Cuantificación de la discapacidad; datos, métodos y resultados. México, (1995).

Novak M., Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. The Gerontological-Society of America. (1989).

Orem. Modelo. Conceptos de enfermería en la práctica. De. Científicos y Técnicos S.A., 4a. de. Barcelona, España. (1993).

Orem D. Nursing. Concepts for practice. New York Mc Graw Hill. (1985).

Orem D. Nursing. Concepts for practice. St. Louis Mosby (1991).

Orem D. Nursing. Concepts for practice. St. Louis Mosby (1995).

The International Orem Society, (1996). Newsletter April 1996. Feature Article

Peeters J., Philipsen H., Mosterd N. & Isenberg M. Agencia de atención dependiente. Wayne State University, Detroit Michigan, E.E.U.U. (1996)

Pepin Y.J. Prestación de cuidados de la familia y la atención de enfermería. Image, Journal of Nursing. (1991).

Polit & Hungler Investigación científica en ciencias de la salud. 4a. edición. Editorial Interamericana, México (1994).

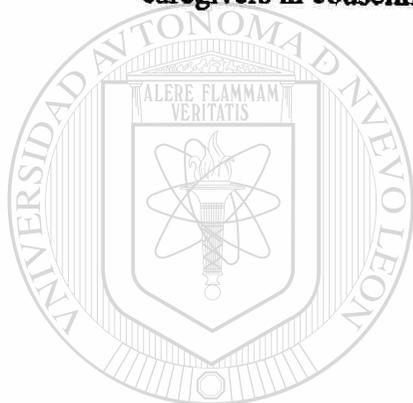
Puig, C. Hernández L., Gervas J. Los enfermos crónicos reclusos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. Unidad de Investigación en atención primaria. Instituto de Salud. España. (1992).

Salazar B. Validación de la escala de capacidad de atención dependiente en población mexicana. Investigación inédita. UANL, Monterrey, N.L., (1997).

Secretaría de Salud y Asistencia. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (1987).

Schott, B.D. Fisher L. Gregory Ch. Atención dependiente, carga del cuidador, resistencia y agencia de autocuidado de los cuidadores. Cancer Nursing. (1995).

Smith C., Gregory, Smith F., Mary Toseland W., Ronald. Problems identified by family caregivers in counseling. The gerontological society of america. E.E.U.U. (1991).

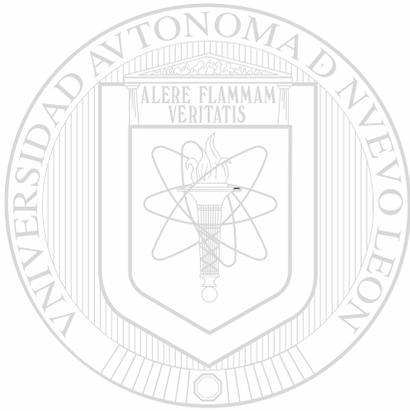


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



APÉNDICES

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA SECRETARIA DE POST-GRADO

CAPACIDAD DE ATENCION DEPENDIENTE

No. _____

PARTE I. DATOS GENERALES

Instrucciones: Esta sección tiene preguntas sobre Usted, su familia y sobre la persona a la que Usted cuida. Conteste cada pregunta lo mejor que pueda completando la información que se pide o circulando la respuesta que corresponda o coloque una paloma cerca de la opción.

PREGUNTAS SOBRE USTED Y SU FAMILIA.

1. Su edad _____
Años cumplidos.

2. Sexo.

<u>Hombre</u>	<u>Mujer</u>
1	2

3. Hasta que año estudió en la escuela: _____

4. Su estado civil:

1. Casado(a)	3. Divorciado(a) separado(a)
5. Viudo(a)	4. Soltero(a)

5. Su ocupación: _____

6. En su trabajo actual Usted está de:

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1. Tiempo completo | 4. Retirado |
| 2. Medio tiempo. | 5. Ama de casa |
| 3. De permiso. | 6. No esta empleado(a) |

7. Número de hijos que tiene Usted: _____

8. Su parentesco o relación con la persona a la que cuida es:

- | | |
|---------------|--------------------------------------|
| 1. Esposo(a) | 4. Nuera o yerno. |
| 2. Hijo(a) | 5. Amigo(a). |
| 3. Hermano(a) | 6. Otro miembro de la familia: _____ |

9. Por cuanto tiempo ha cuidado Usted a esta persona: _____

PREGUNTAS SOBRE LA PERSONA A LA QUE CUIDA.

10. Su edad: _____

11. Su sexo: _____

12. Hasta donde estudió en la escuela: _____

13. Su estado civil.

1. Casado(a)

3. Divorciado(a)

2. Viudo(a)

4. Soltero(a)

14. Número de hijos de la persona a la que cuida: _____

15. La personal a la que cuida:

1. Vive solo(a).

2. Vive con Usted

3. Vive con alguien más: _____

16. Los que viven con la persona a la que cuida:

1. Son de una generación (hermanos, primos, pareja).

2. Son de dos generaciones (padres-hijos, abuelos-nietos).

3. Son de tres generaciones (abuelos-padres-hijos).

17. Alimentación.

0. Come solo(a) sin ayuda.

1. Come solo(a) con poca ayuda.

2. Come solo(a) con mucha ayuda.

3. Necesita que se le dé de comer.

18. Vestido.

0. Se viste sin ayuda.

1. Ocasionalmente se abotona mal y necesita de poca ayuda.

2. Se olvida de prendas, no sigue el orden y necesita de mucha ayuda.

3. No es capaz de vestirse solo(a) y debe ser vestido(a).

19. Baño.

0. Puede ir al baño y limpiarse solo(a).

1. A veces se hace antes de llegar al baño y necesita que se le recuerde.

2. Frecuentemente se hace (incontinente) o necesita de mucha ayuda.

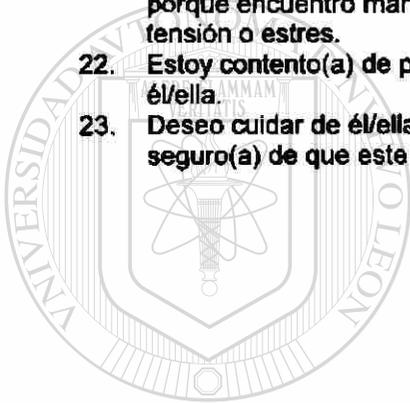
3. No controla.

**PARTE 2. ESCALA DE CAPACIDAD DE ATENCION DEPENDIENTES.
VERSION ESPAÑOL 1. Traducido por B. Cecilia Salazar.**

Instrucciones: A continuación se presenta un listado de enunciados usados para describir a las personas que cuidan de otros. Lea enunciado y pida que indique que tanto está de acuerdo o en desacuerdo y luego encierre con un círculo el número que respondió el proveedor de cuidado entrevistado. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Si el entrevistado no entiende la pregunta solamente repítasela de nuevo. No gaste mucho tiempo en ninguno de los enunciados.

	Total- mente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	De acuerdo	Total desa- cuerdo
1. Durante mis actividades de cuidado diario, sé como hacerle para que él/ella se esfuerce menos.	5	4	3	2	1
2. Casi nunca encuentro maneras de resolver los problemas que enfrento al cuidar de él/ella.	5	4	3	2	1
3. Atiendo primero (doy prioridad) a sus necesidades cuando parece tener soledad y necesitar de mi compañía.	5	4	3	2	1
4. Debido a que encuentro formas de disminuir la tensión o estrés en cuanto al cuidado de él/ella, continuo haciendo lo necesario para él/ella.	5	4	3	2	1
5. Me las arreglo para obtener información de como cuidar de él/ella.	5	4	3	2	1
6. Generalmente soy incapaz de decir si él/ella se siente triste por algo.	5	4	3	2	1
7. Si es necesario aprendo cosas nuevas para poder cuidar mejor de él/ella.	5	4	3	2	1
8. Generalmente, puede decir si él/ella está satisfecho(a) con la manera en que lo cuido.	5	4	3	2	1
9. Cuando noto (me doy cuenta) que la forma como lo(la) cuidado le causa incomodidad, trato de hacerlo de otra forma.	5	4	3	2	1
10. Si la manera como lo(la) cuidado no resulta, encuentro otra manera de hacerlo.	5	4	3	2	1
11. Me es difícil encontrar siempre soluciones a problemas relacionados con el cuidado que le doy.	5	4	3	2	1
12. Cuando él/ella está deprimido(a) raramente, lo(la) puedo reanimar o reconfortar.	5	4	3	2	1
13. Si su condición empeora, aprendo nuevas formas de cuidar de él/ella.	5	4	3	2	1
14. Generalmente estoy muy cansado(a) para darle la atención que necesita.	5	4	3	2	1

15.	Tengo energía suficiente para cuidar de él/ella.	5	4	3	2	1
16.	Tengo dificultad en saber si él/ella necesita compañía o necesita que se le deje a solas.	5	4	3	2	1
17.	Generalmente puedo averiguar si las cosas que hago por él/ella realmente le son de ayuda.	5	4	3	2	1
18.	Si no sé como ayudarle con su cuidado físico, puedo encontrar a alguien que me enseñe.	5	4	3	2	1
19.	Si es necesario, estoy dispuesto(a) a levantarme durante la noche para cuidar de él/ella.	5	4	3	2	1
20.	Conozco como obtener consejo, cuando yo no tengo el conocimiento para cuidar de él/ella.	5	4	3	2	1
21.	Puedo darle atención una y otra vez, porque encuentro maneras de reducir la tensión o estrés.	5	4	3	2	1
22.	Estoy contento(a) de poder cuidar de él/ella.	5	4	3	2	1
23.	Deseo cuidar de él/ella para estar seguro(a) de que esté sano y salvo.	5	4	3	2	1



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE B
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECRETARIA DE POST-GRADO

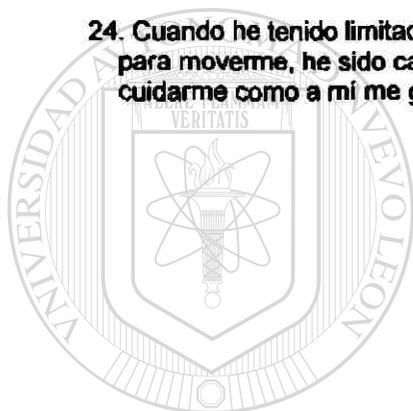
ESCALA PARA ESTIMAR CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (EECA)

INSTRUCCIONES: Las afirmaciones listadas a continuación son usadas por algunas personas para describirse a si mismas. Por favor **LEA CADA AFIRMACIÓN** y **circule el número que corresponda al grado que mejor lo describe a usted**. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo asegúrese de seleccionar el número que mejor corresponda a su forma de ser.

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni desacuerdo ni desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Conforme cambian las circunstancias de mi vida, puedo hacer cambios para mantenerme sana.	1	2	3	4	5
2. Usualmente checo si las formas de mantenerme sana son las mejores.	1	2	3	4	5
3. Si mis movimientos están disminuidos hago los cambios o ajustes necesarios.	1	2	3	4	5
4. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico el medio que me rodea.	1	2	3	4	5
5. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sana.	1	2	3	4	5
6. Raras veces desperdicio la energía que necesito para cuidarme a mi misma.	1	2	3	4	5
7. Soy capaz de buscar formas mejores de cuidarme a mi misma.	1	2	3	4	5
8. Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpia.	1	2	3	4	5

	Total		Ni acuerdo		Total
	desacuerdo	Desacuerdo	ni desacuerdo	Acuerdo	Acuerdo
9. Me alimento de manera que mantengo mi peso en un buen nivel.	1	2	3	4	5
10. Cuando es necesario me las puedo arreglar para estar a solas.	1	2	3	4	5
11. Con frecuencia pienso en tomar tiempo para hacer ejercicio y descansar durante el día, pero nunca lo hago.	1	2	3	4	5
12. A través de los años he hecho amigas a las que puedo llamar cuando necesito ayuda.	1	2	3	4	5
13. Usualmente duermo lo suficiente para sentirme descansada.	1	2	3	4	5
14. Cuando recibo información sobre mi salud generalmente pido que me expliquen las palabras que no entiendo.	1	2	3	4	5
15. Regularmente examino mi cuerpo para ver si hay cambios.	1	2	3	4	5
16. Si debo tomar una medicina que nunca había tomado busco información sobre los efectos no deseados que puede tener.	1	2	3	4	5
17. En el pasado he sido capaz de cambiar algunos de mis viejos hábitos para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
18. Habitualmente me aseguro de que mi familia y yo estemos seguros.	1	2	3	4	5
19. Regularmente checo la utilidad de lo que hago para mantenerme sana.	1	2	3	4	5

	Total		Ni acuerdo		Total
	Desacuerdo	Desacuerdo	ni desacuerdo	Acuerdo	Acuerdo
20. En las actividades de mi vida diaria raras veces me doy el tiempo para cuidarme a mí misma..	1	2	3	4	5
21. Cuando mi salud se ve en peligro soy capaz de buscar la información que necesito.	1	2	3	4	5
22. Busco ayuda cuando no puedo cuidarme sola.	1	2	3	4	5
23. De vez en cuando tengo tiempo para mí.	1	2	3	4	5
24. Cuando he tenido limitaciones para moverme, he sido capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4	5



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



APENDICE C

PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD

Identificación: _____

INSTRUCCIONES:

Por favor lea cuidadosamente las preguntas y marque la respuesta que refleje su percepción actual sobre cada aspecto que se pregunta. No hay respuestas incorrectas o correctas, por lo tanto, no se detenga demasiado tiempo en buscarlas, sólo exprese su pensamiento sobre el particular.

- I. En cada una de las siguientes preguntas, marque el número de la respuesta que mejor describa la forma en que se ha sentido DURANTE EL MES PASADO.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
1. Durante el mes pasado ¿Cuánto tiempo se vio limitada en sus actividades sociales por motivos de salud? (por ejemplo para visitar a sus amigos o familiares cercanos).	1	2	3	4	5	6
2. Durante el mes pasado ¿Cuánto tiempo fue usted una persona muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Cuánto tiempo fue usted una persona calmada y con paz?	1	2	3	4	5	6
4. Durante el mes pasado ¿Cuánto tiempo se sintió usted desanimada y triste?	1	2	3	4	5	6
5. Durante el mes pasado ¿Cuánto tiempo fue usted una persona feliz?	1	2	3	4	5	6
6. Durante el mes pasado ¿Cuanto tiempo se sintió tan desanimada que nada podía animarla?	1	2	3	4	5	6

- II. Por cuanto tiempo (si así ha sucedido) su estado de salud le ha limitado en las siguientes actividades?

	Limitada por mas de 3 meses	Limitada por 3 meses o menos	Sin limitaciones
7. El tipo y cantidad de actividades pesadas que usualmente puede usted realizar como levantar objetos, correr, o practicar deportes que la agotan.	1	2	3
8. El tipo y cantidad de actividades moderadas que usualmente puede usted hacer como mover una esa, cargar las bolsas del mandado o jugar pelota.	1	2	3
9. Caminar cuesta arriba o subir varios pisos por la escalera.	1	2	3

10. Agacharse, pararse de puntas o doblarse hasta el suelo. 1 2 3
11. Caminar una cuadra. 1 2 3
12. Comer, vestirse, bañarse o ir al baño. 1 2 3

13. ¿Su salud le ha impedido tener un empleo, hacer el trabajo de su casa, o ir a la escuela?

1. Sí, por más de tres meses
2. Sí, por tres meses o menos
3. No

14. ¿Le ha sido imposible hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud?

1. Sí, por más de tres meses
2. Sí, por tres meses o menos
3. No

III. Por favor señale el número (1 a. 5) que describa mejor si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa para usted.

	Definitivamente verdadero	La mayoría de las veces es verdadero	No estoy segura	La mayoría de las veces es falso	Definitivamente falso
15. Estoy algo enferma.	1	2	3	4	5
16. Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco.	1	2	3	4	5
17. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5
18. Me he sentido mal recientemente.	1	2	3	4	5

19. En general diría usted que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Deficiente

20. ¿Qué tanto dolor ha experimentado usted en cualquier parte de su cuerpo durante las últimas cuatro semanas?

1. Ninguno
2. Muy leve
3. Leve
4. Moderado
5. Severo

APENDICE D

FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA SECRETARIA DE POST-GRADO

Instrucciones: Esta sección tiene preguntas sobre su edad, sexo, su familia, actividades de la vida y disponibilidad de recursos. Por favor, conteste cada pregunta lo mejor que pueda completando la información que se pide o circulando la respuesta que se de acuerdo a su opción.

I. DATOS DESCRIPTIVOS

1. Su edad en años cumplidos:

1. de 18 a 55 2. + de 55

2. Sexo.

1. Femenino 2. Masculino

3. Estado Civil.

1. Con pareja. 2. Sin pareja

II. SISTEMA FAMILIAR

4. Cuál es el parentesco de la persona que cuida.

1. Padres
2. Hijos
3. Amigos
4. Otros

5. Vive en su hogar solo la familia.

1. Si 2. No

6. Si la respuesta anterior es No, quien más duerme en su habitación.

1. Familiar
2. No familiar
3. No aplica.

7. Cuántas personas viven en su domicilio?

1. 1 - 4 2. 5 - 8 3. + de 8

8. Qué lugar ocupa dentro de su familia la persona a quien cuida.

1. Madre
2. Padre.
3. Hija: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Otros

9. Tiene Usted una habitación propia dentro de la vivienda.

1. Si 2 No

10. Recibe usted alguna remuneración.

1. Si
2. No

11. Quién más ayuda a atender al paciente que usted cuida?

1. Otro familiar.
2. Nadie.
3. Otras personas.

12. Me gustaría tener más contacto y convivir con mis familiares y amigos.

Totalmente de acuerdo.	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo.
------------------------	------------	---------------	---------------------------

13. En realidad convivo con mis familiares igual como lo hacía antes de cuidar a mi familiar?

Totalmente de acuerdo.	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo.
------------------------	------------	---------------	---------------------------

14. Mis esfuerzos por cuidar a mi familiar son apreciados por mis familiares.

Totalmente de acuerdo.	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo.
------------------------	------------	---------------	---------------------------

15. En general diría Usted que tiene tiempo para atender a sus amigos y otros familiares?

Totalmente de acuerdo.	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo.
------------------------	------------	---------------	---------------------------

III. DISPONIBILIDAD Y ADECUACION DE RECURSOS

16. Tengo experiencia en cuidar enfermos por largo tiempo ya sea dentro de mi familia o fuera de ella.

1. Si
2. No

17. Tengo el dinero necesario para comprar o satisfacer las necesidades que requiere mi paciente.

Totalmente de acuerdo.	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo.
------------------------	------------	---------------	---------------------------

18. En general cuento con los recursos económicos para comprar lo que requiere mi paciente.

Totalmente de acuerdo.	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo.
------------------------	------------	---------------	---------------------------

19. Cuento con apoyo del Sistema de Salud para la rehabilitación de mi paciente?

IV. PATRON DE VIDA

20. Tiene Usted tiempo para realizar actividades del hogar?

Totalmente de acuerdo.	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo.
------------------------	------------	---------------	---------------------------

21. Tiene Usted tiempo para sí misma?

Totalmente
de acuerdo.

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en
Desacuerdo.

22. Tiene Usted tiempo para actividades recreativas?

Totalmente
de acuerdo.

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en
Desacuerdo.

23. Cuántas horas ocupa usted por semana para:

Pasear

Dormir

Comer

Lavar

Planchar

Bañarse

Ver televisión

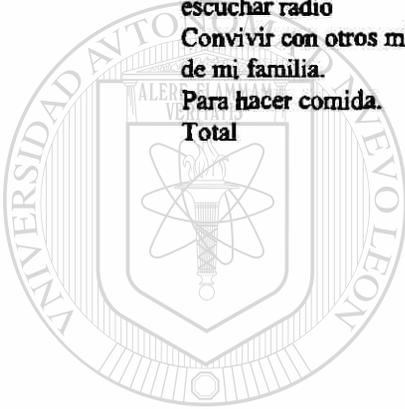
escuchar radio

Convivir con otros miembros

de mi familia.

Para hacer comida.

Total



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE E

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

HIPOTESIS I	CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES EMPIRICOS
<p>Los factores condicionantes básicos seleccionados son predictores de la capacidad de autocuidado.</p>	<p>Factores condicionantes básicos. Condiciones o acontecimientos en una matriz temporeespacial que afectan los valores o formas de cubrir los requisitos de autocuidado; o afectan el desarrollo, operatividad o adecuación de las capacidades de la persona para cuidar de sí misma o de los que dependen de él; consiciones o acontecimiento en una matriz temporeespacial (con unas coordenadas temporeespaciales que afectan los valores de las facultades de la agencia de enfermería de las enfermeras. Los factores condicionantes básicos son: Edad, sexo, estado de salud, desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidado de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de recursos.</p>	<p>Edad.- Es un estado de tiempo del ser humano. Sexo.- Identidad sexual del proveedor de cuidado. Factores socioculturales.- Incluye la posición del proveedor de cuidados dentro del sistema familiar como su relación con el paciente discapacitado motora. Factores que se relacionan con el proveedor de cuidado y el paciente con discapacidad motora e incluye el patrón de vida donde abarca las actividades de la vida diaria realizados en forma habitual.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Su edad en años cumplidos. 2. Sexo. 3. Estado Civil. 4. ¿Cuál es el parentesco de la persona que cuida? 5. ¿Vive en su hogar sólo la familia? 6. ¿Con quién mas duerme en su habitación? 7. ¿Cuántos son en total en su hogar? 8. ¿Qué lugar ocupa dentro de su familia la persona a quien cuida? 9. ¿Tiene una habitación propia la persona que lo cuida? 10. ¿Cuál es la ocupación de Usted? 11. ¿Quién mas ayuda a atender al paciente que usted cuida? 12. Me gustaría contar con ayuda de alguien cuando requiere de apoyo relacionado con el cuidado de mi padre. 13. Me gustaría tener más contacto y convivir con mis familiares y amigos. 14. Desde que cuido a mi paciente han cambiado mis relaciones y comunicación con mis familiares y amigos. 15. Convivo con mis familiares como lo hacía antes de cuidar a mi paciente. 16. Mis esfuerzos son apropiados por mis familiares. 17. Tengo experiencia en cuidar enfermos por largo tiempo ya sea dentro de mi familia o fuera de ella. 18. Tengo el dinero necesario para comprar o satisfacer las necesidades que requiere mi paciente. 19. Me siento triste si no cuento con los recursos económicos para comprar lo que requiere mi paciente. 20. Desde que enfermó mi paciente cambió mi vida. 21. ¿Cuántas horas ocupa usted del día para: pasear, dormir, comer, lavar, planchar, bañarse, ver televisión, escuchar radio, convivir con otros miembros de mi familia, para hacer comida, para llevar a la escuela mis otras hijos, otras actividades.

HIPOTESIS 2	CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES EMPIRICOS
<p>Los factores condicionantes básicos son predictores de la capacidad de autocuidado de cuidado dependiente.</p>	<p>Capacidad de autocuidado.- Constituyen las habilidades desarrolladas por las personas para desarrollar de manera efectiva la investigación, juicio y toma de decisiones y las operaciones reguladoras o tratamiento necesarias para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, salud y bienestar. El desempeño de las tres operaciones de autocuidado descansa en el conocimiento, habilidades y motivación desarrollados y ejecutados para el autocuidado y en el conjunto de capacidades y disposiciones humanas fundamentales.</p>	<p>Es la habilidad, conocimiento y experiencia que le permite a un cuidador comprometerse en su propio cuidado cuando funciona como ser humano.</p>	<p>SOBRE USTED Y SU FAMILIA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Su edad. 2. Sexo del proveedor de cuidados. 3. ¿Hasta qué año estudió la escuela? 4. Su estado civil. 5. Su ocupación. 6. En su trabajo actual usted está de: tiempo completo, medio tiempo, de permiso, retirado, ama de casa o no está empleado. 7. Número de hijos que tiene Usted. 8. En general, calificaría la salud de Usted como: excelente, muy buena, buena, regular o pobre o mala. 9. Su parentesco o relación con la persona que cuida es esposo(a), hijo(a), hermano(a), nuera o yerno, amigo(a) u otro miembro de la familia. 10. Por cuánto tiempo ha cuidado usted a esta persona. <p>SOBRE LA PERSONA A LA QUE CUIDA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Su edad. 12. Su sexo. 13. Hasta donde estudió la escuela. 14. Su estado civil es casado(a), viudo(a), divorciado(a) o soltero(a). 15. Número de hijos de la persona a la que cuida. 16. La persona a la que cuida, vive sola, con usted o con alguien más. 17. Los que viven con la persona a la que cuida son de una generación, de dos generaciones o de tres generaciones <p>HABITOS DE LA PESONA QUE USTED CUIDA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Alimentación. 19. Vestido. 20. Baño.

HIPÓTESIS 3.	Atención dependiente es la práctica de actividades de personas responsables madura y en proceso de maduración de iniciar y ejecutar en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o de manera continuada para mantener su vida y contribuir a su salud y bienestar. Orem caracteriza la agencia de autocuidado en tres elementos:	Son acciones desarrolladas por los cuidadores responsables de individuos dependientes para el logro del bienestar de los que cuidan.	CAPACIDAD DE CUIDADOS DEPENDIENTES
<p>Los factores condicionantes básicos son seleccionados y la capacidad de autocuidado son predictores de la capacidad de atención dependiente.</p>	<p>a) Ciertas fases de operación específicas para las fases de acción deliberada.</p> <p>b) Diez componentes de poder.</p> <p>c) Capacidades designadas para comprometerse en el autocuidado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante mis actividades de cuidado diario, sé como hacerle para que él/ella se esfuerce menos. 2. Casi nunca encuentro maneras de resolver los problemas que enfrentó al cuidar de él/ella. 3. Atiendo primero (doy prioridad) a sus necesidades cuando parece tener soledad y necesitar de mi compañía. 4. Debido a que encuentro formas de disminuir la tensión o esires en cuanto al cuidado de él/ella, continuo haciendo lo necesario para él/ella. 5. Me las arreglo para obtener información de como cuidar de él/ella. 6. Generalmente soy incapaz de decir si él/ella se siente triste por algo. 7. Si es necesario aprendo cosas nuevas para poder cuidar mejor de él/ella. 8. Generalmente, puedo decir si él/ella está satisfecho(a) con la manera en que lo cuido. 9. Cuando noto (me doy cuenta) que la forma como lo(la) cuidado le causa incomodidad, trato de hacerlo de otra forma. 10. Si la manera como lo(a) cuidado no resulta, encuentro otra manera de hacerlo. 11. Me es difícil encontrar siempre soluciones a problemas relacionados con el cuidado que le doy. 12. Cuando él/ella está deprimido(a), raramente lo(a) puedo reanimar o reconfortar. 13. Si, su condición empeora, aprendo nuevas formas de cuidar de él/ella. 14. Generalmente estoy muy cansado(a) para darle la atención que necesita. 15. Tengo energía suficiente para cuidar de él/ella. 16. Tengo dificultad en saber si él/ella necesita compañía o necesita que se le deje a solas. 	

APENDICE F

FRECUENCIAS Y PORCENTAJE DE LOS INSTRUMENTOS

A) CAPACIDAD DE CUIDADO DEPENDIENTE

VARIABLE	CLAVE	VALOR	Fi	PORCENTAJE
Durante mis actividades de cuidado diario, sé como hacerle para que él/ella se esfuerce menos.	Totalmente de acuerdo	5	25	19.2
	De acuerdo	4	81	62.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	5	3.8
	Desacuerdo	2	19	14.6
	Total desacuerdo	1	0	0
Casi nunca encuentro maneras de resolver los problemas que enfrentó al cuidar de él/ella	Totalmente de acuerdo	5	11	8.5
	De acuerdo	4	51	39.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	9	6.9
	Desacuerdo	2	45	34.6
	Total desacuerdo	1	14	10.8
Atiendo primero (doy prioridad) a sus necesidades cuando parece tener soledad y necesitar de mi compañía.	Totalmente de acuerdo	5	24	18.5
	De acuerdo	4	86	66.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6	4.6
	Desacuerdo	2	12	9.2
	Total desacuerdo	1	2	1.5
Debido a que encuentro formas de disminuir la tensión o estrés en cuanto al cuidado de él/ella, continúo haciendo lo necesario para él/ella	Totalmente de acuerdo	5	16	12.3
	De acuerdo	4	105	80.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	4	3.1
	Desacuerdo	2	5	3.8
	Total desacuerdo	1	0	0
Me las arreglo para obtener información de cómo cuidar de él/ella	Totalmente de acuerdo	5	36	27.7
	De acuerdo	4	92	70.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	0	0
	Desacuerdo	2	2	1.5
	Total desacuerdo	1	0	0
Generalmente soy incapaz de decir si él/ella se siente triste por algo.	Totalmente de acuerdo	5	8	6.2
	De acuerdo	4	61	46.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	10	7.7
	Desacuerdo	2	40	30.8
	Total desacuerdo	1	11	8.5
Si es necesario aprendo cosas nuevas para poder cuidar mejor de él/ella.	Totalmente de acuerdo	5	36	27.7
	De acuerdo	4	88	67.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	4	3.1
	Desacuerdo	2	2	1.5
	Total desacuerdo	1	0	0
Generalmente, puedo decir si él/ella está satisfecho(a) con la manera en que lo cuido.	Totalmente de acuerdo	5	24	18.5
	De acuerdo	4	95	73.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6	4.6
	Desacuerdo	2	4	3.1
	Total desacuerdo	1	1	.8
Cuando noto (me doy cuenta) que la forma como lo(la) cuido le causa incomodidad, trato de hacerlo de otra forma.	Totalmente de acuerdo	5	22	16.9
	De acuerdo	4	101	77.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	7	3.1
	Desacuerdo	2	2	1.5
	Total desacuerdo	1	1	1.8
Me es difícil encontrar siempre soluciones a problemas relacionados con	Totalmente de acuerdo	5	12	9.2
	De acuerdo	4	60	46.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	8	6.2

el cuidado que le doy.	Desacuerdo	2	47	36.2
	Total desacuerdo	1	3	2.3
Cuando él/ella está deprimido(a) lo(la) puedo reanimar o reconfortar.	Totalmente de acuerdo	5	13	10
	De acuerdo	4	45	34.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6	4.6
	Desacuerdo	2	60	46.2
	Total desacuerdo	1	6	4.6
Si su condición empeora, aprendo nuevas formas de cuidar de él/ella.	Totalmente de acuerdo	5	27	20.8
	De acuerdo	4	95	73.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3	2.3
	Desacuerdo	2	5	3.8
	Total desacuerdo	1	0	0
Generalmente estoy muy cansado(a) para darle la atención que necesita.	Totalmente de acuerdo	5	3	2.3
	De acuerdo	4	41	31.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	14	10.8
	Desacuerdo	2	54	41.5
	Total desacuerdo	1	18	13.8
Tengo energía suficiente para cuidar de él/ella.	Totalmente de acuerdo	5	22	16.9
	De acuerdo	4	88	67.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	9	6.9
	Desacuerdo	2	10	7.7
	Total desacuerdo	1	1	.8
Tengo dificultad en saber si él/ella necesita compañía o necesita que se le deje a solas.	Totalmente de acuerdo	5	10	7.7
	De acuerdo	4	63	48.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3	2.3
	Desacuerdo	2	47	36.2
	Total desacuerdo	1	7	5.4
Generalmente puedo averiguar si las cosas que hago por él/ella realmente le son de ayuda.	Totalmente de acuerdo	5	18	13.8
	De acuerdo	4	109	83.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	21	1.5
	Desacuerdo	2	1	.8
	Total desacuerdo	1	0	0
Si no sé como ayudarle con su cuidado físico, puedo encontrar a alguien que me enseñe.	Totalmente de acuerdo	5	24	18.5
	De acuerdo	4	102	78.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	1	.8
	Desacuerdo	2	3	2.3
	Total desacuerdo	1	0	0
Si es necesario, estoy dispuesto(a) a levantarme durante la noche para cuidar de él/ella.	Totalmente de acuerdo	5	40	30.8
	De acuerdo	4	86	66.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	2	1.5
	Desacuerdo	2	2	1.5
	Total desacuerdo	1	0	0
Conozco como obtener consejo cuando yo no tengo el conocimiento para cuidar de él/ella.	Totalmente de acuerdo	5	26	20
	De acuerdo	4	96	73.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	2	1.5
	Desacuerdo	2	6	4.6
	Total desacuerdo	1	0	0
Puedo darle atención una y otra vez, porque encuentro manera de reducir la tensión o stress.	Totalmente de acuerdo	5	24	18.5
	De acuerdo	4	100	76.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	2	1.5
	Desacuerdo	2	3	2.3
	Total desacuerdo	1	1	.8
Estoy contento(a) de poder cuidar de él/ella.	Totalmente de acuerdo	5	47	36.2
	De acuerdo	4	82	63.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	0	0
	Desacuerdo	2	0	0

	Total desacuerdo	1	1	.8
Deseo cuidar de él/ella para estar seguro(a) de que este sano y salvo.	Totalmente de acuerdo	5	44	33.8
	De acuerdo	4	85	65.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	0	0
	Desacuerdo	2	0	0
	Total desacuerdo	1	1	.8

B) ESCALA PARA ESTIMAR CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (EECA)

VARIABLE	CLAVE	VALOR	Fi	PORCENTAJE
Conforme cambian las circunstancias de mi vida, puede hacer cambios para mantenerme sana.	Totalmente de acuerdo	5	8	6.2
	De acuerdo	4	8	6.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6	4.6
	Desacuerdo	2	73	56.2
	Total desacuerdo	1	35	26.9
Usualmente checo si las formas de mantenerme sana son las mejores.	Totalmente de acuerdo	5	8	6.2
	De acuerdo	4	18	13.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3	2.3
	Desacuerdo	2	75	57.7
	Total desacuerdo	1	26	20.0
Si mis movimientos están disminuidos hago los cambios o ajustes necesarios.	Totalmente de acuerdo	5	24	18.5
	De acuerdo	4	82	63.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6	4.6
	Desacuerdo	2	11	8.5
	Total desacuerdo	1	7	5.4
Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico el medio que me rodea.	Totalmente de acuerdo	5	33	25.4
	De acuerdo	4	81	62.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3	2.3
	Desacuerdo	2	5	3.8
	Total desacuerdo	1		
Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sana.	Totalmente de acuerdo	5	29	22.3
	De acuerdo	4	83	63.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	5	3.8
	Desacuerdo	2	8	6.2
	Total desacuerdo	1	5	3.8
Raras veces desperdicio la energía que necesito para cuidarme a mí misma.	Totalmente de acuerdo	5	14	10.8
	De acuerdo	4	80	61.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	8	6.2
	Desacuerdo	2	21	16.2
	Total desacuerdo	1	7	5.4
Soy capaz de buscar formas mejores de cuidarme a mí misma.	Totalmente de acuerdo	5	20	15.4
	De acuerdo	4	93	71.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	2	1.5
	Desacuerdo	2	11	8.5
	Total desacuerdo	1	4	3.1
Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpia.	Totalmente de acuerdo	5	31	23.8
	De acuerdo	4	87	66.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	0	0
	Desacuerdo	2	4	3.1
	Total desacuerdo	1	8	6.2
Me alimento de manera que mantengo mi peso en un buen nivel.	Totalmente de acuerdo	5	16	12.3
	De acuerdo	4	72	55.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	10	7.7

	Desacuerdo	2	27	20.8
	Total desacuerdo	1	5	3.8
Cuando es necesario me las puedo arreglar para hacer para estar a solas.	Totalmente de acuerdo	5	19	14.6
	De acuerdo	4	73	56.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	10	7.7
	Desacuerdo	2	21	16.2
	Total desacuerdo	1	7	5.4
Con frecuencia pienso en tomar tiempo para hacer ejercicio y descansar durante el día, pero nunca lo hago.	Totalmente de acuerdo	5	14	10.8
	De acuerdo	4	72	55.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	11	8.5
	Desacuerdo	2	25	19.2
	Total desacuerdo	1	8	6.2
A través de los años he hecho amigas a las que puedo llamar cuando necesito ayuda.	Totalmente de acuerdo	5	13	10.0
	De acuerdo	4	81	62.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	7	5.4
	Desacuerdo	2	20	15.4
	Total desacuerdo	1	9	6.9
Usualmente duermo lo suficiente para sentirme descansada.	Totalmente de acuerdo	5	15	11.5
	De acuerdo	4	78	60
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	12	9.2
	Desacuerdo	2	23	17.7
	Total desacuerdo	1	2	1.5
Cuando recibo información sobre mi salud generalmente pido que me expliquen las palabras que no entiendo.	Totalmente de acuerdo	5	26	20
	De acuerdo	4	88	67.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
	Desacuerdo	2	7	5.4
	Total desacuerdo	1	7	5.4
Regularmente examino mi cuerpo para ver si hay cambios.	Totalmente de acuerdo	5	15	11.5
	De acuerdo	4	82	63.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6	4.6
	Desacuerdo	2	24	18.5
	Total desacuerdo	1	3	2.3
Si debo tomar una medicina que nunca había tomado busco información sobre los efectos no deseados que puede tener.	Totalmente de acuerdo	5	16	12.3
	De acuerdo	4	89	68.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	5	3.8
	Desacuerdo	2	12	9.2
	Total desacuerdo	1	8	6.2
En el pasado he sido capaz de cambiar algunos de mis viejos hábitos para mejorar mi salud.	Totalmente de acuerdo	5	23	17.7
	De acuerdo	4	85	65.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	4	3.1
	Desacuerdo	2	13	10
	Total desacuerdo	1	5	3.8
Habitualmente me aseguro de que mi familia y yo estemos seguros.	Totalmente de acuerdo	5	22	16.9
	De acuerdo	4	94	72.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3	2.3
	Desacuerdo	2	5	3.8
	Total desacuerdo	1	6	4.6
Regularmente checo la utilidad de lo que hago para mantenerme sana.	Totalmente de acuerdo	5	22	16.9
	De acuerdo	4	89	68.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	2	1.5
	Desacuerdo	2	11	8.5
	Total desacuerdo	1	6	4.6
En las actividades de mi vida diaria raras veces me doy el tiempo para cuidarme a mí misma.	Totalmente de acuerdo	5	10	7.7
	De acuerdo	4	77	59.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	9	6.9
	Desacuerdo	2	25	19.2

	Total desacuerdo	1	9	6.9
Cuando mi salud se ve en peligro soy capaz de buscar la información que necesito.	Totalmente de acuerdo	5	23	17.7
	De acuerdo	4	90	69.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	5	3.8
	Desacuerdo	2	4	3.1
	Total desacuerdo	1	8	6.2
Busco ayuda cuando no puedo cuidarme sola.	Totalmente de acuerdo	5	17	13.1
	De acuerdo	4	80	61.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	10	7.7
	Desacuerdo	2	20	15.4
	Total desacuerdo	1	3	2.3
De vez en cuando tengo tiempo para mí.	Totalmente de acuerdo	5	16	12.3
	De acuerdo	4	85	65.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6	4.6
	Desacuerdo	2	16	12.3
	Total desacuerdo	1	7	5.4
Cuando he tenido limitaciones para moverme, he sido capaz de cuidarme como a mí me gusta.	Totalmente de acuerdo	5	14	10.8
	De acuerdo	4	80	61.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	14	10.8
	Desacuerdo	2	13	10
	Total desacuerdo	1	9	6.9

C) CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD.

VARIABLE	CLAVE	VALOR	Fi	PORCENTAJE
Durante el mes pasado ¿Cuánto tiempo se vio limitada en sus actividades sociales por motivos de salud? (por ejemplo para visita a sus amigos o familiares cercanos)	Todo el tiempo	1	7	5.4
	La mayor parte del tiempo	2	8	6.2
	La buena parte del tiempo	3	5	3.8
	Algo del tiempo	4	5	3.8
	Poco tiempo	5	22	16.9
	Nada del tiempo	6	83	63.8
Durante el mes pasado ¿Cuánto tiempo fue usted una persona muy nerviosa?	Todo el tiempo	1	6	4.6
	La mayor parte del tiempo	2	3	2.3
	La buena parte del tiempo	3	8	6.2
	Algo del tiempo	4	17	13.1
	Poco tiempo	5	41	31.5
	Nada del tiempo	6	55	42.3
¿Cuánto tiempo fue usted una persona calmada y con paz?	Todo el tiempo	1	12	9.2
	La mayor parte del tiempo	2	27	20.8
	La buena parte del tiempo	3	19	14.6
	Algo del tiempo	4	12	9.2
	Poco tiempo	5	26	20
	Nada del tiempo	6	34	26.2
Durante el mes pasado ¿Cuánto tiempo se sintió usted desanimada y triste?	Todo el tiempo	1	8	6.2
	La mayor parte del tiempo	2	12	9.2
	La buena parte del tiempo	3	13	10.0
	Algo del tiempo	4	14	10.8
	Poco tiempo	5	50	38.5
	Nada del tiempo	6	33	25.4
Durante el mes pasado ¿Cuánto tiempo fue usted una persona feliz?	Todo el tiempo	1	4	3.1
	La mayor parte del tiempo	2	11	8.5
	La buena parte del tiempo	3	15	11.5
	Algo del tiempo	4	15	11.5
	Poco tiempo	5	41	31.5

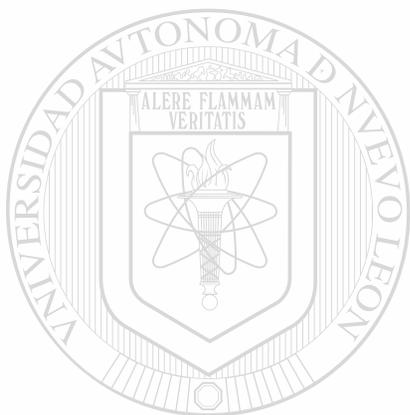
	Nada del tiempo	6	44	33.8
Durante el mes pasado ¿Cuánto tiempo se sintió desanimada, que nada podía animarla?	Todo el tiempo	1	7	5.4
	La mayor parte del tiempo	2	6	4.6
	La buena parte del tiempo	3	7	5.4
	Algo del tiempo	4	8	6.2
	Poco tiempo	5	42	32.3
	Nada del tiempo	6	60	46.2
El tipo y cantidad de actividades pesadas que usualmente puede usted realizar como levantar objetos, correr, o practicar deportes que la agotan.	Limitada por más de 3 meses.	1	6	4.6
	Limitada por 3 meses o menos.	2	5	3.8
	Sin limitaciones.	3	119	91.5
El tipo y cantidad de actividades moderadas que usualmente puede usted hacer como mover una taza, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota.	Limitada por más de 3 meses.	1	2	1.5
	Limitada por 3 meses o menos.	2	7	5.4
	Sin limitaciones.	3	121	93.1
Caminar cuesta arriba o subir varios pisos por la escalera.	Limitada por más de 3 meses.	1	2	1.5
	Limitada por 3 meses o menos.	2	5	3.8
	Sin limitaciones.	3	123	94.6
Agacharse o pararse de puntas o doblarse hasta el suelo.	Limitada por más de 3 meses.	1	1	.8
	Limitada por 3 meses o menos.	2	5	3.8
	Sin limitaciones.	3	124	95.4
Caminar una cuadra.	Limitada por más de 3 meses.	1	1	.8
	Limitada por 3 meses o menos.	2	6	4.6
	Sin limitaciones.	3	123	94.6
Comer, vestirse, bañarse o ir al baño.	Limitada por más de 3 meses.	1	0	0
	Limitada por 3 meses o menos.	2	4	3.1
	Sin limitaciones.	3	126	96.9
¿Le ha sido imposible hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud?	Sí, por más de 3 meses.	1	2	1.5
	Sí, por tres meses o menos.	2	2	1.5
	No.	3	126	96.9
¿Le ha sido imposible hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud?	Sí, por más de 3 meses.	1	2	1.5
	Sí, por tres meses o menos.	2	5	3.8
	No.	3	123	94.6
Estoy algo enferma.	Definitivamente verdadero	1	6	4.6
	La mayoría de las veces es verdadero	2	16	12.3
	No estoy segura	3	11	8.5
	La mayoría de las veces es falso.	4	12	9.2
	Definitivamente falso	5	85	65.4
Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco.	Definitivamente verdadero	1	38	29.2
	La mayoría de las veces es verdadero	2	46	35.4
	No estoy segura	3	20	15.4
	La mayoría de las veces es falso.	4	16	12.3
	Definitivamente falso	5	10	7.7
Mi salud es excelente.	Definitivamente verdadero	1	28	21.5
	La mayoría de las veces es verdadero	2	54	41.5

	No estoy segura	3	21	16.2
	La mayoría de las veces es falso.	4	14	10.8
	Definitivamente falso	5	13	10
Me he sentido mal recientemente.	Definitivamente verdadero	1	7	5.4
	La mayoría de las veces es verdadero	2	20	15.4
	No estoy segura	3	9	6.9
	La mayoría de las veces es falso.	4	29	22.3
	Definitivamente falso	5	65	50
En general diría usted que su salud es:	Excelente	1	9	6.9
	Muy buena	2	34	26.2
	Buena	3	51	39.2
	Regular	4	36	27.7
	Deficiente	5	0	0
Qué tanto dolor ha experimentado usted en cualquier parte de su cuerpo durante las últimas cuatro semanas.	Ninguno	1	66	50.8
	Muy leve	2	31	23.8
	Leve	3	17	13.1
	Moderado	4	13	10
	Severo	5	3	2.3

D) FACTORES CONDICIONANTES BASICOS.

VARIABLE	CLAVE	VALOR	Fi	PORCENTAJE
Me gustaría tener más contacto y convivir con mis familiares y amigos.	Totalmente de acuerdo	4	2	1.5
	De acuerdo	3	16	12.3
	En desacuerdo	2	90	69.2
	Totalmente en desacuerdo	1	22	16.9
En realidad convivo con mis familiares igual como lo hacía antes de cuidar de mi familiar.	Totalmente de acuerdo	4	11	8.5
	De acuerdo	3	68	52.3
	En desacuerdo	2	43	33.1
	Totalmente en desacuerdo	1	8	6.2
Mis esfuerzos por cuidar a mi familiar son apreciados por mi gente (Familia).	Totalmente de acuerdo	4	22	16.9
	De acuerdo	3	94	72.3
	En desacuerdo	2	14	10.8
	Totalmente en desacuerdo	1	0	0
En general diría usted que tiene tiempo para atender a sus amigos y otros familiares.	Totalmente de acuerdo	4	13	10
	De acuerdo	3	86	66.2
	En desacuerdo	2	30	23.1
	Totalmente en desacuerdo	1	1	.8
Tengo experiencia en cuidar enfermos por largo tiempo ya sea dentro de mi familia o fuera de ella.	Totalmente de acuerdo	4	14	10.8
	De acuerdo	3	47	36.2
	En desacuerdo	2	51	39.2
	Totalmente en desacuerdo	1	18	13.8
Tengo el dinero necesario para comprar o satisfacer las necesidades que requiere mi paciente.	Totalmente de acuerdo	4	9	6.9
	De acuerdo	3	59	45.4
	En desacuerdo	2	51	39.2
	Totalmente en desacuerdo	1	11	8.5
En general, cuento con los recursos económicos para comprar lo que requiere mi paciente.	Totalmente de acuerdo	4	8	6.2
	De acuerdo	3	76	58.5
	En desacuerdo	2	39	30
	Totalmente en desacuerdo	1	7	5.4
Cuento con apoyo del sistema de salud para la rehabilitación de mi	Totalmente de acuerdo	4	15	11.5
	De acuerdo	3	99	76.2
	En desacuerdo	2	9	6.9

paciente.	Totalmente en desacuerdo	1	7	5.4
Tiene usted tiempo para realizar actividades del hogar.	Totalmente de acuerdo	4	11	8.5
	De acuerdo	3	107	82.3
	En desacuerdo	2	12	5.2
	Totalmente en desacuerdo	1	0	0
Tiene usted tiempo para sí misma.	Totalmente de acuerdo	4	8	6.2
	De acuerdo	3	97	74.6
	En desacuerdo	2	22	16.9
	Totalmente en desacuerdo	1	3	2.3
Tiene usted tiempo para actividades recreativas.	Totalmente de acuerdo	4	8	6.2
	De acuerdo	3	87	66.9
	En desacuerdo	2	31	23.8
	Totalmente en desacuerdo	1	4	3.1



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE G
FRECUENCIAS Y MEDIAS DE LAS INTERACCIONES
PARA LOS INDICES DE CAD, PES Y EECA

TIEMPO PARA SI MISMO		SIN 0	CON 1	TOTAL
EDAD				
18 - 44	1	19	86	105
45 - +	2	6	19	25
TOTAL		25	105	130

Fuente: FCB

n = 130

RECURSOS		SIN 0	CON 1	TOTAL
EDAD				
18 - 44	1	50	55	105
45 - +	2	12	13	25
TOTAL		62	68	130

Fuente: FCB

n = 130

TIEMPO PARA AMIGOS Y FAMILIARES		SIN 0	CON 1	TOTAL
RECURSOS				
Sin	0	18	44	62
Con	1	13	55	68
TOTAL		31	99	130

Fuente: FCB

n = 130

TIEMPO PARA SI MISMO		SIN 0	CON 1	TOTAL
TIEMPO PARA AMIGOS Y FAMILIARES				
Sin	0	10	21	31
Con	1	15	85	99
TOTAL		25	105	130

Fuente: FCB

n = 130

RECURSOS		SIN 0	CON 1	TOTAL
TIEMPO PARA SI MISMO				
Sin	0	16	9	25
Con	1	46	59	105
TOTAL		62	68	130

Fuente: FCB

n = 130

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Teresita de Jesús Campa Magallón

**Candidato para el Grado de Maestro en Enfermería
con Especialidad en Salud Comunitaria.**

**Tesis: CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTE CON
DISCAPACIDAD MOTORA.**

Campo de Estudio: Enfermería en Salud Comunitaria.

Biografía: Datos personales: Nacida en Chalchihuites, Zacatecas, el 13 de febrero de 1960, hija de Manuel Campa de la Cruz(+) y Ma. Emma Magallón Moreno(+).

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido de Licenciada en Enfermería en 1985.

Experiencia Profesional: Enfermera General del Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”, Maestro de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León de 1990 a la fecha.

