

**COMPETENCIAS DEL CUIDADOR FAMILIAR PARA EL CUIDADO DE
PERSONAS CON ALZHEIMER, CARTAGENA.**

Investigadoras

Sandy Cueto De La Hoz

Hizeth Hernández Yépez

Karen Márquez Ordoñez

Rosana Romero Arenilla

Mayra Salinas Díaz

Trabajo Para Optar Al Título De Enfermera (O)

Asesor:

Elizabeth Romero Massa

Universidad De Cartagena

Facultad De Enfermeria

Cartagena Dt Y C

2016

TABLA DE CONTENIDO

1.	RESUMEN	4-5
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5-9
3.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
4.	OBJETIVOS	10
	4.1 OBJETIVO GENERAL	
	4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
5.	MARCO TEÓRICO	11
	5.1 ALZHEIMER	11-
	5.2 CUIDADO	12-
	5.3 CUIDADOR DE PERSONAS CON ALZHEIMER	13-
	5.4 COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO EN EL HOGAR DEL CUIDADOR POR DIMENSIONES	15-20
6.	METODOLOGÍA	21
	6.1 TIPO DE ESTUDIO	21
	6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	21
	6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	21
	6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	21
7.	INSTRUMENTO	22-23
8.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
9.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
10.	RESULTADOS	23-25
11.	DISCUSIÓN	26-28
12.		LIMITACIONES
13.		CONCLUSIONES

14. 28	RECOMENDACIONES
15. BIBLIOGRAFÍA 32	29-
16. ANEXOS	33-47

1. RESUMEN

Contexto: El cuidador familiar es el pilar del sistema de provisión de cuidados en el hogar, para las personas con alzhéimer y además son el elemento indispensable para que pueda seguir viviendo en la comunidad.

Objetivo: Describir las competencias del cuidador familiar para el cuidado de personas con alzhéimer, Cartagena.

Metodología: Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, la población y muestra la constituyeron 84 cuidadores familiares de personas con Alzheimer. Se empleó la encuesta GCPC UN-CPC, información del cuidador permitió caracterizar los cuidadores y el instrumento GCPC-UN-CPC versión cuidador, Competencia para el cuidado en el hogar. Se representaron los datos mediante estadística descriptiva (34).

Resultados

Predomino en 87 % los cuidadores familiares del sexo femenino, se dedican al hogar en un 48%, el 58% llevan más de 37 meses al cuidado. En relación a las competencias para el cuidado, correspondieron a mayores promedios con niveles altos en un 95% las competencias conocimiento, Interacción - relación Social y procedimental e instrumental, le sigue la competencia de condiciones personales en 90%. Las competencias con menos promedios con niveles altos le correspondieron a Bienestar en 80% y Anticipación en un 75%.

Conclusiones

Los cuidadores familiares mostraron fortalezas para brindar cuidado a personas con Alzheimer en el hogar, cuentan con competencias al reportar niveles altos en todas las dimensiones, en especial en su interacción social, conocimiento y procedimental.

Palabras clave: Cuidador familiar, competencias, alzhéimer.

Abstract

Context: The family caregiver is the cornerstone of the system of providing home care for people with Alzheimer's moreover; they are indispensable elements for that person can continue living in the community. For nursing necessary dimensioned correctly competences that have family caregivers.

Objective: describe powers of family caregiver for home care of people with Alzheimer's.

Methodology: Survey characterization of caregivers are employed and Competition for home care developed by the Group of Chronic Care Patient and Family School of Nursing at the National University of Colombia). Descriptive statistics were applied to the data and descriptive study with a quantitative approach with a sample of 84 family caregivers of people with Alzheimer attending Alzheimer support foundation.

Keywords: Family Caregiver, skills, Alzheimer.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado la enfermedad crónica como un problema de salud pública mundial. Dentro de las principales causas de enfermedad crónica se encuentran las demencias, las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Estas enfermedades afectan a todo el mundo y son especialmente amenazantes para los países de bajos ingresos ocupando los primeros lugares de mortalidad (1).

La enfermedad de Alzheimer representa entre 50 y 60% de los casos de demencia en el mundo. Se calculó que en la actualidad hay 11 millones de personas aquejadas con esta enfermedad. La proyección señala que esta cifra casi se duplicará para el año 2025, y afectará a personas de todos los países, sin distinción de sexo, raza, nivel educativo. Está considerada dentro de las enfermedades neurológicas como la más frecuente (2).

Para el 2015, se estiman más de 9.9 millones de casos nuevos de demencia cada año en el mundo; lo que implica un caso nuevo cada 3.2 segundos. Estas estimaciones son casi un 30% más elevada que el número de casos nuevos que se calculó para el 2010, información que está en el informe del año 2012 de la Organización Mundial de la Salud, 'Demencia: una prioridad en la salud pública'. La incidencia de demencia aumenta exponencialmente con el aumento de la edad, duplicándose cuando la edad se incrementa en 6,3 años. El incremento va del 3,9 por 1.000 años persona a la edad de 60-64 años al 10,4 por 1.000 años persona a la edad de 90 años y más. Lo que ha aumentado los costos de los países para tratar esta enfermedad (3).

Actualmente, tenemos en el mundo cerca de 900 millones de personas de 60 años y más, Se proyecta que entre el 2015 y el 2050 el número de adultos mayores aumentará a un ritmo

diferente según el país de procedencia; el incremento para los países de altos y medianos recursos será menor (56%) en comparación al gran aumento que tendrán los países de medianos y bajos recursos (185%) y al de los países de bajos recursos (239%). El aumento de la esperanza de vida está contribuyendo a que este incremento de adultos mayores se produzca con mayor rapidez, lo que conlleva al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la demencia (3).

El cuidado en el hogar ha crecido en nuestro país, en razón del aumento de enfermos que requieren cuidados en escenarios no hospitalarios, esto rompió el paradigma tradicional del manejo hospitalario para la atención en salud, lo que implicó una relación íntima con la otra persona por la que se demuestra preocupación, sintiéndose menos libres, con obligación y responsabilidad, incluye algunos tipos de cuidados: actividades instrumentales llamados cuidados domésticos, cuidados relacionados con las actividades de la vida diaria también llamados cuidados físicos o cuidados personales, cuidados a la salud más o menos complejos, actividades de gestión y cuidados psicosociales(2).

Ha sido ampliamente documentado que a nivel de la familia el impacto de cuidar una persona con enfermedad crónica, recae especialmente en el cuidador familiar quien en muchas ocasiones debe transformar múltiples aspectos de su vida y asumir responsabilidades y tareas adicionales(4).

En el presente estudio se tomó la definición de cuidador familiar como la persona de cualquier género que asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido en situación de enfermedad crónica de Alzheimer y participa con ellos en la toma de decisiones. Este cuidador familiar brinda apoyo informal al paciente crónico con enfermedad de Alzheimer, que reciba o no remuneración en su labor, que asuma paulatinamente la mayor parte de las tareas de cuidado con responsabilidad para el paciente y grupo familiar con un mínimo de seis meses, dedicando gran parte de su tiempo y esfuerzo (2).

En Europa los cuidadores familiares de personas con edad avanzada tuvieron características comunes, ausencia casi completa de ayuda real, con dificultades para obtener ayuda, incluso dificultad de imaginar que podría haber ayuda y quién podría tener derecho a ésta. Los recursos de cuidado estuvieron en muchos lugares al borde del agotamiento y, al mismo tiempo, hay una necesidad inmediata de optimizar tales estructuras de cuidado y de colocar a familias y ancianos en una posición en la cual dispongan de posibilidades de elección reales cuando se enfrenten a la situación de estar a cargo, sea por motivos físicos, psicológicos o sociales (5).

La competencia para el cuidado en el hogar es parte de las características fundamentales requeridas en la atención de personas con enfermedad crónica y se describe como la capacidad, habilidad y preparación que tiene el usuario o su cuidador familiar para ejercer la labor de cuidar. (6)

Se ha establecido que el cuidador del paciente de Alzheimer debe desarrollar algunas características como: la fuerza física para movilizar al paciente, la disponibilidad, la capacidad de amor y los recursos necesarios para cubrir los gastos y medicamentos requeridos para brindar bienestar al familiar con demencia. (7)

Las competencias que debe adquirir el cuidador para brindar cuidado guardan estrecha relación con la personalidad, valores, actitudes, aptitudes, empatía, su historia personal, situación familiar, experiencia, formación y motivación, así como la comprensión y el manejo adecuados de las circunstancias y el contexto de la persona cuidada, lo que influye poderosamente en la calidad y eficacia de los cuidados prestados a la persona enferma. (5)

Al evaluar la competencia para cuidar en el hogar, previa estandarización que dio puntajes posibles de 0 a 100, las personas con EC a nivel nacional obtuvieron una media general de 75.62%. Al revisar la competencia para cuidar en el hogar por niveles, se identificó que solo 40.3% de las personas con EC presenta alto nivel de competencia para cuidar en el hogar, 59.7 % reportan un nivel que se puede considerar no óptimo, dado por un 40.8% con nivel medio y un 18.9% con un nivel bajo. (7)

El desconocimiento del cuidador de la enfermedad, su ocurrencia en un contexto en el que apenas existen recursos para ayudarlo y, si existen, su disponibilidad es escasa, y la situación social actual en la que las familias tienen cada vez menos miembros y por motivos económicos y laborales se encuentran más dispersas geográficamente, contribuyen a que los efectos de la enfermedad sobre las familias sean devastadores. (8)

El ejercicio de cuidar se podría definir como el comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar a las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir (5).

Son muchas las competencias que deben desarrollar al cuidar en la casa a una persona que padece de la enfermedad de Alzheimer, es una tarea difícil y puede volverse agobiante algunas veces. Cada día trae nuevos desafíos en la medida en que la persona que atiende a un enfermo tiene que enfrentarse a los cambios en el nivel de capacidad y en los nuevos patrones de conducta del enfermo. Las investigaciones han demostrado que las personas que se dedican a esta clase de atención tienen frecuentemente mayor riesgo de sufrir depresión y otras enfermedades, sobre todo si no reciben un apoyo adecuado de la familia, los amigos y la comunidad. Uno de los mayores problemas que enfrentan las personas dedicadas a estos cuidados es el comportamiento difícil de las personas que están atendiendo y requieren prepararse para desempeñarse como cuidador (9).

El cuidador familiar principal de personas con enfermedad crónica según diversos estudios corresponde a un cuidador informal mayoritariamente mujeres y estas asumen la responsabilidad en su condición de esposas o hijas, es decir mantienen una relación de

parentesco directo. Las cuidadoras se encuentran en la franja de edad de 36 a 70 años de edad, la mayoría presentan un bajo nivel de estudios y la situación laboral de los cuidadores según estudios del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales en 2005 es de un 41% están inactivos, el 29% ocupados y el 30% parados (10).

Ser cuidador familiar de una persona con una enfermedad crónica y terminal como el Alzheimer se convierte en una experiencia que transforma la vida y exige habilidad, es por eso que el cuidador requiere tener unas competencias para ejercer su tarea de manera hábil; por lo tanto es necesario que el cuidador cuente con las herramientas necesarias que le permitan satisfacer las necesidades del paciente, y al mismo tiempo mantenga su propia salud y fomente una buena relación cuidador – receptor del cuidado (11).

Al caracterizar los cuidadores de personas con Alzheimer en la ciudad de Cartagena, se encontró que la mayoría son mujeres y asumen esta responsabilidad en su condición de esposas e hijas y la mayoría de estas tienen una edad de 39-59 años, no han terminado el bachillerato, lo que les dificulta en algunos casos la comprensión de ciertos conceptos y en su mayoría pertenecen a estratos, bajo-bajo, bajo y medio- bajo (12).

Se observó que los cuidadores de personas con Alzheimer en Cartagena , con respecto a la experiencia de cuidado, el 88% cuida desde el momento del diagnóstico, el 69% de ellos son únicos cuidadores y llevan más de 18 meses en esta tarea. En relación al conocimiento el 42,86% de los cuidadores fue moderado; el 64% de los cuidadores en relación a la formación necesaria para desempeñar su rol, se encuentran en la categoría de baja a moderado (12).

Poseer Competencias para el cuidado en el hogar del paciente con Alzheimer requiere anticiparse, prever lo que comprende decisiones basadas en necesidades futuras del enfermo, anticipación de necesidades inevitables que afectan las decisiones hechas en el presente y tienen un impacto poderoso en las acciones del cuidador. El conocimiento de la enfermedad y de los recursos disponibles afecta también la sensación de control del cuidador. El poder anticiparse, el saber a quién o en donde pedir ayuda hace una gran diferencia en simplificar lo que a veces parece muy complejo (13).

Para enfermería es preciso dimensionar de manera adecuada las competencias con que cuentan los cuidadores para el cuidado, para lo cual puede invitarlos a hacer su propio análisis en términos del tamaño, la habilidad, la disponibilidad, las funciones que se pueden asumir, los agravantes de los recursos disponibles y las crisis actuales que tienen en su entorno

Vale la pena resaltar la importancia para enfermería de indagar en este campo y la urgente necesidad de profundizar en este conocimiento. Si bien en la última década, se han adelantado investigaciones en cuidadores en Colombia y Cartagena sobre su

caracterización, calidad de vida, sobrecarga y el apoyo social con tecnologías de la información, llama la atención la escasa información sobre la capacidad para cuidar y aspectos de la experiencia humana de cuidar. Es primordial señalar las múltiples funciones y riesgos que tienen los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad

El presente estudio permitirá determinar en los cuidadores como es la experiencia de un familiar que asume el cuidado, que elementos son necesarios en el cuidar, que permite cualificar a alguien como cuidador, de acuerdo a esto se identificara la orientación o apoyo que requieren los cuidadores para reafirmarlos a continuar en este papel, primero ayudándoles a que ellos mismos identifiquen los diversos factores que intervienen en la situación de cuidado a la que se enfrentan y, a partir de esta identificación se les puede apoyar o bien informándolos o instruyéndolos o sirviendo de puente para facilitar la comunicación o animándolos.

Los hallazgos encontrados al estudiar la capacidad de cuidar por los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, permitirá desde la academia conocer este aspecto poco estudiado como es el de describir las características de cuidar en relación a bienestar, condiciones personales, sus interacciones, generando propuestas que permitan adoptar medidas de apoyo para el cuidador familiar, con el acompañamiento de enfermería mediante estrategias educativas. Conocer la situación de los cuidadores a nivel local, permitirá afianzar en docentes y estudiantes el acompañamiento a los cuidadores, fomentando la participación activa de los profesionales del área de la salud.

Para la formación investigativa en el programa de enfermería, la presente investigación apporto elementos que contribuyeron al enriquecimiento de la línea de investigación de cuidado al cuidador de pacientes con enfermedad crónica, en el conocimiento de la realidad que viven los cuidadores familiares.

3. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las competencias del cuidador familiar para el cuidado en el hogar de personas con Alzheimer, Cartagena?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir cuáles son las competencias que debe tener el cuidador familiar para el cuidado en el hogar de personas con Alzheimer.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar características socio demográficas de cuidadores familiares de personas con Alzheimer
- Identificar las competencias para el cuidado en el hogar del cuidador familiar de personas con Alzheimer en relación a las dimensiones: Conocimiento, Unicidad o condiciones particulares, Instrumental procedimental, nivel de bienestar, Anticipación y Relación social e interacción.

5. MARCO TEORICO

5.1 ALZHEIMER

Las enfermedades crónicas, los trastornos neurológicos constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, afectando a todos los grupos de edad sin discriminación alguna. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “los trastornos neurológicos afectan a unos mil millones de personas en todos los países, sin distinción de sexos, nivel de educación, ni de ingresos” (14).

El Alzheimer es una enfermedad irreversible e incurable, en la cual se origina un proceso degenerativo que afecta paulatinamente el pensamiento, la memoria, la conducta y el lenguaje de la persona. En las etapas iniciales de la enfermedad los pacientes logran conservar su independencia para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD); sin embargo, con el paso del tiempo y el progreso de la enfermedad, el paciente se va haciendo cada vez más dependiente y por lo tanto necesitará de un cuidador que lo apoye no solo en la realización de las AVD sino en el mantenimiento de entornos adecuados (4).

De esta forma, los trastornos demenciales, y entre ellos la enfermedad de Alzheimer, se han convertido en un problema clínico con numerosas causas, conocidas y desconocidas. Se calcula que en el mundo hay 24 millones de personas que padecen la enfermedad de Alzheimer (2-4). Sin embargo, pese a su importancia, la información sobre su frecuencia y distribución en los países en desarrollo es escasa. En Latinoamérica, Chile, Brasil y Uruguay son los únicos que cuentan con estudios epidemiológicos. En Concepción, Chile, se encontró una prevalencia de demencia del 5,96% (de esta el 80% correspondió a EA); en Villa del Cerro, Uruguay, la prevalencia fue del 4,03% (de esta el 60% correspondió a EA) y en Catanduva, Brasil, la prevalencia fue de 3,42% en individuos de 65-69 años y de 44,1% entre los mayores de 85 años (de estos el 54% correspondieron a EA). En Colombia se cuenta con el Estudio Neuroepidemiológico Nacional (Epineuro) de 1996, como fuente de información de trastornos neurológicos en el país. Los resultados muestran que la prevalencia de demencia por 1.000 habitantes fue de 13,1, detectada solo en personas

mayores de 50 años, con una mayor incidencia en el género femenino. Actualmente se estima que en Colombia existen alrededor de 300 mil casos con demencia, de los cuales un 50% a 70% es de tipo Alzheimer entre las personas mayores de 65 años (4).

En los últimos 20 años la Enfermedad de Alzheimer pasó de ser el paradigma del envejecimiento normal aunque prematuro y acelerado, del cerebro, para convertirse en una enfermedad auténtica, nosológicamente bien definida y con una clara raíz genética. La enfermedad afecta hoy a más de 20 millones de personas, tiene enormes consecuencias sobre la economía de los países y constituye uno de los temas de investigación más activos en el área de salud (15).

Hasta el presente, la EA es progresiva, degenerativa e irreversible y provoca deterioro de la memoria, del pensamiento y de la conducta. Finalmente, incapacita a quien la padece a cuidar de sí mismo, perdiendo poco a poco su autonomía (16).

5.2 CUIDADOR

Cuidar es un arte, una abnegada tarea llena de entrega, su principal ingrediente: amor, componente básico para cualquiera de los miembros de una familia, aún reservada a la mujer, el resto de los convivientes evaden su oportunidad por lo que la responsabilidad no es igualmente repartida entre todos, existiendo un "cuidador familiar", sobre el que recaerá el mayor encargo del cuidado, obviándose la coincidencia de edad del enfermo con la de su cuidador, los que en muchas ocasiones ambos requerirán de ayuda, sus años acumulados invalidan de manera activa muchas de sus actividades, son más lentos en su pensamiento creativo y en la toma de decisiones inmediatas, así como sus recursos económicos y sociales los que son escasos para la actividad que hoy asumen, convirtiéndolos en silentes hospederos de enfermedades, confianza, control de sí mismo, autoevaluación de sí mismo, interacciones, proyecto de vida (17).

El ejercicio de cuidar se podría definir como el comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar a las condiciones humanas en el proceso de vivir o morir (18).

El cuidar a un paciente en la casa con una enfermedad crónica se ha convertido en una situación común tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, y cada vez son más las personas que cuidan a un familiar dependiente (19).

Según se ha señalado en diversas publicaciones, los cuidadores familiares del paciente con Alzheimer pueden llegar a tener serias dificultades en su bienestar social debido a varios factores que se generan como consecuencia de los procesos de adaptación del estilo de vida que debe realizar el cuidador durante el tiempo en que se encuentre al cuidado del paciente

con Alzheimer. Uno de los factores que podría estar relacionado con la percepción personal de la calidad de vida del cuidador familiar es el grado de dependencia funcional del paciente con Alzheimer debido al tiempo que el cuidador familiar debe invertir en la realización de las actividades de la vida diaria del paciente (4).

Los cuidadores principales, y quienes los apoyan de manera importante en el cuidado, tienen con frecuencia un sentimiento de carga, generado por la responsabilidad de cuidar a otra persona, dependiente en muchos aspectos de la vida diaria, y por el estrés de tomar constantemente decisiones que afectan la propia vida y la del ser querido. Reconociendo que la mayoría de los enfermos crónicos viven con sus familias y que sus cuidadores están en condiciones de vulnerabilidad, se puede ver la habilidad de cuidado a través de los sistemas familiares para considerar en el futuro un método útil en el desarrollo de dichas habilidades como una forma de apoyo a los cuidadores para afrontar esta problemática. De esta manera se podrán evitar los efectos negativos que traen como resultado alteración de la habilidad de cuidado, puesto que afectan la salud del cuidador y la relación misma del cuidado (20).

Se ha documentado que los cuidadores de pacientes con Alzheimer pueden presentar, a lo largo del prolongado tiempo en que atienden sus necesidades, diferentes problemas de salud; alteraciones psicológicas, sociales, etc., todas ellas dependientes de la carga que supone dicha atención. Lo que incide negativamente en el cumplimiento de los cuidados básicos que se les debe proporcionar a los pacientes. En la medida que el tiempo transcurre y la enfermedad o la dependencia avanzan, la tarea puede ser realizada con menor entusiasmo, independientemente de la relación afectiva. A causa del aumento de los cuidados familiares, cada día se realizan más investigaciones que permiten poner a disposición instrumentos para identificar las tareas que realizan estos cuidadores, así como la repercusión en su salud (21).

Sin embargo, el trabajo de cuidador es una experiencia de compromiso, de tiempo y de paciencia que demandan habilidades y cualidades que son fundamentales en la realización de las actividades de la vida diaria con el familiar. Los cuidadores familiares también se pueden ver expuestos a alteraciones en su propio bienestar, debido a los cambios que ellos mismos han debido efectuar en su propio estilo de vida. De esta manera, es posible establecer que el rol de cuidador familiar originado por el estado de dependencia del paciente con Alzheimer genera un gran impacto para su calidad de vida, afectando los ámbitos físico, psicológico, social y espiritual del cuidador (22).

5.3 CUIDADOR DE PERSONAS CON ALZHEIMER

La familia de un enfermo de Alzheimer, tras recibir el diagnóstico, se encuentra ante una situación desconocida en gran parte. Está dispuesta a cuidar al enfermo, pero en muchos casos no sabe cómo. En muchas ocasiones, esta enfermedad necesitará de un cuidador

informal para retrasar el deterioro, mantener la calidad de vida del enfermo, preservar la autonomía en la medida de lo posible y prevenir complicaciones. (23).

Al hablar de cuidadores familiares se hace referencia a las personas adultas, con vínculo de parentesco o cercanía, que asumen las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica incapacitante y participa con él en la toma de decisiones. Los cuidadores realizan o supervisan las actividades de la vida diaria y buscan compensar las disfunciones que existen en el receptor del cuidado. Reconocer a los cuidadores como un componente esencial del sistema de cuidado de la salud exige aceptar su potencial y sus limitaciones, y darles herramientas para mejorar su habilidad de cuidado, en términos de incrementar su capacidad de afrontamiento, de tal manera que satisfagan las necesidades de la persona enferma, respondan a la problemática familiar, mantengan su propia salud y fomenten una buena relación con la persona cuidada (11).

El cuidar a paciente con patología crónica y terminal incide en el comportamiento del individuo, ya que se enfrenta a la imposición de nuevas situaciones inesperadas y que afectan las satisfacciones personales tanto en lo psicológico como en lo económico. (13)

La responsabilidad de cuidar a una persona que padezca una enfermedad crónica y terminal puede parecer un poco compleja al principio, ya que debe estar preparado para identificar las necesidades del paciente; poder proporcionarle apoyo emocional y asistencia práctica, y sobre todo ser el mediador entre el paciente y el equipo de atención médica; es decir ser lo más proactivo posible. (11)

Los cuidadores familiares comúnmente desarrollan su rol las 24 horas del día, viven cada día los cambios que va pasando su familiar a través de su enfermedad crónica y terminal. (11)

Esta enfermedad, larga y penosa, necesitará de un cuidador familiar que sepa cómo actuar en cada caso, que asuma que se trata de una escalera sólo de bajada, de una guerra perdida, pero en la que hay que pelear cada batalla porque eso supone retrasar el deterioro, mantener la calidad de vida del enfermo, preservar su autonomía en lo posible, prevenir complicaciones. Y que hay que pelearla con las mejores armas disponibles (24).

Cuidar a un enfermo de Alzheimer es una labor dura y complicada que inevitablemente va a tener sobre el familiar cuidador una serie de repercusiones físicas y psicológicas. (24)

La figura del cuidador del enfermo de Alzheimer va a ser trascendental para la calidad de vida del enfermo y para la información de su estado al profesional sanitario, ya que llegará el momento en que va a ser el único referente que el enfermo tenga con el mundo exterior, por lo que es imprescindible que posea un adecuado nivel de información sobre los procesos por los que está atravesando su familiar y la formación conveniente para actuar ante los problemas que irán surgiendo a medida que la enfermedad progrese. (22)

Los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer, requieren tiempo para cumplir con su rol, debido a la dependencia progresiva que se genera en la evolución de la enfermedad. Esta situación lleva a los cuidadores familiares a crear mecanismos para enfrentar los diferentes retos que plantea el cuidado de un paciente en situación de cronicidad. Debido a que los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen necesidades en el cuidado de su salud y requiere del acompañamiento familiar, para los cuidadores familiares proporcionar estos cuidados, constituyen una situación nueva para la cual resulta necesario su preparación antes de asumir el rol de cuidador familiar. El aumento de pacientes con enfermedad de Alzheimer y el grado de dependencia progresivo hacia el cuidador familiar genera mayores demandas de cuidado, situación que lleva a niveles de fatiga, ansiedad e incertidumbre factores que contribuyen en la calidad de vida de los cuidadores familiares. El cuidado en el hogar ha crecido en nuestro país, en razón del aumento de enfermos que requieren cuidados en escenarios no hospitalarios, esto rompe el paradigma tradicional del manejo hospitalario para la atención en salud. Tendencia que ha llevado a que el cuidado que requiere este tipo de pacientes sea dado por el cuidador familiar, en quien recaerá la mayor responsabilidad y esfuerzo, situación que puede mantenerse durante muchos años, y por consiguiente, es una actividad que requiere aumento de dedicación en tiempo y energía y conocimientos. (2)

En el caso del enfermo de Alzheimer, el deterioro neurológico progresivo exige del cuidador una demanda cada vez mayor de atenciones, en razón de la acentuación de las limitaciones para el autocuidado por parte del enfermo. Tal situación exige del cuidador un esfuerzo en tiempo y energía al dar el cuidado brindando la satisfacción de las necesidades físicas, sociales y afectivas del enfermo. Ello plantea muchas veces un olvido de las propias necesidades de bienestar, generándose situaciones de angustia y ansiedad. Al final, el cuidador familiar sufre alteraciones en la salud, que al principio pasan inadvertidas. (2)

5.4 COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO EN EL HOGAR DEL CUIDADOR POR DIMENSIONES

La enfermedad, la persona enferma y su cuidador van acompañados de una serie de circunstancias cambiantes con unas necesidades variables y una historia personal, familiar y social. Teniendo en cuenta que adquirir el rol de cuidador, requiere tiempo y orientación en función de múltiples factores, que influyen sustancialmente en la forma en que se brindan los cuidados y en cómo se sienten los cuidadores. Estas circunstancias originan en los cuidadores una necesidad de reunir unas características que de ello depende su capacidad para enfrentar los diferentes retos que plantean la aplicación del cuidado a su familiar con enfermedad crónica (13).

Según las categorías del instrumento inventario de habilidad de cuidado”, se puede anotar que el 64% de los cuidadores no posee la formación necesaria para desempeñar su rol, ya que se encuentra en la categoría de baja a moderada (13).

El cuidado es multidimensional y el potencial para cuidar está presente en todos los individuos. Nkongho plantea “el cuidador debe desarrollar competencias para ofrecer el cuidado” (25).

El cuidar es un sentir personal u único que orienta al conocimiento para reconocer y apoyar al otro en su propia necesidad, manifestada verbal o no verbalmente. Es un tipo particular de relación entre dos personas, una que cuida y una cuidada. Puede ocurrir un breve episodio o en una relación extendida a través del tiempo (12).

El Cuidador de persona con Alzheimer debe identificar como agente de cuidado que da asistencia básica a la persona en condición de enfermedad crónica; es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado. (12).

Entre las competencias que debe poseer un cuidador familiar se destacan: Bienestar, condiciones personales, interacción y relación social, conocimiento, anticipación y procedimental e instrumental.

Competencias en relación a bienestar

Para poseer el cuidador competencia para cuidar se debe revisar el aspecto de su bienestar: se refiere a los bienestar físico, psicológico, social y espiritual del cuidado. Estado de la persona que goza de buena salud física y mental, lo que le proporciona un sentimiento de satisfacción y tranquilidad. Se entiende por bienestar al conjunto de factores que una persona necesita para gozar de buena calidad de vida. Estos factores llevan al sujeto a gozar de una existencia tranquila y en un estado de satisfacción (26).

Permite reconocer el grado de bienestar que se tiene para comprender cómo se asume la responsabilidad del cuidado en casa. Se indagan aspectos básicos de la vida cotidiana, así como la satisfacción personal relacionada con la calidad de vida percibida (27).

Bienestar físico incluye la habilidad funcional, la salud física en general, síntomas como fatiga / agotamiento, cambios de apetito dolor, cambios en el dormir y la forma como estos impactan en la salud física del cuidador. Los puntajes mínimos en la dimensión física equivalen a una percepción positiva del estado de salud (26)

El Bienestar psicológico, indaga una amplia gama de emociones y preocupaciones desde el control, felicidad y satisfacción con las cosas de la vida, capacidad de recordación, el significado de la enfermedad, el afrontamiento, evaluación cognitiva, depresión ansiedad y temor. En la dimensión psicológica el puntaje mínimo es equivalente a una percepción negativa en el área emocional (26).

El bienestar emocional de los familiares depende en gran medida del que tenga la persona con discapacidad. Su aspiración es ver que afrontan el día a día contentos y que se encuentran satisfechos con su propia vida, y les tranquiliza que sean capaces de expresar lo que les agrada y desagrada en los distintos contextos en los que se desenvuelven(26).

En relación al bienestar social, se investiga los componentes de la interrelación de la calidad de vida describiendo el papel que ellos juegan, apoyo familiar y/otros familiares, carga/ agobio del familiar, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual. En la dimensión social el puntaje mínimo equivale a una percepción positiva de su interacción social. (26)

El Bienestar espiritual, incorpora aspectos como la religión, espiritualidad, esperanza, desesperación (2).

En los cuidadores sigue siendo relevante la incertidumbre y dudas generadas en ellos por el futuro incierto por la enfermedad de su familiar. Es importante resaltar que los cuidadores por la naturaleza de su rol, están sujetos a vivir y manejar muchas emociones y sentimientos en diferentes momentos, como respuestas normales, ante la situación a la que se enfrentan (26).

Tener fe es creer o estar comprometido con algo o con alguien. Es un sentido general, la religión o las creencias espirituales son el intento que hace el individuo de comprender el lugar que ocupa en el universo, esto es, cómo ve esa persona su yo en relación con todo lo que lo rodea. La espiritualidad en los cuidadores debe direccionarse como una fortaleza que permita disminuir los niveles de ansiedad e incertidumbre generadas por el futuro y evolución de la enfermedad (26).

Competencia para el cuidado en el hogar en relación a condiciones personales

Son las características tanto internas como de personalidad, base fundamental para que se afronte de una u otra forma la enfermedad crónica y el rol como persona enferma o cuidador. De estas condiciones se conciben todas aquellas formas y herramientas con las que se cuenta para hacer frente a problemas, retos y desafíos, así como mecanismos de afrontamiento para superarlos de la mejor manera (27).

Igualmente, aprender a vivir con la persona con Alzheimer para el cuidador y la familia, requiere de unas condiciones personales, teniendo en cuenta que los cuidadores se ven enfrentados a distintas situaciones desconocidas y nuevas que pueden causar desasosiego, angustia y temor, por la incertidumbre de no conocer la forma indicada de manejo. La fatiga aparece porque en las enfermedades crónicas no hay domingo ni festivo, ni hay descanso para quienes han asumido la responsabilidad del cuidado de una persona en estado grave y crónico, Los cuidadores muestran también cambios producidos en el dormir y la presencia de algún tipo de dolor. Al final concluye que estas alteraciones podrían relacionarse, con el grado de dependencia del paciente hacia el cuidador, generado por la etapa avanzada de la enfermedad (26).

Competencia para el cuidado en el hogar del cuidador en relación a confianza

La persona con auto-confianza tiene una visión positiva, aunque realista, de sí misma y de su competencia. Son personas que confían en sus habilidades, tienen la sensación de tener control sobre sus vidas y creen que, dentro de unos términos razonables, son capaces de hacer lo que han planeado o alcanzar sus metas (27).

De acuerdo al estudio de Osorio(27),Manifestaron sentirse bien con su labor, ejercer control de las cosas de su vida, sienten satisfacción con su vida, no manifiestan alteraciones en su capacidad para concentrarse y recordar cosas, se sienten útil, pero, sienten aflicción y angustia frente al diagnóstico de su pariente, miedo y temor frente a una segunda enfermedad o a una recaída del familiar, cabe resaltar que un porcentaje considerable de cuidadores familiares tiene tendencia baja a presentar problema.

Competencia para el cuidado en el hogar del cuidador en relación a Interacción y Relación Social.

se refiere a las relaciones sociales así como las redes de apoyo primarias y secundarias que se tienen y hacen parte del diario vivir, que se constituyen como factores que favorecen el fortalecimiento de la labor de cuidado.(27)

Las familias saben que es necesario tratar de encontrar tiempos y espacios para relajarse y liberarse del estrés, pero no siempre lo consiguen; resulta especialmente difícil cuando no conocen quién podría hacerse cargo de la persona con discapacidad, cuando ésta no tiene conciencia del peligro o presenta conductas imprevisibles, y cuando carecen de los recursos económicos necesarios o del apoyo de sus familiares (28).

En relación a la Interacción y relación social que debe poseer el cuidador familiar de persona con Alzheimer se encuentra: fortalecimiento del vínculo con la persona que cuida, relación familiar, participación de la familia (28).

La interacción familiar adquiere una importancia especial para los cuidadores de personas puesto que, con frecuencia, tienen una relación social más restringida. El trato frecuente y el tiempo dedicado a disfrutar de vacaciones y actividades conjuntas dentro de la familia son para ellos vitales y facilita la comunicación, el conocimiento mutuo y la unidad familiar (29).

Las familias resaltan la importancia que tiene poder hablar con confianza y sin tabúes, y la necesidad de entenderse para poder respetar los derechos de las personas con discapacidad por demencias y para que se sientan comprendidas, valoradas y tratadas como uno más. Esta comunicación se centra en el intercambio de sentimientos y experiencias personales, en compartir puntos de vista distintos sobre las decisiones importantes que debe adoptar la familia especialmente, las relacionadas directamente con las personas con demencias, en intercambiar información relevante excluyendo los asuntos íntimos que sólo atañen a la familia (28).

Competencia para el cuidado en el hogar del cuidador en relación a conocimiento

Se refiere a los nociones e ideas respecto a la enfermedad y las terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, las indicaciones especiales de la terapéutica, manejo de dispositivos y equipos durante el egreso del paciente, así como el conocimiento de las actividades a realizar propias de la cotidianidad tales como baño, vestido, alimentación, deambulaci3n, entre otras (27).

Los familiares consideran que la atenci3n que brindan a las persona con demencias no es sólo una cuesti3n de cantidad, sino de calidad, y subrayan la importancia de recibir una buena orientaci3n que mejore el apoyo que prestan de forma espontánea. Obtener una informaci3n adecuada durante los primeros años constituye un logro tan importante como difícil de obtener. A veces, esta primera informaci3n llega a abrumar a las familias, les hace sentir que su hijo es uno más entre una poblaci3n (30).

Competencia para el cuidado en el hogar del cuidador en relaci3n a anticipaci3n.

Se incluye en esta dimensi3n las nociones e ideas que se tienen pensando en anticiparse a todas aquellas necesidades que pueda presentar la persona con enfermedad cr3nica en un

futuro, la planeación ante la ocurrencia de un evento inesperado, la preparación para un examen y la identificación de riesgos (27).

Por lo tanto el cuidador familiar de la persona con Alzheimer debe proveer los servicios necesarios, desempeño del rol, organización de recursos. El poder anticiparse, el saber a quién o en dónde pedir ayuda hace una gran diferencia en simplificar lo que a veces parece muy complejo (12)

Competencia para el cuidado en el hogar del cuidador en relación a procedimental e instrumental

Esta corresponde a las habilidades y destrezas, así como las competencias para realizar las labores de cuidado, que incluyen la administración de medicamentos, satisfacción de necesidades básicas de la vida diaria como alimentación, eliminación, deambulación, baño y vestido (27)

Cuando se observan cuidadores con Competencia y recursos propios suficientes, constatamos que seguramente podrán llevar el proceso de la enfermedad de manera saludable, mitigando posibles problemas de adaptación. En caso contrario o de no ser así, la situación puede complicarse de manera que se genere gran sufrimiento emocional. Este hecho, también repercutirá en el equipo al ser previsible la aparición de sentimientos de frustración e impotencia (31).

Ahora bien, para que los cuidadores puedan desempeñar la importante tarea de cuidar deben adquirir a través del tiempo unas habilidades y destrezas que les permiten desempeñar este rol con menos dificultad, al menos física y emocionalmente, porque el cuidado al enfermo es dinámico y variable, por lo tanto, para el cuidador principal pueden haber momentos tranquilos, pero también situaciones que requieren de un gran desgaste físico, por los traslados continuos, los tratamientos farmacológicos estrictos o las desveladas producidas por las fases crónicas o agudas que desencadene el enfermo(32).

Las expectativas de los cuidadores familiares son muchas y el darse cuenta que se enfrentan a la situación de aprender cosas para sí mismos, más que para sus familiares, les genera cuestionamientos y los confronta con la propia realidad. A pesar de ello comienzan a sentir que la vivencia es novedosa y práctica (32).

El reconocimiento de la labor que recibe el cuidador familiar dentro del contexto donde diariamente se desenvuelve lo hace percibirse de forma diferente; se reconoce a sí mismo como una persona importante y siente la necesidad de atender su cuidado (32).

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudio

Este estudio correspondió a un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo.

Es descriptivo porque admitió establecer la situación de las variables involucradas en el estudio en un momento dado con relación a su presencia o ausencia, la frecuencia con que se presenta el fenómeno en estudio, características y competencias de los cuidadores de personas con Alzheimer de Cartagena que asisten a la fundación apoyo al Alzheimer en la cual asisten pacientes y cuidadores de las diferentes EPS de la ciudad. El investigador se limitó a la observación de los hechos tal como ocurren con el objeto de describirlos, no busca explicar ni analizar las causas de esos hechos sino presentarlos. (33)

Es cuantitativo ya que permitió expresar los resultados de forma numérica con respecto a cada variable identificada en la población de estudio

6.2 Población y muestra

Se tomó la población total de 84 cuidadores familiares personas con Alzheimer pertenecientes a las diferentes EPS, que se reúnen en la fundación de apoyo al Alzheimer en Cartagena durante el primer trimestre del año 2016. De los cuales 78 aceptaron y firmaron el consentimiento informado para participar voluntariamente.

6.3 Criterios de inclusión

Cuidadores por más de 1 año.

Cuidadores que tengan vínculos de consanguinidad con las personas con Alzheimer.

Cuidadores que asistan a una fundación apoyo al Alzheimer de Cartagena.

Cuidadores que residan en Cartagena.

Cuidadores que acepten participar en el estudio.

6.4 Criterios de exclusión

- Cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer que padecen de otras enfermedades crónicas

- Cuidadores informales que no sean familiares ya sea amigos, vecinos, o la pareja de la persona.

7. INSTRUMENTOS

Para identificar las características socio demográficas de los cuidadores familiares, se utilizó la encuesta de caracterización de los cuidadores GCPC-UN-CPC en su versión cuidador familiar, que consta de 13 ítems en los cuales se identifican cada una de la características socio demográficas y de cuidado , estas son: género, edad del cuidador, edad del paciente, si sabe leer y escribir, grado de escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, cuida desde su inicio, tiempo que lleva como cuidador, número de horas de cuidado, único cuidador, relación con la persona cuidada (34).

Para medir la competencia para cuidar en el hogar se empleó la versión abreviada del instrumento de la Universidad Nacional de Colombia GCPC-UN-CPC en su versión cuidador familiar. Este instrumento considera que la competencia para cuidar en el hogar es la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con enfermedad crónica o su cuidador familiar para ejercer la labor de cuidar en su sitio de vivienda. La versión empleada consta de 20 ítems que miden —con una escala tipo Likert puntuaciones de 1 a 4, donde 4 es el máximo valor posible— seis categorías complementarias entre sí y que se encuentran ordenadas bajo el acróstico CUIDAR así: Conocimiento, Unicidad o condiciones particulares, Instrumental procedimental, Disfrute de condiciones mínimas para el cuidado o nivel de bienestar, Anticipación, y Relación social e interacción. El instrumento cuenta con las pruebas psicométricas necesarias para ser usado en Colombia, incluidas validez aparente, validez de constructo y confiabilidad. Para esta aplicación se obtuvo una consistencia interna dada por un alfa de Cron Bach de 0.96. (35)

	Bajo	Medio	Alto
Bienestar	4 a 16	>16 a 32	>32
Unicidad o Condiciones particulares	4 a 16	>16 a 32	>32
Relación social e Interacción	4 a 16	>16 a 32	>32
Conocimiento	4 a 13	>13 a 26	>26
Anticipación	4 a 8	>8 a 16	>16
Instrumental, Procedimental	4 a 10	>10 a 21	<21

Para realizar la interpretación de los resultados, las respuestas tipo lickert van de 0 a 4, donde se suman los resultados en un puntaje total de rango por cada dimensión, este resultado clasifica las competencias del cuidador: alta, media y baja de acuerdo a los puntajes.

La competencia para el cuidado en el hogar de una persona con enfermedad crónica y/o su cuidador familiar es un fenómeno complejo, que depende de múltiples factores tales como la enfermedad misma, las condiciones del hogar y el ambiente y recursos institucionales, entre otros. Dada su complejidad, las fases preparatorias de la construcción de la escala han implicado procesos de revisión y retroalimentación permanente con apoyo de expertos metodológicos y temáticos y de validaciones estadísticas tentativas. a. Revisión de instrumentos y listas de chequeo que se caracterizaban por hacer énfasis en aspectos procedimentales e instrumentales, muy limitados respecto a la medición real de la competencia para el cuidado (30).

Técnicas y procedimientos de recolección de información

Para la recolección de la información, se realizó una explicación general acerca de los instrumentos a todos los cuidadores, luego cada estudiante encuestó un número de cuidadores asignado, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y la aceptación a participar. Una vez se realizó la autorización para realizar la investigación en la fundación apoyo al alzhéimer, para esto se tomaron los cuidadores de personas con alzhéimer que asisten a esta.

8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos en relación a las características sociodemográficas y competencia para el cuidado en el hogar de personas con Alzheimer se analizaron a través de una base de datos en Excel. Mediante estadística descriptiva se determinarían media, desviación estándar, frecuencias y promedios. .

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad de Cartagena, Los aspectos éticos de la investigación se respaldaron en la Resolución 008430 de 1983, del Ministerio de salud de Colombia y del código de Ética en Enfermería. Se consideró de riesgo mínimo para los participantes, contempló el consentimiento informado, la participación voluntaria, el manejo confidencial de la información.

10. RESULTADOS

Participaron 78 cuidadores

Caracterización sociodemográfica y de Relación de cuidado de Cuidadores:

En el análisis por género se puede establecer que del total de la población encuestada el 13 % (17) son masculino, y el 87 % (61) son femeninos. (Tabla1)

En cuanto a la edad del cuidador se encontró que un 48 % (47) tiene entre 36 a 59 años, seguido de los 18 a 35 años un 30 % (17), los mayores de 60 años con un 20% (13) y los menores de 17 años con un 2% (1). (Tabla 2)

Del total de la población encuestada el 90% (72) es mayor que el rango de edad del cuidador y el 10% (6) es menor que el rango de edad del cuidador. (Tabla 3)

En cuanto si saben leer el 95% (76) contestó que si y el 5% (2) respondió no. (Tabla 4)

Teniendo encuesta el grado de escolaridad, se puede observar que el 24% (17) ha cursado bachillerato incompleta, luego sigue técnico con un porcentaje de 24% (17) , en cuanto a bachillerato completo un 16% (14), primaria completo con un porcentaje de 15% (11), universidad completa con el 12% (7), primaria incompleta con 3% (9), universidad incompleta con 4% (2) y por ultimo con ningún grado de escolaridad el 2% (1). (Tabla 5)

El estado civil de los cuidadores familiares en mayor porcentaje se encuentran con un 38 % (26) los casados, luego le sigue el 28% (22) que son solteros, unión libre que representa el 15% (22), y por ultimo encontramos los separado con un porcentaje de 14% (5) y viudo (a) el 5% (3). (Tabla 6)

Teniendo en cuenta la ocupación de los encuestados el 53% (40) se dedica a las cosas del hogar, luego sigue el 29% (16) con trabajo independiente, 15% (19) son empleados, el 3% (3) son estudiantes. (Tabla 7)

En cuanto al nivel socioeconómico se encontró con un mayor porcentaje que el 61% (58) de los que cuidan a personas con alzhéimer están en un nivel 1 y 2, seguidos por el 24% (12) que se encuentran en un nivel 3, el 12% en un nivel 4 (7), y en menor proporción encontramos el 3% (1) que se encuentra en un nivel 5. (Tabla 8).

Los cuidadores y las Características de cuidado

Con referencia a los encuestados que cuidan a la persona desde el inicio de su dependencia se encontró que el 85% (61) dijo que si empezaron a cuidar a las personas con Alzheimer desde que empezaron su dependencia y que solo el 15% (17) de los encuestados dijo que

no los cuidan desde que inició su dependencia sino que han recibido la ayuda de otros familiares. (Tabla 9)

En cuanto al tiempo que llevan como cuidador se encontró con mayor proporción que el 58% (40) lleva más de 37 meses como cuidador, le sigue el 19% (19) con un tiempo de 19 a 36 meses, el 13% (13) de 7 a 18 meses y que solo un 10% (6) que se ha dedicado al cuidado de 0 a 6 meses. (Tabla 10)

Se muestra que el 55% (26) de personas cuidadoras gastan las 24 horas del día dedicando su cuidado, que un 22% (22) dedican de 13 a 23 horas del día, el 20% (21) de 7-12 horas diarias y un 3% (9) cuidan menos de 6 horas diarias. (Tabla 11)

El 60% (60) de los cuidadores familiares de personas con Alzheimer no son único cuidador y el 40% (18) si son único cuidador. (Tabla 12)

En cuanto a la relación con la persona que cuidan se muestra en la tabla que el 60% (46) de los cuidadores son hijos de la persona cuidada y que el 30% (25) son otros, personas que tienen algún grado de consanguinidad con la persona cuidada, abuelo(a) 6% (4) y madre/padre 4% (3). (Tabla 13).

Competencias del Cuidador de personas con Alzheimer para el cuidado en el hogar:

Competencia Bienestar:

Se puede establecer que el 80% (62) de los encuestados tienen un nivel de competencia alto en cuanto al bienestar y el 20% (16) restante tuvieron un puntaje medio. (Tabla 14)

Competencia Unicidad o condiciones personales:

En cuanto a la competencia de condiciones personales se tuvo un 90% (69) con nivel alto, y con un nivel medio el 20% (9). (Tabla 15)

Competencia de Relación social e Interacción

En cuanto a la competencia de interacción y relación social alto 95% (75) y nivel medio 5% (3). (Tabla 16)

Competencia Conocimiento

Cuando hablamos de la competencia de conocimiento encontramos que 95% (74) tienen puntaje alto y el 5% medio (4). (Tabla 17).

Competencia Anticipación:

De acuerdo a la población encuestada la competencia predictiva tienen un nivel alto con un 75% (66) y para el otro un 25% (12) el nivel de competencia es medio. (Tabla 18)

Competencia Instrumental. Procedimental:

Al analizar la última tabla de la competencia procedimental e instrumental se tiene que el 95% (75) de la población cuenta con un nivel de competencia alto, lo que equivale a la gran mayoría de la población, el otro 5% (3) cuenta con un nivel de competencia medio.(Tabla 19).

11. DISCUSION

Este estudio evidencio el cuidador familiar de personas con alzhéimer con altas competencias para el cuidado, Novellas (31) afirma que las competencias generales para el cuidado con que los individuos cuentan para el cumplimiento de una función ayudan a brindar un óptimo y oportuno cuidado. (31)

Sobresalieron los cuidadores de género femenino, de manera similar a este resultado en el estudio de Montalvo (11) se evidencia que el 85,71% de los cuidadores familiares pertenecen a este género, Lee (36) enuncia que las hijas asumen el cuidado, siendo más frecuente el cuidado por parte de las hijas que el de los hijos varones. Es más, los datos indican que cuando los hijos se ocupan del cuidado es porque no hay ninguna hija disponible, y con frecuencia lo asumen con la ayuda de sus parejas.

Predominaron cuidadores familiares en edades comprendidas entre 36 – 59 años, en concordancia con los hallazgos reportados por Osorio (26), los cuidadores en el 59% pertenecían a un rango de edades de 36 a 59 años. Los cuidadores se caracterizaron por ser en su mayoría de bajo grado de escolaridad, con formación primaria incompleta, contrario a lo reportado por el estudio de Montalvo (11), donde se evidencia que la mayoría cuenta con un nivel académico más alto con predominio de técnicos en un 86,5%

En el presente estudio los cuidadores casados fue el estado civil que predominó, guardando similitud con los hallazgos de Osorio (26), observando que un 59% de los cuidadores familiares son casados y de ocupación hogar en un 52,4%. Los cuidadores de nivel socioeconómico bajo sobresalieron en esta investigación, iguales resultados reporta Montalvo (11) que en mayor proporción encontró cuidadores familiares que pertenecían en un 83% % al nivel socioeconómico bajo.

Los hallazgos encontrados en este estudio, en relación a características del cuidado, en cuanto al tiempo de cuidado y a las horas dedicadas diariamente, predominan los cuidadores con un tiempo de experiencia de más de 18 meses y le dedican al cuidado de la persona con alzhéimer 12 horas diarias y son en su mayoría único cuidador, semejante al

estudio realizado por Montalvo (11) donde se encontró que el 69% de los cuidadores llevan más de 18 meses desempeñando este rol, y el 67% de estos dedica más de 12 horas diarias al cuidado y un 69% son los únicos cuidadores.

Se observó en los cuidadores familiares competencias para el cuidado de personas con alzhéimer en niveles altos en las dimensiones interacción y relación social, Unicidad y conocimiento. Los resultados de los Cuidadores Familiares de personas con enfermedad crónica participantes del estudio a nivel nacional realizado por Carrillo(27) muestran similitudes con este , en sus hallazgos en que indican respecto a la dimensión Conocimiento se encontró un promedio de 82.45%, en Unicidad 84.31%, y Relación e interacción 88.29%.

Los resultados de este estudio en cuidadores en Cartagena, en que se obtuvieron promedios altos en las competencias para cuidar, en relación a los niveles de competencias para cuidado en el hogar de cuidadores de personas con enfermedad crónica en Colombia estudiados por Carrillo (27), les llevan amplia ventaja, mirándolo por regiones mostro que la región Caribe a nivel global, sus cuidadores muestran competencias para el cuidado en nivel medio en un 73.4% y alto en un 20.2%. Las competencias para el cuidado en el hogar de una persona con enfermedad crónica y/o su cuidador familiar es un fenómeno complejo, que depende de múltiples factores tales como la enfermedad misma, las condiciones del hogar y el ambiente y recursos institucionales, entre otros. (37)

La interacción social en alto grado encontrada en este estudio reportado por los cuidadores de personas con Alzheimer, evidencia cuidadores que dedican tiempo a actividades sociales, con resultados similares, Montalvo (37) encuentra los cuidadores en Cartagena que califican bien el bienestar social en general, el 11.0% de los cuidadores lo considera malo, dado que un aspecto positivo que influyó en el cuidador fue el apoyo suficiente de otros.

Herrera (38) en cuanto a las interacciones sociales, expresa que los cuidadores están satisfechos en la medida que cuentan con un tipo de apoyo que les expresa interés y preocupación por su bienestar, y disposición para escucharlos. Es básico que los cuidadores mantengan sus vínculos afectivos que amortiguan el estrés y la tensión, a pesar del exceso de trabajo, y que no se alejen de sus amigos y familiares, por lo que deben disponer siempre de algún tiempo libre para hacer las actividades que les gustan.

Canam C. y Acorn S. (39) se refieren a que para que un cuidador tenga una excelente calidad de vida este debe tener un adecuado bienestar psicológico entendido como la satisfacción con la vida, metas alcanzadas y felicidad; bienestar físico que incluye la realización de las actividades de la vida diaria, el apetito y el sueño, el bienestar social e interpersonal, el bienestar financiero y material.

En este estudio la competencia instrumental se encontró alta en los cuidadores, lo que indica que poseen habilidades y destrezas para satisfacer en alto grado las necesidades

básicas de la vida diaria de la persona en las labores de cuidado. Para Henderson (40), al suplir sus necesidades al brindar ayuda, el cuidado adecuado a las necesidades básicas del ser humano puede llegar a contribuir al mejoramiento de la salud del paciente no solo a nivel físico sino también en todas sus dimensiones.

La Unicidad en alto grado que posee el cuidador dada por tener condiciones y herramientas para hacer frente a problemas, retos y desafíos, Carrillo (27) afirma que los cuidadores que asumen su rol con compromiso, adquieren ciertas responsabilidades de cuidado en coparticipación, negociación y con procesos de adaptación permanente frente a la evolución e implicaciones de la enfermedad.

12. LIMITACIONES

La aplicación del instrumento competencias del cuidador para el cuidado fue para algunos participantes muy extensos y manifestaban que esta les quitaba mucho tiempo, en ocasiones se mostraban inquietos y poco colaboradores a la hora de responder las preguntas.

13. CONCLUSION

En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que en mayor porcentaje los cuidadores son de género femenino, estas se dedicaban al hogar en mayor proporción, además son personas de estratos bajos lo que indica que cuentan con pocos recursos económicos.

Los cuidadores de personas con Alzheimer mostraron niveles altos de competencias para el cuidado en el hogar, en las dimensiones conocimiento e interacción y relación social, al igual que el procedimental e instrumental, le siguen las condiciones particulares y la anticipación.

Lo que evidencia un esfuerzo importante para hacer compatible las múltiples tareas de cuidados con las otras actividades de su vida cotidiana, se reconoce la dedicación al cuidado ante la necesidad de realizarlo por ella misma y para satisfacer la demanda del familiar.

14. RECOMENDACIONES

- Es necesario que enfermería continúe indagando en cuidadores, los factores asociados a los niveles de competencias que poseen y determinar mediante otras metodologías el significado que ellos le atribuyen a ofrecer un cuidado con habilidades, destrezas e identificación de riesgos.

- En la formación profesional se debe destacar el soporte social por Enfermería, que se debe ofrecer a los cuidadores de personas con Alzheimer, para potenciar sus competencias para el cuidado.
- Reconocer en los cuidadores familiares en la ciudad de Cartagena las competencias para el cuidado adquiridas, que se constituyan en soportes sociales a otros cuidadores en su inicio, de manera que fortalezcan acciones de cuidado a personas con Alzheimer.

15. BIBLIOGRAFIA

1. Robledo R. Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Boletín del Observatorio en Salud. 2010; 3 (4): 1-9.
2. Mora antó, Aet al. Características de la calidad de vida en familias con un adulto con discapacidad intelectual (DI)/RM en la ciudad de Cali, Colombia. En: Revista enfermería clínica. 2007,3(1):93-109
3. Prince M, Wimo A, El impacto global de la demencia un análisis de la prevalencia, incidencia, costos y tendencias, 2015.
4. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Hacia la construcción de un modelo de cuidado de cuidadores de personas con enfermedad crónica. Actualizaciones en Enfermería. 2008; 11(2): 22-28
5. Hannelore J. Cuidador familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea. Loughlinstown House, Shankill, Co. Dublín, Irlanda,1.993, 1a ed.p.152
6. Carrillo M, Barreto R, Arboleda R, Gutiérrez O, Gregoria B, Tamara B. Competencia para cuidar en el hogar en Colombia: Rev. Fac. Med. 2015 63(4): 665-75
7. Gómez M. Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. Invest Educ Enferm 2007; 25 (2): 60-71.
8. Alós P, Alzheimer y familia. Una figura en la sombra ¿cómo son los que cuidan? International Journal of Developmental and Educacional Psicología. Revista de Psicología, 1-(4), 2011.
9. Navarro, E. Alzheimer un desafío compartido, recomendaciones para cuidar un enfermo de alzhéimer
10. Barrios K, Montes A, Lara M, Pérez V. habilidad de los cuidadores informales en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y terminales en IPS de tercer nivel, Enfermera, Corporación Universitaria, Rafael Núñez, Cartagena. 2013
11. Montalvo A. Flórez IE. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena. Salud Uninorte. Barranquilla; 2008; 24 (2): 181-19

12. Montalvo A. los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado en la ciudad de Cartagena .Av. Enferm; (2): 90-100, 2007
13. Cruz N. Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador. Enfermería, Universidad de Lleida, Facultad de Enfermería. Curso 2012-2013
14. Organización Mundial de Salud. Los trastornos neurológicos afectan a millones de personas en todo el mundo: informe de la OMS. Ginebra, Suiza. 2007.
15. Vargas L, Pinto N. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. Aprobado: 7-05-10 Universidad nacional de Colombia. Bogotá (Colombia), 2011,13 (1): 27-46,
16. Romero L. calidad de vida en cuidadores familiares de adultos mayores de 60 años con enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo leve residentes en la ciudad de Ibagué. Biblioteca Octavio Arizmendi posada; 2013
17. Martínez F. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. Rev. Cubana Enfermería. 2009. 25(3-4)
18. Larban J. Ser cuidador; el ejercicio de cuidar. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2010; 50, 55-99
19. Romero E, Herrera A, Flórez I, Montalvo A. Las tic y el apoyo social: una respuesta desde enfermería en Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 325-338
20. Barrera L, Galvis C, Moreno M, Pinto N, Pinzón M, Romero E, Sánchez B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. Invest. Educ. Enferm. 2006; 24(1): 36-46.
21. Luengo C, Araneda G, López M. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. Granada ene.-mar. 2010; 19(1).
22. García I. Formación de los cuidadores informales de personas diagnosticadas con Alzheimer en los estadios tempranos de la enfermedad. Experto universitario en Intervención en Calidad de Vida de Personas Mayores. 2009-2010.

23. Conde M. Los cuidados informales a un enfermo de Alzheimer: El cuidador familiar. AFAL. Madrid 2006 ;(2) 9-85
24. Batiz, J. Reflexiones desde los cuidados a enfermos de Alzheimer. Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer, (AFA Bizkaia), 2010. 24 p.
25. Rojas M. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. Av. enferm. 2007; 25(1).33-45,
26. Osorio Lambis M. Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, Universidad nacional de Colombia, facultad de enfermería.2011.
27. Carrillo M, Barreto R, Arboleda L, Gutiérrez O, Melo B, Támara V. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia: 2015. Fac. Med. 2015.63:4: 665-75
28. González-del-Yerro, A et al. La Calidad de vida de las familias de personas con discapacidad intelectual, REOP. 24(1): 93 – 109.
29. Grupo de cuidado al paciente crónico y la familia. Competencia para el cuidado en el hogar: pruebas psicométricas. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. En prensa. Agosto 2013
30. Vanegas B. habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Revista aquichan. Universidad de la sabana, chía/Colombia, 2008, 6(1).
31. Novellas, A. La atención a las familias en cuidados paliativos. Análisis del proceso y propuestas metodológicas de intervención. Rev. de Med. Paliativa (Madrid). 2000.7 (2)
32. Alvarado A. Experiencia de cuidar a un paciente con enfermedad crónica después de recibir una capacitación, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 232-249
33. Llanga M. investigación descriptiva transversal - investigación explicativa experimental, universidad técnica de Ambato, facultad ciencias de la salud, 2011
34. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Caracterización de los cuidadores familiares en América Latina. En: Barrera L, Pinto N, Sánchez B, Carrillo G, Chaparro L. Cuidando a los Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. P .45-56

- 35.** Carrillo M, Sánchez-Herrera B, Arias-Rojas EM. Validation of an instrument to assess the homecare competency of the family caregiver of a person with chronic disease. *Invest. Educ. Enferm.* 2015; 33(3): 449-455.
- 36.** Lee, G.R. Gender differences in family caregiving. En J.W. Dwyer y R.T. Coward (eds.), *Gender, families, and elder care* (120-131). Newbury Park, CA: SAGE.
- 37.** Montalvo A, Romero E, Flórez IE. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de niños con cardiopatía congénita. Cartagena, Colombia. *Invest Educ Enferm.* 2011; 29(1): 9 – 18.
- 38.** Herrera A, Romero E, Flórez I, Montalvo A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. Universidad de la sabana. Aquichan; 28 mayo de 2012.
- 39.** Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabilitation Nursing* 1999; 24(5): 194.
- 40.** Fanny Cisneros G. *Introducción a los modelos y teorías de enfermería.* Universidad de Cauca. 2002

16. ANEXO 1

ENCUESTA DE CARACTERIZACION DE LOS CUIDADORES

Por favor lea cada una de las siguientes preguntas y responda cada una de ellas. Su información es de tipo confidencial

1. GENERO

- Masculino
- Femenino

2. EDAD DEL CUIDADOR

- Menor de 17
- De 18 a 35
- De 36 a 59
- Mayor de 60

3. TENIENDO EN CUENTA LOS GRUPOS DE EDAD ANTERIORES LA EDAD DEL RECEPTOR DE CUIDADO (PACIENTE) ES:

- Mayor que el rango de edad del cuidador
- Del mismo rango de edad del cuidador
- Menor que el rango de edad del cuidador

4. SABE LEER Y ESCRIBIR

- Si
- No

5. GRADO DE ESCOLARIDAD

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Bachillerato incompleto
- Bachillerato completo
- Técnico

- Universidad incompleta
- Universidad completa
- Ninguna escolaridad

6. ESTADO CIVIL

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Unión libre

7. OCUPACION

- Hogar
- Empleado(a)
- Trabajo independiente
- Estudiante
- Otros _____

8. NIVEL SOCIOECONOMICO

- Bajo(1y2)
- Medio bajo(3)
- Medio(4)
- Medio alto(5)
- Alto(6)

9. CUIDA A LA PERSONA DESDE QUE INICIO SU DEPENDENCIA?

- Si
- No

10. TIEMPO QUE LLEVA COMO CUIDADOR:

- 0 a 6 meses
- 7 a 18 meses
- 19 a 36 meses
- Más de 37 meses

11. NUMERO DE HORAS QUE USTED CREE QUE DEDICA DIARIAMENTE AL CUIDADO:

- Menos de 6 horas
- 7 a 12 horas
- 13 a 23 horas
- 24 horas

12. ÚNICO CUIDADOR

- Si
- No

13. RELACIÓN CON LA PERSONA CUIDADA

- Esposo(a)
- Madre/ padre
- Hijo(a)
- Abuelo(a)
- Amigo(a)
- Otros_____

Dx(s) paciente_____

ANEXO 2



COMPETENCIA DEL CUIDADOR PARA EL CUIDADO

VERSIÓN 4. 10 DE FEBRERO DE 2014

Nombre del cuidador: _____ Teléfono: _____

Institución donde se diligencia el instrumento: _____

Instructivo: lea cada una de los siguientes enunciados y marque la opción con la cual se encuentre más cómodo. Utilizando para expresar su nivel de desacuerdo ó acuerdo en la escala de Totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo al lado de cada afirmación. Señale con la X, el cuadro correspondiente a su opinión. No hay respuestas correctas o erradas. Por favor responda todas las preguntas.

No	ITEM	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		☹☹	☹	☺	☺☺
BIENESTAR					
1	Siento que cuento con apoyo social (familiar e institucional) suficiente en mi actividad como cuidador.	1	2	3	4
2	Me siento productivo laboralmente.	1	2	3	4
3	Estoy satisfecho con el nivel y tipo de descanso que puedo tener.	1	2	3	4
4	Estoy satisfecho con mi estilo de vida actual.	1	2	3	4
5	Considero que tengo bienestar espiritual en relación con mi ser y condiciones humanas.	1	2	3	4
6	Estoy satisfecho con los recursos económicos disponibles para mi labor como cuidador.	1	2	3	4
7	Siento tener la energía suficiente para responder a las responsabilidades del cuidado.	1	2	3	4
8	Estoy satisfecho con el apoyo brindado por profesionales para el cuidado.	1	2	3	4
9	Manejo mi condición de cuidador, sin requerir medicamentos u otras sustancias.	1	2	3	4
10	Siento que mi labor de cuidador aporta a mi propio plan de vida.	1	2	3	4
11	Dispongo de tiempo para mis actividades o cosas personales.	1	2	3	4
12	Mantengo actividades de mi interés por fuera del tiempo dedicado al cuidado.	1	2	3	4
CONDICIONES PERSONALES					
13	Tengo confianza en mi capacidad para asumir el cuidado en casa.	1	2	3	4
14	Controlo el temor durante mis labores de cuidado.	1	2	3	4
15	Supero fácilmente sentimientos de culpa o de rabia.	1	2	3	4
16	Supero fácilmente momentos de desánimo y tristeza.	1	2	3	4
17	Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado.	1	2	3	4
18	Manejo estrategias adecuadas para resolver conflictos.	1	2	3	4
19	Me adapto con facilidad a los cambios que exige mi labor como cuidador.	1	2	3	4

Competencia del cuidador para el cuidado



20	Tengo la capacidad de autoevaluarme con frecuencia como cuidador	1	2	3	4
21	Busco cuidar mi salud.	1	2	3	4
22	Interactúo con facilidad con personas y grupos.	1	2	3	4
23	Estoy satisfecho con mi capacidad para afrontar las situaciones del cuidado.	1	2	3	4
24	Establezco mi propio plan de vida.	1	2	3	4
INTERACCIÓN Y RELACIÓN SOCIAL					
25	Soy buen mediador entre la persona que cuido y el equipo de salud.	1	2	3	4
26	Busco la aceptación y respeto mutuo con la persona que cuido.	1	2	3	4
27	Tengo en cuenta la privacidad en mi relación con la persona que cuido.	1	2	3	4
28	Logro respaldo de los demás miembros de la familia para apoyar el cuidado.	1	2	3	4
29	Soy capaz de identificar las necesidades que la persona que cuido no expresa verbalmente.	1	2	3	4
30	Intento que la persona a quien cuido mantenga tranquilidad emocional.	1	2	3	4
31	Busco que el trato que recibo de mis allegados es el que merezco.	1	2	3	4
32	Busco comunicarme efectivamente con la persona que cuido.	1	2	3	4
33	Me preocupo por brindarle buena compañía a la persona que cuido.	1	2	3	4
34	Fortalezco el vínculo de afecto con la persona que cuido.	1	2	3	4
35	Considero que las relaciones familiares son adecuadas para el manejo de la situación del cuidado.	1	2	3	4
36	Busco la participación de la persona a quien cuido en las actividades diarias de cuidado.	1	2	3	4
CONOCIMIENTO					
37	Sé cómo hacer seguimiento de las condiciones de salud de la persona que cuido.	1	2	3	4
38	Conozco la medicación formulada para la persona a quien cuido.	1	2	3	4
39	Conozco las actividades recomendadas para la persona a quien cuido.	1	2	3	4
40	Conozco cómo realizar los procedimientos requeridos a la persona a quien cuido.	1	2	3	4
41	Conozco los signos de alarma de la enfermedad que puede presentar la persona a quien cuido.	1	2	3	4
42	Conozco el comportamiento habitual de la persona a quien cuido.	1	2	3	4
43	Conozco indicaciones particulares sobre la dieta de la persona a quien cuido.	1	2	3	4
44	Tengo conocimientos sobre la(s) enfermedad(es) que afecta(n) a la persona a quien cuido.	1	2	3	4
45	Tengo información sobre medidas para la comodidad y alivio de la persona a quien cuido.	1	2	3	4
46	Conozco dónde y cómo obtener el equipo necesario para el cuidado.	1	2	3	4
PREDICTIVA					
47	Preveo los servicios necesarios para el bienestar físico de la persona a quien cuido.	1	2	3	4
48	Me anticipo a las necesidades de seguridad y tranquilidad de la persona a quien cuido.	1	2	3	4
49	Con base en mi conocimiento y experiencia, preveo buen desempeño en mi rol como cuidador a largo plazo.	1	2	3	4

Competencia del cuidador para el cuidado



50	Preveo manejo de riesgos y necesidades de salud para la persona a quien cuido.	1	2	3	4
51	Organizo los recursos disponibles para atender con eficiencia a la persona a quien cuido.	1	2	3	4
52	Preveo los servicios necesarios para el bienestar espiritual y emocional de la persona a quien cuido.	1	2	3	4
PROCEDIMENTAL E INSTRUMENTAL					
53	Actúo siguiendo las recomendaciones prescritas a la persona a quien cuido (actividad, dieta, otros).	1	2	3	4
54	Organizo el apoyo básico asistencial disponible para la persona a quien cuido (vestido, baño, otros).	1	2	3	4
55	Organizo el apoyo instrumental disponible para la persona a quien cuido (transportes, equipos, insumos, otros).	1	2	3	4
56	Respondo a las necesidades cotidianas de la persona a quien cuido (distracción, confort, otros).	1	2	3	4
57	Manejo u opero con habilidad los equipos para el cuidado de la persona a quien cuido.	1	2	3	4
58	Manejo los procedimientos y trámites administrativos para garantizar la salud de la persona a quien cuido.	1	2	3	4
59	Administro adecuadamente los medicamentos formulados a la persona a quien cuido.	1	2	3	4
60	Manejo con habilidad situaciones de emergencia relacionadas con la persona que cuido.	1	2	3	4

Nombre de la persona que diligencia el Instrumento: _____
Teléfono: _____

ANEXO 3

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA

Genero	Numero	Porcentaje %
Masculino	17	13%
Femenino	61	87%
Total	78	100%

FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Edad del cuidador	Numero	Porcentaje %
Menor de 17 años	1	2%
De 18 a 35 años	17	30%
De 36 a 59 años	47	48%
Mayor de 60 años	13	20%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Edad del receptor del cuidado	Numero	Porcentaje%
Mayor que el rango de edad del cuidador	72	90%
Del mismo rango del edad del cuidador	0	0
Menor que el rango del cuidador	6	10%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas a los cuidadores familiares

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Sabe leer y escribir	Numero	porcentaje
Si	76	95%
No	2	5%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Grado de escolaridad	Numero	Porcentaje %
Primaria incompleta	9	3%
Primaria completa	11	15%
Bachillerato incompleto	17	24%
Bachillerato completo	14	16%
Técnico	17	24%
Universidad incompleta	2	4%
Universidad completa	7	12%
Ninguna escolaridad	1	2%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Estado civil	Numero	Porcentaje
Soltero(a)	22	28%
Casado(a)	26	38%
Separado(a)	5	14%
Viudo(a)	3	5%
Unión libre	22	15%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas a los cuidadores familiares

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Ocupación	Numero	Porcentaje %
Hogar	40	53%
Empleado(a)	19	15%
Trabajo independiente	16	29%
Estudiante	3	3%
Otro	0	0%
Total	78	100%

Fuente: encuesta realizada a los cuidadores familiares

TABLA 8 DISTRIBUCION DE LAS COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Nivel Socioeconómico	Numero	Porcentaje%
Bajo (1 y 2)	58	61%
Medio Bajo (3)	12	24%
Medio(4)	7	12%
Medio alto(5)	1	3%
Alto(6)	0	0%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 9 DISTRIBUCION DE LAS COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Cuida a la persona desde que inició su dependencia	Numero	Porcentaje %
Si	61	85%
No	17	15%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 10 DISTRIBUCION DE LAS COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Tiempo que lleva como cuidador	Numero	Porcentaje %
0 a 6 meses	6	10%
7 a 18 meses	13	13%
19 a 36 meses	19	19%
Más de 37 meses	40	58%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Número de horas que le dedica de cuidado diariamente	Numero	Porcentaje %
Menos de 6 horas	9	3%
7 a 12 horas	22	20%
13 a 23 horas	21	22%
24 horas	26	55%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Único cuidador	Numero	Porcentaje %
Si	18	40%
No	60	60%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Relación con la persona que cuida	Numero	Porcentaje %
Esposo(a)	0	0%
Madre/padre	3	5%
Hijo(a)	46	60%
Abuelo(a)	4	7%
Amigo(a)	0	0%
Otros (a)	25	30%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Bienestar	Numero	Porcentaje %
Alto	62	80%
Medio	16	20%
Bajo	0	0%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Condiciones personales	Numero	Porcentaje%
Alto	69	90%
Medio	9	10%
Bajo	0	0%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Interacción y relación social	Numero	Porcentaje %
Alto	75	95%
Medio	3	5%
Bajo	0	0%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Conocimiento	Numero	Porcentaje %
Alto	74	95%
Medio	4	5
Bajo	0	0
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Predictiva	Numero	Porcentaje %
Alto	66	75%
Medio	12	25%
Bajo	0	0%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer

TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN LA FUNDACION APOYO AL ALZHEIMER, CARTAGENA

Procedimental e instrumental	Numero	Porcentaje %
Alto	75	95%
Medio	3	5%
Bajo	0	0%
Total	78	100%

Fuente: encuestas realizadas en la fundación apoyo al Alzheimer