

# **Estrategia educativa fundamentada en procedimientos de enfermería para desarrollar habilidades en el cuidador principal**

## **Educational strategy based on nursing procedures to develop skills in the primary caregiver**

Lic. Félix Ernesto Martínez Cepero <sup>1</sup>. Dra. C. Inarvis Medina González <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Licenciado en Enfermería. MSc. Epidemiología, Salud Medio Ambiental. Profesor Auxiliar. Investigador agregado. Facultad Ciencias Médicas “Finlay-Albarrán”  
[felixm@infomed.sld.cu](mailto:felixm@infomed.sld.cu)

<sup>2</sup> Licenciada en Enfermería. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesora Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública. [imedina@infomed.sld.cu](mailto:imedina@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

**Introducción:** La acción de cuidar a personas ancianas suele ser compleja generándose estados de ánimos negativos que afectan la salud del cuidador principal por lo que se requiere de conocimientos y habilidades para su mejor comprensión y desempeño.

**Objetivo:** Argumentar la importancia de una estrategia educativa basadas en procedimientos de enfermería para el desarrollo de habilidades y la reducción de alteraciones físicas y psicológicas en el cuidador principal.

**Métodos:** Diseño experimental sin grupo control y selección aleatoria de 30 cuidadores consienten de su participación, aportando información personal a través de ficha del cuidador, cuestionario de conocimiento y pruebas psicológicas. La estrategia consistió en reforzar conocimientos, formas de afrontamiento y desarrollar habilidades para el cuidado del anciano necesitado de atención en el hogar. Para acertar asociación entre variables se utilizó el estadígrafo  $X^2$  de Person.

**Resultados:** Los cuidadores, mujeres, familiar directo, convivientes con el anciano sin formación para la atención, con malestares físicos y psicológicas asociadas a la práctica incorrecta de procedimientos durante el cuidado. Luego de la preparación alcanzan desarrollar habilidades en un mejor desempeño, sentirse seguras y disminuir la las alteraciones psíquicas y la sobrecarga de manera significativa.

**Conclusiones:** La estrategia educativa demostró ser eficaz al desarrollar conocimientos y habilidades en técnicas de enfermería para el cuidado y evaluación de la piel, la alimentación, el ejercicio físico y el uso de utensilios en la atención del anciano enfermo.

Formación que contribuyo a la concientización e importancia del autocuidado y la mejora de malestares generados por el rol de desempeño.

**Palabras clave:** Estrategia educativa; Cuidador Principal; Anciano; Habilidades; Técnicas de enfermería.

**Educative strategy supported by nursing procedures to develop skills in the main carer.**

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The act of taking care of elderly people tends to be complex. Negative states of mind are produced affecting the main carer's health. Therefore, knowledge and skills are required for improving his comprehension and performance.

**Objective:** To demonstrate the importance of a educative strategy based on nursing procedures to develop skills and reduce physical and psychological alterations in the main carer.

**Methods:** Experimental design without control group and 30 carers selected at random conscious of their participation, providing personal information through their cards, knowledge and psychological tests. The strategy consisted of reinforcing knowledge, confronting forms and developing skills to take care of elderly people who mostly lack attention at home. The statistical method  $X^2$  created by Person was used in order to get the right association among variables.

**Results:** Carers, women, close relatives who coexist with the elderly man without being adequately prepared to carry out the care, having physical and psychological sense of uneasiness related to the wrong practice of procedures during the care. After the preparation, skills are developed by showing a better performance, acting accurately and reducing psychic alterations and overburden in a meaningful and evident way.

**Conclusions:** The educative strategy demonstrated effectiveness by implementing the acquired knowledge and nursing skills when taking care of patients, which include skin evaluation, diet, physical exercise and the use of utensils while attending the ill elderly person. This training raised trainees' awareness and helped them value the importance of self-care and the improvement of senses of uneasiness caused by the performance role.

**Key Words:** Educative strategy; Main Carer; Elderly man; Skills; Nursing Techniques.

## INTRODUCCIÓN

La disminución de la mortalidad y el concomitante aumento de la esperanza de vida contribuyen a que más personas sobrevivan hasta edades avanzadas. <sup>1</sup>

El fenómeno del envejecimiento de la población cubana se produce de forma paulatina y en él intervienen la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población, de suma importancia para la planificación económica y sociosanitaria de cualquier país. <sup>2,3</sup>

La creciente población mayor de 65 años y, sobre todo, la de más de 80 años se enfrenta a diversas dificultades que la misma población considera son inherentes a su edad. La preocupación por incremento de la *carga* que este grupo representa para la población económicamente activa, así como por el impacto de la creciente demanda de pensiones de jubilación que afectan al gasto social y la economía en general es común para los países. <sup>4</sup>

El Sistema Nacional de Salud Cubano cuenta con un Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor que tiene el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucrados en esta atención, teniendo como protagonistas a la familia, comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas. Además de ofrecer aglutinación en favor del adulto mayor será aplicable en todos los niveles de atención, que incluyen no sólo salud, sino seguridad social, deportes, cultura, legislación y otros. <sup>5</sup>

En este contexto, la familia juega un rol decisivo, ya que sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros envejecidos presenta alguna enfermedad, sobre todo si ésta lo discapacita, es decir, si hay una pérdida de autonomía del anciano para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y necesitan del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades, momento en que aparece la figura del *cuidador*. <sup>6</sup>

El cuidador de personas ancianas en el hogar además de brindar cuidados habituales a su familiar, está obligado a practicar tareas complejas nunca antes realizadas sin un mínimo de preparación, lo que genera estados de ansiedad, depresión y sobrecarga psíquica y física

ante lo desconocido. Si es cierto que en algunas comunidades existen escuelas de cuidadores, las personas que hoy asumen este rol desconocen de su existencia o no disponen de un remplazo para asistir a ellas, situación que agrava la atención del familiar en el hogar. Considerándose necesario incorporar conocimientos que ayuden a desarrollar sus prácticas diarias bajo principios científicos que las hagan más eficientes. La Educación Avanzada (EA), como paradigma educativo alternativo, estudia y sistematiza el proceso de mejoramiento de los seres humanos,<sup>7,8</sup> es una herramienta precisa en estos tiempos para ayudar a quienes se entregan a la dura tarea de *cuidar*. Realmente toda la educación promueve el mejoramiento del hombre y es avanzada, puesto que los adelanta y enriquece en su desarrollo intelectual y su comportamiento como ser humano, desarrolla conocimientos, habilidades, motivos, valores que propician un mejor comportamiento humano, más responsable y de compromiso con la sociedad, donde se conjugue lo afectivo, lo cognitivo y lo conductual, la especificidad está, en las concepciones teóricas que se operacionalizan para penetrar y transformar la práctica de las valiosas acciones e influencias que ejercen los docentes, los tutores, la familia y la comunidad, los empleadores, los colectivos laborales; en fin, los seres humanos que interactúan con los sujetos.<sup>9</sup>

La EA será capaz de generar en los cuidadores nuevos conocimientos, habilidades, hábitos, sentimientos, actitudes, valores y conductas que le harán comprender la importancia de conservar y recuperar su salud para mantener capacidades y fuerzas durante su nueva responsabilidad social. De igual modo facilitará la reinserción del cuidador principal (familiar, amigo, vecino, etc.), luego de terminado su rol, a sus actividades anteriores en equilibrio con su medio social y entorno familiar.

A partir de su impacto, este paradigma educativo formará motivaciones crecientes, independencia en la actuación y el pensamiento. La actividad creadora se engrandecerá y se reconocerá en la conciencia colectiva la responsabilidad con los conocimientos y habilidades adquiridas, generando potencialidades conscientes de crecimiento humano y amor para transformar la realidad que nos tocó vivir, constatando la elevación de la profesionalidad, la conducta ética cooperadora y la satisfacción personal y social para con quienes tenemos la noble responsabilidad de cuidar hasta los últimos momentos de su vida.

Si partimos del análisis de que los cuidadores primarios realizan sus labores diarias de forma empírica: ¿por qué no prepararlos en procedimientos de enfermería para que desarrollen sus actividades con mayor seguridad? La preparación y calificación de los cuidadores permitirá el desarrollo de capacidades y habilidades que les permitirá decidir con mayor autonomía, tomar determinaciones y ofrecer un mejor servicio a un costo más bajo, sin necesidad de otras personas o acceder a otros servicios de salud más profesionales. Su formación repercutirá de manera positiva en la calidad de vida del anciano sano o enfermo y en la suya propia, redundando en una mejora del estado físico y salud mental de ambos. Por lo antes expuesto nos propusimos demostrar la importancia de una estrategia educativa basadas en procedimientos de enfermería para elevar la calidad de la atención del anciano y disminuir las molestias físicas y psicológicas en el cuidador principal.

## **MÉTODOS**

Con diseño experimental, sin utilizar grupo control y luego de entrevista a un grupo de cuidadores principales, formado por 35 mujeres se eligió de forma aleatoria, una muestra de 30 sujetos los cumplían los criterios para iniciar la estrategia entre los meses de diciembre del 2015 hasta abril de 2016.

### *Criterios de inclusión:*

Pertenecer al área de salud del municipio Marianao; ofrecer su conformidad para su participación a través de un consentimiento informado, haberse desempeñado como cuidador por más de un año; poseer capacidades mentales que le permitan la asimilación de los contenidos y disponer de una persona sustituta para cuidar de su familiar durante el tiempo de formación.

### *Criterios de exclusión:*

No residir en el municipio Marianao, presentar limitaciones físicas e intelectuales, no disponer de una persona como sustituto para cuidar de su familiar durante el tiempo que recibirá la preparación.

La investigación se dividió en tres etapas:

En una *primera etapa* se identificaron las necesidades de aprendizajes referidas por los cuidadores conforme a las exigencias de los ancianos; centrándonos en procesos considerados como complejos por los cuidadores durante su ejecución. Para ello se utilizó la

técnica de tormenta de ideas en busca de las opiniones de los cuidadores y además se aplicó una encuesta para medir conocimientos relacionados con el cuidado al anciano.

Dicha encuesta fue avalada por licenciadas de enfermería especializadas en geriatría y gerontología y master en la especialidad, conjuntamente con una licenciada en psicología, explorándose básicamente contenidos relacionados con la conservación y recuperación de la salud de los mayores (cuidado de la piel, higiene personal, alimentación, medicación, detección y atención a los problemas de salud, uso de implementos médicos, ejercicio físico y rehabilitación, etc.) y su valoración sobre la importancia del autocuidado para proteger su salud física y psicológica.

En una *segunda etapa* se diseñó y aplicó un programa de capacitación basado en la selección de técnicas y procedimientos independientes de enfermería, cuidando no elegir aquellas que podrían comprometer la integridad del anciano o violar aspectos éticos y legales del familiar cuidador.

Para ello se dividieron las necesidades de aprendizajes en cuatro variables fundamentales: Higiene y porte personal, diagnóstico y prevención, ejercicio físico y rehabilitación y mantenimiento de la salud. Esta propuesta fue validada por el mismo grupo de expertos antes referido.

El programa de formación se desarrolló a través de un proceso de enseñanza y evaluación de los contenidos teórico-prácticos durante cinco meses, con una frecuencia de 8 horas semanales. Los temas relacionados con la estimulación cognitiva en el anciano fueron desarrollados por la especialista en psicología.

Paralelo a este proceso se realizó la caracterización sociodemográfica de cada una de las personas utilizándose la ficha del cuidador, y se valoró su estado psicológico inicial a través del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE),<sup>9</sup> y el cuestionario de depresión rasgo-estado (IDERE),<sup>10</sup> así como la determinación de la sobrecarga con el Cuestionario de sobrecarga Zarit-Zarit,<sup>11</sup> controles que se efectuaron nuevamente en las semanas 10, 15 y 20.

La *tercera etapa* consistió en evaluar los resultados de la estrategia fundamentalmente para la adquisición de habilidades, para lo cual se elaboró una guía de observación, igualmente validada por licenciadas en enfermería especializadas en geriatría y gerontología, que permitió realizar sistemáticamente mediciones hasta el final del programa de capacitación.

Para dar culminación al programa de capacitación los cuidadores debían demostrar las técnicas aprendidas con el método del sorteo, utilizándose para ello tarjetas individuales con preguntas y desarrollo de destrezas en alguna de las técnicas enseñadas. Al culminar este ejercicio se aplicándose nuevamente la encuesta de conocimiento utilizada en la primera fase y el análisis general por semanas de las evaluaciones psicológicas.

Para buscar asociación entre variables se utilizó el estadígrafo  $X^2$  de Pearson. Se determinó como valores estadísticamente significativos cuando la probabilidad de su ocurrencia fuese menor que 0.05 ( $p < 0.05$ ) lo cual nos permitió rechazar la hipótesis nula de no asociación entre las variables. La información se presentó en tablas de frecuencias.

## **RESULTADOS**

El sexo femenino predomina como responsable del cuidado de los ancianos en el hogar, con vínculo directo como hija 46 %, esposa 23 % y hermana 20 %. De ellos el 96 % convive con estos, cuidando a más de una persona necesitada de atención el 33 %.

Se comprobó que el 100 % de los cuidadores inmerso en el estudio no habían recibido ninguna información o preparación para el cuidado del anciano, ni poseían experiencia previa de haber cuidado a este tipo de pacientes.

El 86 % tenían un nivel educacional medio, distribuidos en secundaria básica terminada y técnico medios en diferentes especialidades.

Al analizar las formas de apoyo recibida por el cuidador se reconoció el pago mensual de pequeñas sumas de dinero (60 %) por parte de otro integrante de la familia fundamentalmente hijos y la compra de algunos alimentos, específicamente los de preferencia del anciano (13.3 %).

El proceso de formación centrado en el alcance y desarrollo de habilidades en técnicas de enfermería transcurrió sin dificultades, lográndose avances significativos y progresivos durante el curso. La tabla 1 y 2 muestran como las personas aún longevas son capaces de apropiarse de nuevos conocimientos y crecer profesionalmente, incluso en temas y técnicas consideradas difíciles o complejas por ellos por la complejidad de pasos para su ejecución.

La aplicación de la Escala de Norton <sup>13,14</sup> para la detección de úlceras por presión y la rehabilitación mental con ejercicio de estimulación cognitiva fueron procedimientos que al parecer necesitan más tiempo para su entrenamiento.

El cuidado de las personas mayores dependiente ha sido identificado como uno de los eventos más estresantes en la vida de cualquier persona o familia. Numerosos estudios han identificado variables que modulan las consecuencias emocionales del cuidado. Una de las que desempeña un importante papel en el estrés del cuidado es la inexperiencia, la que imposibilita un adecuado afrontamiento, al no disponerse de recursos para hacer frente a situaciones de estrés (como puede ser la tarea del cuidado), es decir, que facilita que el cuidador a través del conocimiento sea capaz de controlar, modificar y entender sus limitaciones, aprender de ellos y superarlas estableciendo un vínculo entre conocimiento, calidad de vida y salud.<sup>15</sup> Aspectos que permiten una adecuada rehabilitación psicológica al minimizar estados emocionales negativos y vencer las adversidades en la tarea de cuidar.

En el estudio el reporte de los estados de ansiedad emergió desde los inicio de la investigación preponderando la forma de ansiedad media de rasgo 60%, en la primera medición con una tendencia a la disminución al final de la estrategia 47,5 % **X<sup>2</sup> = 13,968; p < 0,0300 (asociación estadística significativa)** La ansiedad de estado también logró modificarse de la forma alta 55.3 % a la forma baja 56.6 %, especialmente en la semana 20 al finalizar la intervención. **X<sup>2</sup> = 25,646; p < 0,003 (asociación estadística muy significativa).**

La depresión de rasgo no aportó modificaciones, manteniendo sus valores de principio a fin. 53.3% la forma alta, 33.3% la media y 13.3% la baja. Contrariamente la depresión de estado, logra alcanzar modificaciones significativas, transitando de forma alta a la mediana y baja, lo que permitió que los cuidadores se sintieran más a gusto con la actividad que realizaban. (Tabla 3)

La sobrecarga presente en el 100% de la muestra en la primera evaluación logra un mejor estado en los cuidadores inmersos en la estrategia de formación. (Tabla 4)

## **DISCUSIÓN**

En nuestro estudio los cuidadores, todas mujeres, promediaron 65 años, edad muy similar a la de las personas a quien brindan atención. Lo que sugiere que las mujeres podrían tener peor calidad de vida relacionada con la salud que los hombres. Refirieron como principales dolencias, luego de iniciada la actividad como cuidador, los trastornos nerviosos, la hipertensión arterial, los dolores musculares y óseos, y la cefalea. Resultados coincidente con otros estudios realizados por otros autores tanto nacionales como internacionales.<sup>15,18</sup>

Cuidar, según lo define Colliere, “es un acto individual que nos prestamos a nosotros mismos desde que somos autónomos, pero es también un acto de reciprocidad que prestamos a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene la necesidad de ayuda para realizar sus necesidades vitales”.<sup>18</sup>

El problema no está en el acto de cuidar, pues la disposición o imposición muchas veces para hacerlo se convierte en un acto asumido con cierta resignación, por lo que la persona no genera resistencia, la cuestión es qué y cómo lo realizará al no disponer de experiencias previas, principalmente si la actividad se realiza con ancianos dependientes, altamente demandantes de otros para realizar sus actividades de la vida diaria, a causa de enfermedades o por déficit funcionales asociados al envejecimiento.

Desarrollar habilidades para el cuidado, fortalece la capacidad técnica y humana para asumir el compromiso de atender a las personas que tienen bajo su responsabilidad; permitiéndoles reconocer sus fortalezas y debilidades. El saber y saber hacer es el ingrediente para el éxito en el cuidado del enfermo en el hogar, al desarrollar en el cuidador seguridad y autonomía en sus actos. La planificación de su tiempo, y el aprendizaje de técnicas prácticas, le ahorrarán esfuerzo y disminuirá el desgaste físico y psicológico ante el miedo de lo desconocido, convirtiéndolos en personas competentes y dueños del control de la situación. Con el apoyo del conocimiento y la seguridad en sí mismo se pueden enfrentar cualquier dificultad y tensiones que surjan gracias a la confianza en su capacidad para resolverlas.<sup>13, 19,20</sup>

El cuidado del anciano implica múltiples tareas y mucha dedicación. Si aparecen el cansancio y la fatiga los cuidadores se debilitan física y mentalmente, con consecuencias sociales, económicas y culturales y altos niveles de estrés que repercuten en su bienestar hasta el punto de enfermar.

En general, el cansancio y la fatiga del cuidador imposibilitan la buena calidad de servicio, más aún si éste desconoce algunos fundamentos sobre el cuidado del anciano que le puedan facilitar la tarea.<sup>19</sup>

La asistencia a un familiar anciano dependiente a menudo tiene efectos negativos sobre la salud física y psicológica del cuidador. Sobre todo y como suele ser habitual, si es un solo familiar el responsable de esa atención casi permanente. Numerosos estudios se han centrado en analizar las repercusiones emocionales que tiene la situación de asistencia para el cuidador único y/o principal. De este modo, se han observado en cuidadores, en general, elevados índices de ira, sintomatología ansiosa y depresiva, bajos niveles de bienestar subjetivo y autoeficacia, así como una alta probabilidad de sufrir alteraciones en su sistema cardiovascular e inmune, como consecuencia del impacto del estrés diario sobre su salud.<sup>13, 14, 20,21</sup>

Sin embargo, muchos cuidadores se enfrentan con éxito a los estresores derivados del cuidado, e incluso obtienen beneficios de su experiencia. Esto unido a una estrategia de capacitación en el cuidado de sus ancianos sin dudas desarrolla una mayor resiliencia, ya que los conduce a un cambio en su modo de actuar y genera competencia tanto personal como profesional; lo cual indica que pueden alcanzar un alto grado de control sobre sus vidas, adaptándose a lo que acontece a su alrededor, comprendiendo su realidad e importancia para ayudar a su ser querido.<sup>22,23</sup> Es aquí cuando el cuidador comienza a confiar en sus propias fortalezas y en los lazos afectivos que establecen esta función social.

En cuanto a la sobrecarga lo más destacado es que se eliminó totalmente la sobrecarga *alta* al finalizar las 20 semanas de la capacitación. Esto se pudiera atribuir a que con los nuevos conocimientos adquiridos los cuidadores lograron una mayor confianza y destreza al realizar las tareas propias de su actividad como cuidadores. Es necesario destacar que producto de la labor que estos cuidadores realizan y el tipo de pacientes que atienden es casi imposible disminuir hasta un nivel bajo este parámetro.

Es importante destacar que la muestra de estudio tiene como limitación que fue realizada en cuidadores ancianos. Esto dificulta la asimilación del conocimiento y especialmente las habilidades que requieren de una capacidad física mayor. Otro aspecto a señalar es

que se comenzó la estrategia educativa cuando los cuidadores ya tenían daños físicos y psíquicos propios de esta actividad.

Una vez diseñada y aplicada la estrategia educativa fundamentada en procedimientos de enfermería en cuidadores de ancianos, se reconoce la importancia de adquirir nuevos conocimientos y desarrollar de habilidades para ofrecer mayor calidad en su atención y mejorar significativamente la salud física y mental del cuidador principal de ancianos dependientes en el hogar.

Se recomienda implementar estrategias educativas similares en todas las comunidades donde se identifique la labor de cuidadores principales de ancianos, convertirlos en facilitadores o promotores de salud para el cuidado del adulto mayor en la comunidad.

### **Referencias Bibliográficas.**

1. Comité Estatal de Estadísticas. El envejecimiento de la población: Cuba y sus territorios. Cifras e indicadores para su estudio. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 2011. p. 3-5.
2. Romero L, Martín E, Navarro JL, Luengo C. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Marketing & Communication; 2012. p.33-46.
3. Centenarios en Cuba. Los secretos de la longevidad. Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana: Publicaciones Acuario Centro Félix Varela; 2012, p.13.
4. Llanes Betancourt C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Rev haban cien méd vol.14 no.1 La Habana enero-febrero, 2015
5. Espín Andrade AM. Estrategia para la intervención educativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. La habana 2003-2009. Tesis para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud, La Habana, 2010.

6. Añorga Morales J, Pérez García AM, Valcárcel Izquierdo N. La Educación Avanzada como Escuela Cubana Pedagógica. ISPEJV, Rev Científico-Methodológica, No. 51, julio-diciembre, 2010.
7. Organización Mundial de la Salud, Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;37(S2):74-105.
8. Spielberg CD., Gorsuch RL., Lushene RE. Inventario de Ansiedad-Rasgo (IDARE) en: González Llana FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: ECIMED; 2007. P 167- 171.
9. Martín M., Grau JA, Ramírez V. Inventario de Depresión rasgo-Estado (IDERE) en: González Llana FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: ECIMED; 2007. P194-96.
10. García Calvente MM, Mateo I, Gutiérrez, P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer; 2011
- 11.-----
- 12.
13. Freund John E. Estadística elemental y Moderna. Ed. Félix Varela, La Habana 2006:
13. García N, Pérez MD. Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado. Nure Investigación. 7:2-15, 2013.
14. Delgado Parada E, Suárez Álvarez O, Dios del Valle R, Valdespino Páez I, Sousa Ávilacy Gerardo Y. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. Semergen. 2014; 40(2):57-64.
15. Yanguas Juvenal JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Colección de Estudios. Serie Personas Mayores [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO; 2006 [citado 5 Ene 2015]; 11002:373. Disponible en: URL:  
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>.
16. Barrera, L., Blanco, L., Figueroa, P., Pinto, N., y Sánchez, B. (2006). Habilidades de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Una mirada internacional. Revista Aquichan, 6, 22-33. [citado el 9 de Abril del 2014], disponible en:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/77/158>.

17. Espín Andrade AM. "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública. 2012; 35 (2): 6 pantallas.

18. Lara L, Díaz M, Herrera E, Silveira P. Síndrome del cuidador en una población atendida por Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica. Rev. Cubana Enfermería. 2012; 17 (2):107-11.

19. Pérez Perdomo M. Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer. Rev Haban Cienc Méd. 2013.7 (3), (Consultado: 25 de septiembre de 2015)

20. Rogero García Jesús. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index Enferm [Internet]. 2010 Mar [citado 25 May 2015];19(1):47-50. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es)

21. Bover Bover A. Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones ligadas al género y a la generación. [tesis]. Illes Balears: Universitat de les Illes Balears; 2014. [citado 10 abril 2015] Disponible en: <http://www.tdx.cesca.es>.

23. Sánchez B. Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. En: Grupo de Cuidado. El arte y la ciencia del cuidado. Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. UNIBIBLOS. 2012; 373-8.

24. Marcoa E, Duartea E, Santos JF, Aguirrezabala A, Moralesa A, Belmonte, et al. Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. Enferm Clin.2009; 19(5):249–57.

**Tablas:**

**Tabla 1. Evaluación del aprendizaje de los cuidadores por semanas según tipo de variables estudiadas.**

Tipo de variable	Evaluación por Semanas											
	Semana 1			Semana 10			Semana 15			Semana 20		
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
Ejercicio físico y rehabilitación	0	0	30	0	19	11	17	11	1	22	8	0
Mantenimiento de la salud	0	5	25	6	24	0	0	12	18	20	10	0
Diagnóstico y prevención	2	10	18	15	11	4	2	19	9	17	13	0
Higiene personal	2	11	17	14	13	3	3	18	9	20	10	0

Fuente: Guía de Observación.

B- Bien

R- Regular

M- Mal

**Tabla 2. Técnicas de mayor complejidad para su ejecución por el cuidador según variables por semanas.**

VARIABLES	SEMANAS			
Variable 1	1	10	15	20
Vestir y desvestir al anciano.	13	13	9	0
Baño en cama.	10	10	6	1
Rasurado.	11	9	5	2
Variable 2				
Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de úlcera por presión. Escala de Norton.	30	28	18	13
Variable 3				
Rehabilitación mental con estimulación cognitiva.	30	27	11	10
Traslado de la cama a silla o sillón y regreso.	23	12	9	3

<b>Variable 4</b>				
Administración de alimentos sonda nasogástrica.	28	24	14	5
Extracción del bolo fecal.	27	25	16	6
Administración de enemas evacuante.	26	22	12	4

**Tabla 3. Evaluación de la rehabilitación psicológica en los cuidadores principales (depresión de estado) al inicio y culminación de la intervención educativa**

Depresión de Estado	SEMANAS									
	Semana 1		Semana 10		Semana 15		Semana 20		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alta	22	73,33	14	46,67	7	23,33	7	23,33	50	41,67
Media	5	16,67	11	36,67	12	40,00	20	66,67	51	42,50
Baja	3	10,00	5	16,67	11	36,67	3	10,00	19	15,83
<b>Total</b>	30	100	30	100	30	100	30	100	120	100

$\chi^2 = 29,558$ ;  $p < 0,0001$  (asociación estadística altamente significativa)

Fuente: Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE)

**Tabla 4 Evaluación de la rehabilitación psicológica de los cuidadores principales (sobrecarga) al inicio y culminación de la intervención educativa.**

Sobrecarga	Semana 1	Semana 10	Semana 15	Semana 20	Total
------------	----------	-----------	-----------	-----------	-------

	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Alta</b>	30	100	15	50,00	1	3,30	0	0	46	38.33
<b>Media</b>	0	0	15	50,00	20	66,60	12	40,00	47	39.17
<b>Baja</b>	0	0	0	0	9	0	18	60,00	27	22.50
<b>Total</b>	30	100	30	100	30	100	30	100	120	100
<b>Sobrecarga</b>	<b>Semana 1</b>		<b>Semana 10</b>		<b>Semana 15</b>		<b>Semana 20</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Alta</b>	30	100	15	50,00	1	3,30	0	0	46	38.33
<b>Media</b>	0	0	15	50,00	20	66,60	12	40,00	47	39.17
<b>Baja</b>	0	0	0	0	9	0	18	60,00	27	22.50
<b>Total</b>	30	100	30	100	30	100	30	100	120	100
<b>Sobrecarga</b>	<b>Semana 1</b>		<b>Semana 10</b>		<b>Semana 15</b>		<b>Semana 20</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Alta</b>	30	100	15	50,00	1	3,30	0	0	46	38.33
<b>Media</b>	0	0	15	50,00	20	66,60	12	40,00	47	39.17
<b>Baja</b>	0	0	0	0	9	0	18	60,00	27	22.50
<b>Total</b>	30	100	30	100	30	100	30	100	120	100
<b>Sobrecarga</b>	<b>Semana 1</b>		<b>Semana 10</b>		<b>Semana 15</b>		<b>Semana 20</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Alta</b>	30	100	15	50,00	1	3,30	0	0	46	38.33
<b>Media</b>	0	0	15	50,00	20	66,60	12	40,00	47	39.17
<b>Baja</b>	0	0	0	0	9	0	18	60,00	27	22.50
<b>Total</b>	30	100	30	100	30	100	30	100	120	100