



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría Académica

*Competencias para el Cuidado en el Hogar del Cuidador
Familiar en Personas con COVID-19*

Tesis presentada para obtener el grado de:
Licenciado en Enfermería

Presenta:
Lizamar Lorena Ramos Sánchez

Junio, 2022



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería Facultad de Enfermería
Secretaría de Académica

*Competencias para el Cuidado en el Hogar del Cuidador
Familiar en Personas con COVID-19*

Tesis presentada para obtener el grado de:
Licenciado en Enfermería

Presenta:

Lizamar Lorena Ramos Sánchez

Director de Tesis:

DCE. Maricarmen Moreno Tochihuitl

Junio, 2022.

Tesis: Competencias para el Cuidado en el Hogar del Cuidador Familiar en Personas con COVID-19.

Número de registro: 03/2022/SAC/FE-BUAP

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl
Presidente

ME. Carmen Cruz Rivera
Secretario

ME. María del Rosario Ricárdez Ramírez
Vocal

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl
Director de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Vianet Nava Navarro
Secretaria Académica

Agradecimientos

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, por todos los recursos otorgados para desempeñarme mejor como estudiante, por su ambiente acogedor y seguro, por los valores compartidos que rigen esta institución.

A mi directora de tesis la DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl por sus conocimientos compartidos, su paciencia, su vocación por enseñar y siempre alentarme a ser una mejor profesionalista.

A mis profesores de cada nivel educativo, por que aprendí tantas cosas de ellos, me enseñaron el valor del conocimiento, a amar el estudio, a nunca darme por vencida.

A dios por permitirme concluir uno de mis más anhelados sueños.

A mis amigos de la Facultad de Enfermería que compartieron conmigo sus conocimientos, su amor, su alegría, su entusiasmo y el amor por la enfermería.

Dedicatoria

A mi madre Macaria Sanchez Rosales por ser la principal persona que durante toda la vida me ha apoyado en cada una de mis metas y es que, a pesar de no verte desde hace ya varios años, siempre has sido mi motivación principal, espero verte pronto, abrazarte y agradecerte por todo lo dado, te amo.

A mi padre José Isabel Ramos Huerta, que al igual que mi madre, siempre me haces saber que estas muy orgulloso de la persona que soy.

A mis hermanos, Francelly, David y Evelin que también han formado parte de mi motivación para seguir adelante, brindándome su amor, cariño, muchas risas y tantos, pero tantos momentos felices a su lado, sin duda jamás los cambiaria.

A mi abuelita María del Carmen Rosales Hernández y mi abuelito Guadalupe Sánchez Tzanahua, que durante mucho tiempo cuidaron de mi en ausencia de mis padres, compartiéndome su amor, su ternura y cariño.

A mis tías Guadalupe, Luisa, Ana, Isabel y Maritza que al igual fueron uno de mis pilares principales durante muchos años, gracias por cuidarme, enseñarme los valores de vida, amarme, motivarme y estar ahí alentándome a seguir adelante.

A mis amigas Laura y Jocelyn, que me vieron desarrollarme durante el trayecto de la carrera profesional, me acompañaron y me brindaron su amor y cariño.

A todos ustedes les dedico este logro, los amo tanto.

Tabla de contenido	
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Referencial	4
1.2.1 Características Sociodemográficas	6
1.2.2 Carga y Apoyo	6
1.2.3 Medios de Comunicación y de Información	7
1.2.4 Cuidador Familiar	8
1.2.5 Competencia Para el Cuidado	9
1.2.6 Bases Clínicas de SARS- CoV-2	11
1.2.8 Diagnóstico	13
1.2.9 Tratamiento	14
1.2.10. Prevención	14
1.3 Definición de Términos	16
1.3.1 Definición Conceptual	16
1.3.2 Definición Operacional de Términos	18
1.4 Estudios Relacionados	25
1.5 Objetivo General	37

1.5.1 Objetivos Específicos	37
Capítulo II	38
Metodología	38
2.1 Diseño de Estudio	38
2.2 Población	38
2.3 Muestra y Muestreo	38
2.4 Criterios de Selección	39
2.4.1 Criterios de Inclusión	39
2.4.3 Criterios de Eliminación	39
2.5 Instrumentos de Recolección de Datos	39
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos	41
2.7 Ética del Estudio	42
2.8. Plan de Análisis Estadístico	44
2.9. Variables de Estudio	45
2.9.1 Características de las Variables	45
Capitulo III	53
Resultados	53
3.3 Estadística Descriptiva	57
3.3.1 Percepción de Carga y Apoyo	57

3.3.2 Medios de Información y Comunicación	60
3.3.3 Competencia Para el Cuidado	61
3.4 Prueba de Normalidad	62
3.5 Estadística Inferencial	63
Capítulo IV	67
Discusión	67
4.1 Conclusiones	69
4.2 Limitaciones	70
Referencias	71
Apéndice A. Consentimiento Informado	81
Apéndice B. Cuestionario de Datos Sociodemográficos	82
Apéndice C. Encuesta de Caracterización del Cuidador	83

Candidato para el Grado de	Licenciado en Enfermería
Fecha de graduación	Agosto 2021
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las tesis	Competencia para el cuidado en el hogar del cuidador familiar en personas con COVID-19
Número de páginas	93
Área de estudio	Enfermería

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha traído consigo el contagio y la muerte de millones de personas en todo el mundo. La Secretaría de Salud (2022), reportó mayormente pacientes derivados al hogar sin requerir hospitalización. Son los familiares a los que se les delega el rol de tutores, para brindar cuidado a las personas enfermas en el hogar (CEPAL,2020). Los profesionales en enfermería promueven la capacitación al cuidador, para mejorar la eficiencia y seguridad para mejorar la calidad de vida de ambos (Navarrete et al, 2020).

Objetivo: Describir la competencia del familiar para brindar cuidado en el hogar en la persona con COVID-19.

Metodología: Diseño descriptivo y transversal. La muestra fue de 130 cuidadores familiares, se aplicó la encuesta de caracterización del cuidador (Chaparro et al, 2014) y el instrumento CUIDAR (Carrillo et al, 2015).

Resultados: En la dimensión de conocimiento, el 74.6% reflejó un nivel satisfactorio; el 71.5 %, demostró adaptación para afrontar la enfermedad (unicidad); el 85.4 % presenta alta competencia para las acciones de cuidado (instrumental); en la dimensión de disfrutar, se evidencia que el 67.7 % está satisfecho con la responsabilidad como cuidador; el 73.8 % identificó necesidades para el cuidado(anticipación); finalmente en la relación e interacción social, se demostró una interacción positiva entre el cuidador y persona cuidada (96.9 %).

Conclusión: Las competencias del cuidador en el hogar en personas con COVID-19 en etapa adulta, muestran puntajes elevados en las dimensiones: relación e interacción social, instrumental y conocimiento.

Palabras Clave: Competencia cuidado, familia, COVID-19

Firma del director de tesis: DCE. _____

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

Desde marzo del año 2020 se declaró estado de pandemia, debido al surgimiento de un nuevo coronavirus denominado SARS CoV-2 por sus siglas en inglés (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), que provoca la enfermedad denominada COVID-19 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Se han registrado 515 millones de casos acumulados y 6.2 millones de muertes por COVID-19 en todo el mundo hasta el día 9 de mayo del año 2022 (OMS 2022); la tasa de letalidad global calculada para ese momento era de 1.2 % (Secretaría de Salud, [SS]2022).

La región de las Américas es una de las más afectadas por esta enfermedad, por ejemplo, en México, la Secretaría de Salud (2022) para el 09 de mayo de 2022 estimaba 5, 745, 228 casos positivos de los cuales 324, 463 fueron reportadas como defunciones, representando estas cifras una tasa de incidencia de casos acumulados de 4,415.4 por cada 100,000 habitantes; según datos del informe integral de COVID-19 en México a pesar de la gran cifra de contagios ocurridos en las 4 olas pandémicas, la atención a la salud requerida de estos pacientes se reduce en su mayoría de tipo ambulatoria (Secretaría de Salud, 2022).

Es bien sabido que aquellas personas que han sido hospitalizadas reciben atención de cuidado por parte de profesionales calificados para atender las necesidades de salud de la persona que padece la enfermedad; sin embargo, tanto las personas que no requirieron hospitalización y aquellas que han sido dadas de alta del hospital, también requieren un adecuado manejo, seguimiento y tratamiento para su recuperación (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2021).

Ahora bien, la atención para la salud en el domicilio durante los procesos de enfermedad se ha visto a través de los años que es delegada a los integrantes de la familia, principalmente al género femenino (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2019). Siguiendo este razonamiento, son ellos los que fungen el papel de cuidador para cubrir las exigencias de los problemas causados por la enfermedad. Estas necesidades de cuidado pueden expresarse en labores de apoyo de la vida diaria, tareas para el autocuidado o en la participación en la toma de decisiones para la persona que experimenta la enfermedad (Rivas y Ostiguín Meléndez, 2011).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) y el Centro para el Control y la Prevención de enfermedades (CDC, 2021), han emitido recomendaciones para los cuidadores de los pacientes derivados al hogar con COVID-19; sin embargo, no se sabe que tan eficientes y contundentes resulten al aplicarse, ya que los contextos en los hogares son muy diversos en todo el mundo. Por ejemplo, en un reporte realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) mencionan como la carga de cuidados aumenta en familias con bajos ingresos y algunas recomendaciones como, mantener el distanciamiento social, se hace difícil en viviendas que no cuentan con suficiente espacio para proporcionar atención sanitaria, lo que complica la protección contra el virus en los grupos de la familia de alto riesgo.

En la literatura científica se ha observado la publicación de recomendaciones para el aislamiento domiciliario cuando se adquiere la enfermedad por COVID-19. Por ejemplo, en algunos estudios (Abad et al, 2020; Ticona et al, 2020; Tonin et al, 2020) se han realizado análisis de la literatura sobre las características para el aislamiento en el domicilio como lo son: tipo de habitación, higiene de manos, higiene de la tos, limpieza

del hogar, equipo de protección, hábitos saludables; terapia farmacológica entre otras, de las cuales algunas van dirigidas para los cuidadores familiares y otras para los profesionales de enfermería.

Si bien el cuidado en los hogares puede ser diferente al cuidado otorgado en los hospitales, no supone que sea más fácil, ya que se vio anteriormente que también existen directrices especiales para el cuidado en el hogar. Lo que resulta preocupante sobre este tema es que en las instituciones de salud se cuenta con profesionales capacitados con habilidades o destrezas para proporcionar cuidado a los pacientes con COVID-19, pero esto no sucede así cuando la atención es brindada en el hogar por los familiares.

Por ejemplo, Rahimi et al. (2021) en una investigación realizada en cuidadores familiares con experiencia de cuidado domiciliario de COVID-19, destaca las experiencias percibidas durante el cuidado en donde la falta de conocimiento para el cuidado, el miedo, estrés, molestias físicas y entre otros son algunos de los problemas mencionados por los cuidadores de un familiar con COVID-19. Así mismo en otros estudios (Dixe et al, 2019; Farquhar et al, 2017; Lilleheie et al, 2020; Mirzaei et al, 2020; Navarrete et al, 2020; Siltanen et al, 2019) se ha visto que estas habilidades o competencias de cuidado pueden ser insuficientes en los cuidadores familiares debido a la falta de información o capacitación sobre el cuidado durante la enfermedad, además de que la sobrecarga de cuidado también es un problema que acarrear muchos cuidadores en los hogares; al igual, el afrontamiento ante este tipo de situaciones deriva en sentimientos negativos como la tristeza, estrés, angustia etc.

La competencia para el cuidado en el hogar de acuerdo con Carrillo et al. (2015) puede abordarse bajo seis dimensiones principales (conocimiento, unicidad,

instrumental, disfrutar, anticipación e interacción y relación social) dichas competencias al ser fortalecidas pueden mejorar la habilidad del cuidado para la persona enferma como para su cuidador, proporcionando mejores experiencias del cuidado y haciendo que este sea más seguro.

Por lo anterior, es importante mencionar el papel fundamental que cobra la profesión de enfermería en esta situación de pandemia, en donde la atención de la salud en el hogar de personas con COVID-19 se delega a los familiares y en los que quizás se esté desestimando e ignorando las habilidades de cuidado que poseen los familiares para realizar este tipo de labores. Si bien, se ha visto que la capacitación al cuidador principal podría ser de gran ayuda para mejorar la eficiencia y seguridad de proporción de cuidados, entonces los profesionales de enfermería podrían emplear estrategias en donde se incluya la capacitación del cuidador para el manejo de la enfermedad y estrategias para afrontar el estrés, mejorando la satisfacción de las necesidades de conocimiento y competencias de cuidado de los familiares y así ellos puedan afrontar la enfermedad de la mejor manera posible (Navarrete et al, 2020).

Es por eso y debido a la escasa literatura con evidencia científica que existe sobre las habilidades o conocimientos del cuidador familiar en una persona con COVID-19 se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las competencias con las que cuenta el cuidador primario para la atención de la salud en el hogar de la persona con padecimiento de COVID-19?

1.2 Marco Referencial

El modelo de Carga de la Enfermedad Crónica (CEC) de las autoras: Lucy Barrera Ortiz, Gloria M. Carrillo González, Lorena Chaparro Díaz y Beatriz Sánchez

Herrera (2008), refleja cómo los sujetos implicados en el cuidado de la enfermedad (personas con enfermedad crónica, cuidadores familiares, los profesionales de la salud, las instituciones y el Sistema General de Seguridad Social en Salud) pueden mejorar su nivel de soporte social o su nivel de información y capacitación si las instituciones apoyan el cuidado, así mismo los indicadores de este modelo sugieren resultados positivos para todos los implicados en el cuidado. Si bien, el modelo es enfocado en enfermedades crónicas no transmisibles, para fines de esta investigación se contempla los conceptos “cuidador familiar” y “habilidad de cuidado”, siendo este clave importante al abordar el cuidado en las personas con COVID-19, entendiendo que durante el proceso de enfermedad no solo se contempla a la persona con el padecimiento sino también a quien brinda el cuidado familiar.

El cuidador familiar se refiere a esa persona significativa para la persona cuidada, quien lleva a cabo funciones de cuidado, asistencia, tareas de apoyo, brindando ayuda en necesidades físicas o de apoyo emocional (Rivas y Ostiguín, 2011). Por otro lado, el concepto habilidad de cuidado se refiere a la capacidad de cuidado que tiene el cuidador familiar, en dimensiones cognoscitivas y actitudinales que pueden ser identificadas y medidas a través del conocimiento o dominio del tema, valor o forma de relacionarse, apoyarse y tomar decisiones y paciencia o significado que se le dé a la situación (Barrera et al, 2008). En el modelo la relación entre estos refleja cómo la habilidad de cuidado al aumentarse en el cuidador familiar es favorable en diversos aspectos, ya que disminuyen los costos de cuidado, los riesgos innecesarios y se incrementa su nivel de seguridad y en resultado disminuye la carga de cuidado (Barrera et al, 2008). A continuación, se definirían los conceptos centrales de esta investigación,

primero se abordará el perfil sociodemográfico desde tres dimensiones principales: características sociodemográficas, carga y apoyo del cuidador y medios de comunicación (Chaparro et al, 2014), más adelante se retomarán los conceptos antes mencionados del modelo para profundizar a detalle y finalmente se abordará la competencia para el cuidado.

1.2.1 Características Sociodemográficas

Las características sociodemográficas hacen alusión a las cualidades socioculturales o biológicas generales de una población determinada, (Real Academia Española [RAE], 2021). Las características podemos agruparlas de la siguiente manera, primero están aquellas características demográficas básicas como la edad, el sexo y nivel de escolaridad. Respecto a estas, se ha visto mayor participación del sexo femenino para el cuidado familiar y con variabilidad de escolaridad y edad debido a diferentes factores de cuidado (Pinzón y Carrillo, 2016; Rahimi et al, 2021; CEPAL, 2021). En segundo lugar, se encuentran las características sociales como el estado civil, ocupación y nivel económico. Al igual que las anteriores, indagar sobre estas características en el cuidador resulta relevante, ya que son clave importante para entender todas aquellas situaciones que afectan o benefician a los sujetos de cuidado y la persona con la enfermedad (Flores et al; 2017).

1.2.2 Carga y Apoyo

Autores como Sánchez et al. (2016) definen la carga como un constructo complejo que se refiere al efecto negativo que tiene la enfermedad en la persona enferma, cuidadores, grupo familiar y la sociedad en general y que puede ser abordado desde las perspectivas de la experiencia de la salud o cuidado, la enfermedad y su costo

o de manera mixta. Ortiz et al. (2013) señalan que algunas variables sociodemográficas del cuidador como el género, la edad, estado civil, ocupación, y horas de cuidado pueden estar asociadas a cambios en la percepción de carga de cuidado.

Con respecto al apoyo percibido para las labores de cuidado puede ser comprendido de diferentes formas, podemos encontrar entre ellas el apoyo familiar, religioso, psicológico, económico y social (Chaparro et al; 2014). El apoyo familiar se considera la mejor fuente de apoyo social para afrontar las situaciones de crisis, proporcionando ayuda emocional, instrumental y afectiva (Vega y González, 2017). El apoyo religioso consiste en una ayuda a la persona a conseguir equilibrio a través de sus creencias (Acosta, 2018), en donde se ha mostrado estrecha relación para afrontar situaciones de crisis en la familia (López et al; 2020). El apoyo psicológico es asociado a la ayuda recibida por parte de un profesional, pero también puede ser aquella recibida por la familia o amigos. Los beneficios en el cuidador y la persona enferma resultan en una disminución de temor, incertidumbre, ansiedad, así mismo contribuyen al bienestar de ambos (Duque et al; 2020). Respecto al apoyo económico, se refiere a todos aquellos recursos monetarios y materiales con los que cuenta la familia necesarios para hacer frente a la enfermedad. Torres et al. (2008) refieren que los apoyos percibidos durante la enfermedad afectan en gran medida la forma y experiencia del cuidado.

1.2.3 Medios de Comunicación y de Información

La tercera dimensión está asociada con los medios de la información y comunicación que abarca el cuidado ofrecido por el familiar apoyado en las tecnologías de la información y comunicación (TIC), así mismo se identifica el nivel de apoyo percibido con el uso de las TIC y el nivel de utilidad de estas tecnologías para recibir

información de cuidado. Se han considerado todos estos aspectos ya que se ha visto que muestran cierta relación y son necesarios para abordar estas situaciones de cuidado (Chaparro et al; 2014).

1.2.4 Cuidador Familiar

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, el cuidado conecta al que cuida con el que es cuidado (Cuesta, 2009).

La persona brindadora de cuidados, nombrada “cuidador” pueden ser los amigos, vecinos, pareja o personas integrantes del núcleo familiar que tiene una relación personal significativa con la persona que requiere el cuidado, estas personas pueden ser cuidadores primarios o secundarios y vivir con o separados de la persona que recibe el cuidado (Family Caregiver Alliance [FCA], 2016).

Los cuidadores muchas veces son el recurso, instrumento y medio para brindar atenciones específicas o especializadas a la persona cuidada. Dicho en otras palabras, “en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro”. El cuidador cumple muchas funciones en ocasiones proporciona ayuda a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en las cuales la persona requiere apoyo (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2020).

Existen en concreto dos tipos de cuidadores (informales y formales), para fines de esta investigación se considerará solo aquellos cuidadores de tipo informal. Este término se refiere a aquellos proveedores de cuidados que no cuentan con capacitación alguna en cuidados; regularmente son personas que no reciben ningún beneficio

económico; tienen un elevado grado de compromiso caracterizado por el afecto y por proporcionar cuidados la mayor parte del tiempo (INAPAM, 2020).

Entre las actividades mayormente brindadas por los cuidadores son: movilización y transferencias, terapia y estimulación cognitiva, inteligencia emocional, higiene personal, vestido, funcionalidad a nivel físico, alimentación, técnicas para manejo de estrés, atención de emergencias, acompañamiento y apoyo emocional, técnicas de relajación, entre otras (INAPAM, 2020).

Algunas de estas actividades representan cualidades o destrezas con las que cuentan los cuidadores informales, a este tipo de habilidades o destrezas se les ha asumido con el término de competencias para el cuidado las cuales se abordarán en el siguiente apartado (Carrillo et al; 2015).

1.2.5 Competencia para el Cuidado

Como parte de esta investigación se abordó la competencia para el cuidado, la cual hace referencia a la capacidad, habilidad y preparación que el cuidador familiar tiene para ejercer la labor de cuidar en el hogar, de esta manera a través de la literatura se trató la competencia bajo 6 dimensiones principales que son: conocimiento, unicidad, instrumental, disfrutar, anticipación y relación e interacción social.

El conocimiento como competencia de cuidado va relacionado con el aspecto cognitivo que se refiere a todos aquellos saberes, nociones o ideas que posee una persona para cuidar de otra, por ejemplo, conocimientos sobre la enfermedad de la persona cuidada, terapia farmacológica o no farmacológica, manejo de dispositivos o equipos necesarios para el cuidado del paciente, así como conocimiento de las actividades cotidianas a realizar como baño, vestido (Carrillo et al; 2015).

La unicidad hace alusión a todas aquellas características únicas, tanto internas como de personalidad, la cual representa la base fundamental para afrontar la enfermedad y afrontar el rol como cuidador. Esta dimensión comprende 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 (Carrillo et al; 2015).

La dimensión “instrumental” va enfocada a las habilidades y destrezas que tiene el cuidador para atender las labores del cuidado, algunas de estas actividades comprenden la administración de medicamentos, ayuda o apoyo para la alimentación, deambulación, ir al baño, ayudar a vestirse, entre otras actividades (Carrillo et al; 2015).

Otra dimensión de cuidado es “disfrutar” que aborda el grado de bienestar con el que cuenta el cuidador para asumir el cuidado en el hogar. Engloba aquellos aspectos básicos de la vida cotidiana, así como la satisfacción personal relacionada con la calidad de vida percibida (Carrillo et al; 2015).

Anticipación como competencia de cuidado se refiere a las ideas que tiene pensado realizar el cuidador con el fin de anticiparse a todas aquellas necesidades para el cuidado de la persona, mediante la planeación y anticipación ante la ocurrencia de un evento inesperado, la preparación para un examen y la identificación de riesgos (Carrillo et al; 2015).

La última dimensión de cuidado nombrada “relación interacción social” hacen alusión a aquellos elementos o factores externos que favorecen y fortalecen la labor de cuidado, estos pueden incluir aquellas redes primarias o secundarias de apoyo (Carrillo et al; 2015).

1.2.6 Bases Clínicas de SARS- CoV-2

Los coronavirus corresponden a una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde un resfriado común hasta enfermedades graves, causantes del síndrome respiratorio de oriente medio (por sus siglas en inglés MERS-Cov) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), (OPS, 2020). La Organización Mundial de la Salud en colaboración con varios países ha detectado diferentes variantes del virus SARS- CoV- 2, en consecuencia de esto la OMS propuso definiciones operacionales para estas, las cuales se han dividido en dos tipos la primera como “variante preocupante de SARS- CoV 2” (VOI, por sus siglas en inglés, *variant of interest*) que en general se refiere a un caso aislado de SARS – CoV- 2 con alteraciones o cambios fenotípicos o con alguna mutación en el genoma y que su vez se ha detectado como causa de transmisión comunitaria o ha sido identificada en múltiples países. Por otra parte, se encuentra la “variante preocupante de SARS-CoV-2” (VOC, por sus siglas en inglés, *variant of concern*) la cual es definida como aquella variante que mediante una evaluación comparativa se evidencia o se asocia a un aumento de transmisibilidad, virulencia o cambios negativos en la epidemiología o en la presentación clínica de la enfermedad o disminución de la eficacia de las medidas sanitarias, vacunas y terapéuticas disponibles (OMS, 2021).

Con relación a esto se han identificado las siguientes variantes de preocupación en el mundo: delta y ómicron. Existían variantes de interés en circulación, sin embargo, al no mostrar un riesgo adicional pasaron a la lista de variantes de interés anteriormente en circulación (OMS, 2022).

1.2.7 *Historia Natural de la Enfermedad*

Periodo de incubación: se han realizado diversos estudios en donde los periodos de incubación resultantes son muy variantes, sin embargo, los valores más aceptados fluctúan entre 4 a 5.1 días (Bulut y Kato, 2020).

Duración de la enfermedad: durante la enfermedad leve se ha calculado en promedio una duración de 2 semanas desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación, para la enfermedad grave o crítica el tiempo estimado ha sido de 3 a 6 semanas. Por otro lado, el tiempo entre el inicio de síntomas hasta la instauración de síntomas graves es de 1 semana y de 2-8 semanas hasta que se produce la muerte (*National Institute for Health and Care Excellence [NICE]*, 2020).

Signos y síntomas: varían entre persona, según el grado de severidad de la enfermedad, sin embargo, los síntomas más comunes asociados a COVID-19 son la presencia de fiebre, tos seca y el cansancio, por otro lado, están otros síntomas menos frecuentes como los dolores y molestias, congestión nasal, el dolor de cabeza, conjuntivitis, el dolor de garganta, diarrea, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Las personas pueden presentar síntomas graves, leves y también se ha reportado casos de personas asintomáticas (OMS, 2021)

Según el grado de severidad de la enfermedad puede dividirse de la siguiente manera: 1. Asintomática: sin signos ni síntomas aparentes, ni cambios imagenológicos, pero con RT-PCR positivo.; 2. Leve: síntomas limitados al sistema respiratorio superior, en los que se incluye: fiebre, malestar general y tos. Sin cambios imagenológicos y RT – PCR positiva; 4. Severa: frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones/min y disnea. En

reposo, una saturación de oxígeno ≤ 93 % o PaFi ≤ 300 mmHg. Lesiones imagenológicas progresan > 50 % en un lapso de 2448 horas y RT-PCR positivo; 5. Crítica: progresión rápida de la enfermedad acompañado de: fallo respiratorio, necesidad de ventilación mecánica, shock o fallo multiorgánico y RT-PCR positivo (Gao Z et al, 2020).

Factores de riesgo: las personas con mayor vulnerabilidad a enfermarse gravemente por COVID-19 se relacionan a personas con afecciones como: enfermedades cardiovasculares, tuberculosis activa, enfermedades hepáticas, renales, metabólicas o respiratorias crónicas, enfermedades de inmunosupresión como cáncer, VIH, trastornos de células falciformes, obesidad severa (índice de masa corporal ≥ 40) o trastornos neurológicos crónicos (CDC, 2021).

Por otro lado, se ha mostrado que los niños y jóvenes son menos propensos a desarrollar enfermedad grave por covid-19 (Castagnoli et al., 2020; Swann et al., 2020). Estudios sugieren que niños con síntomas leves y asintomáticos pueden presentar grandes cargas virales por lo que cobran un gran papel en la propagación del virus (Yonker et al., 2020).

1.2.8 Diagnóstico

Existen diferentes métodos para la detección de COVID -19. En primera instancia tenemos las técnicas de análisis directo las cuales buscan el cultivo e identificación del virus, o de la detección de componentes suyos específicos (antígenos y secuencias del genoma), en muestras del enfermo (Ruiz y Jiménez, 2020).

Por el contrario, se encuentran las pruebas de análisis indirectos que se basan en la detección de los anticuerpos específicos que el individuo infectado produce en

respuesta a la presencia en su medio interno de los antígenos virales, presentan diferentes inconvenientes respecto a la confiabilidad de esta prueba, no se utiliza esta prueba por si sola como un método diagnóstico (OMS, 2020).

Se han elaborado algoritmos diagnósticos para personas con síntomas de infección respiratoria, combinando radiografía de tórax, detección de antígeno (siempre que se trate de pruebas con sensibilidad suficiente) y RT-PCR (Ruiz y Jiménez, 2020).

1.2.9 Tratamiento

El tratamiento para COVID-19 puede diferir de acuerdo con la gravedad de la enfermedad. Así mismo estas opciones terapéuticas dependerán de la disponibilidad de los fármacos, las vías de administración y la duración del tratamiento. Entre los tratamientos están aquellos como el remdesivir, los anticuerpos monoclonales, nirmatrelvir con ritonavir, bebtelovimab, molnupiravir, plasma convaleciente de COVID-19, baricitinib, tocilizumab, entre otros. Como se mencionó anteriormente estas opciones terapéuticas difieren de acuerdo con varios aspectos, algunos de ellos aún siguen en investigación (CDC, 2022).

1.2.10. Prevención

Se han desarrollado distintas vacunas a lo largo de la pandemia, dentro de las vacunas elaboradas, se sabe que se utilizan diferentes métodos de elaboración, algunas vacunas están fabricadas a base de patógenos íntegros inactivados, atenuados o inocuos, también están vacunas con alguna subunidad antigénica (fragmentos específicos) y también están aquellas vacunas que solo contienen material genético (ADN O ARNm), así mismo se añaden adyuvantes que ayudan a incrementar la respuesta inmunitaria y, así, facilitan la acción de las vacunas, pueden algunas contener conservantes que

garantizan que la vacuna mantenga su eficacia o estabilizantes que protegen la vacuna durante su transporte y almacenamiento (OMS, 2021), ejemplos de estas vacunas son BioNTech, AstraZeneca, Moderna, Sputnik V, Sinopharm, Sinovac, Jonhson & Jonhson (CDC, 2021). Hasta el día 22 de junio del año 2021, publicaciones en línea de *Our world in data* (2022), reportan que el 65.8 % de la población mundial ha recibido al menos una dosis de la vacuna COVID-19. Se han administrado 11.79 millones de dosis en todo el mundo y ahora se administran 6.45 millones cada día y solo el 16.2 % de las personas en países de bajos ingresos ha recibido al menos una dosis.

Por otro lado, las autoridades de salud han establecido una serie de medidas preventivas contra COVID-19, entre ellas se destacan: lavado de manos con frecuencia con agua y jabón por al menos 20 segundos, especialmente después de haber estado en un lugar público, o después de sonarse la nariz, toser o estornudar. Si no se dispone de agua y jabón, se usará un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol, evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca sin haberse lavado las manos. Evitar tener contacto con personas que están enfermas, de ser posible, dentro de casa mantener una distancia de 2 metros entre la persona enferma y otros miembros de su hogar, fuera de casa mantener una distancia de 2 metros de las personas que no viven en su casa, así como monitorear la salud a diario y estar atento a los síntomas (CDC, 2020).

También se incluyen medidas como el uso de mascarillas facial cuando se está con otras personas que se puede transmitir el COVID-19 a otras personas incluso si no se siente mal, el objetivo de la mascarilla es proteger a otras personas, en caso de estar infectado. Se debe cubrir la nariz y la boca al toser y estornudar, con un pañuelo desechable o con la parte interna del codo y evitar escupir (CDC, 2020).

Otras sugerencias van direccionadas a la desinfección y limpieza en el hogar como la desinfección de las superficies que se tocan con frecuencia incluyendo las mesas, las manijas de las puertas, los interruptores de luz, los mesones, las barandas, los escritorios, los teléfonos, los teclados, los inodoros, los grifos, los lavamanos y los lavaplatos (CDC,2020).

1.3 Definición de Términos

1.3.1 Definición Conceptual

Cuidador familiar: persona que brinda ayuda a las personas con algún padecimiento, limitaciones o discapacidad para labores instrumentales y básicas de la vida diaria, así como apoyo emocional, se toman en cuenta tres componentes críticos en el cuidado familiar: la comunicación, la toma de decisiones y la reciprocidad (Cuesta C, 2009).

Características demográficas del cuidador: comprenden aquellas cualidades generales sobre grupos de personas. Dependiendo de la finalidad, los datos pueden incluir atributos como la edad, el sexo y el lugar de residencia (Sergueyevna G, 2013).

Características sociales del cuidador: son aquellas condiciones culturales de una persona, entre estos indicadores podemos incluir, el estado civil, la ocupación, el ingreso económico y la religión (Voutssas, 2011).

Carga de cuidado: se define como un constructo complejo que se refiere al efecto negativo que tiene el padecimiento en la persona enferma, cuidadores, grupo familiar y la sociedad en general y que puede ser abordado desde las perspectivas de la experiencia de la salud o cuidado, la enfermedad y su costo o de manera mixta (Sánchez et al; 2016).

Apoyo para el cuidado: son aquellos recursos con que se cuenta para abordar las necesidades de cuidado. Este cumple un papel determinante como efecto mediador dentro de las experiencias vitales estresantes y la enfermedad y puede reducir significativamente el impacto percibido por esta última, encontramos entre ellos el apoyo familiar, apoyo religioso, psicológico, económico y social (Sánchez et al; 2016).

Competencia para el cuidado: hace referencia a la capacidad, habilidad y preparación que el cuidador familiar tiene para ejercer la labor de cuidar en el hogar, de esta manera a través de la literatura se trató la competencia bajo seis dimensiones principales que son: conocimiento, unicidad, instrumental, disfrutar, anticipación y relación e interacción social las cuales se describen a continuación (Carrillo et al; 2015).

Conocimiento: está relacionada con el aspecto cognitivo que se refiere a todos aquellos saberes, nociones o ideas que posee una persona para cuidar de otra (Carrillo et al; 2015).

Unicidad: hace alusión a todas aquellas características únicas, tanto internas como de personalidad, la cual representa la base fundamental para afrontar la enfermedad y afrontar el rol como cuidador (Carrillo et al; 2015).

Instrumental: es enfocada a las habilidades y destrezas que tiene el cuidador para atender las labores del cuidado (Carrillo et al; 2015).

Disfrutar: aborda el grado de bienestar con el que cuenta el cuidador para asumir el cuidado en el hogar, engloba aquellos aspectos básicos de la vida cotidiana, así como la satisfacción personal relacionada con la calidad de vida percibida (Carrillo et al; 2015).

Anticipación: se refiere a las ideas que tiene pensado realizar el cuidador con el fin de anticiparse a todas aquellas necesidades para el cuidado de la persona, mediante la planeación y anticipación ante la ocurrencia de un evento inesperado, la preparación para un examen y la identificación de riesgos (Carrillo et al; 2015).

Relación e interacción social: hacen alusión a aquellos elementos o factores externos que favorecen y fortalecen la labor de cuidado, estos pueden incluir aquellas redes primarias o secundarias de apoyo (Carrillo et al; 2015).

1.3.2 Definición Operacional de Términos

En este apartado se definirán todas las variables contempladas de los instrumentos a utilizar, con el fin de determinar los indicadores para la medición de estas e interpretar los datos obtenidos, los cuales se describen a continuación.

Tabla 1

Definición operaciones de las variables de estudio

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Valor
Sexo	Condición biológica del cuidador que se diferencia entre masculino y femenino	Cédula de datos sociodemográficos	1.Masculino 2.Femenino
Residencia	Se refiere al tipo de espacio en donde permanece viviendo el cuidador actualmente	Cédula de datos sociodemográficos	1.Urbano 2. Rural

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Valor
Edad	Tiempo que ha vivido el cuidador o la persona cuidada desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista	Cédula de datos sociodemográficos	17 años a menos
			18 – 22 años
			23 – 27 años
			28 – 32 años
			33 – 37 años
			38 – 42 años
			43 – 47 años
			48 – 52 años
			53 – 57 años
			58 – 62 años
Escolaridad	Ultimo grado de estudios referido por el cuidador	Cédula de datos sociodemográficos	1.Ninguno
			2.Primaria
			3.Secundaria
			4.Bachiller
			5.Carrera profesional

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Valor
Estado civil	Situación del cuidador determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cédula de datos sociodemográficos	1.Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Otro
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña el cuidador	Cédula de datos sociodemográficos	1.Labores del hogar 2.Empleado 3.Trabajo independiente 4.Estudiante 5.Otros

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Valor
Parentesco	Lazos consanguíneos o no consanguíneos que unen al proveedor de cuidados con la persona enferma por SARS-CoV 2	Cédula de datos sociodemográficos	1.Esposo 2.Madre / Padre 3.Hijo (a) 4.Abuelo (a) 5.Amigo (a) 6.Otro
Salario mensual	Suma de dinero que recibe de forma periódica el cuidador como pago de algún trabajo realizado	Cédula de datos sociodemográficos	1.Menor a 4 mil pesos 2. Entre 4500 y 9 mil pesos 3.Entre 9 mil y 18 mil pesos
Religión	Conjunto de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural del cuidador	Cédula de datos sociodemográficos	1.Catolico 2.Cristiano 3.Evangelico 4.Otros 5. Ninguno

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Valor
Enfermedades crónicas presentes	Afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta que padece el cuidador y la persona receptora de cuidados	Cédula de datos sociodemográficos	1.Diabetes 2.Hipertension 3.Obesidad 4.Otros 5.Ninguna
Cuidadores	Afirmación o negación de la existencia de uno o más personas proveedoras de cuidado a la persona enferma	Cédula de datos sociodemográficos	1.Si 2.No
Tiempo de cuidado.	Horas que el cuidador dedica al cuidado de la persona enferma en un día de 24 horas	Cédula de datos sociodemográficos	1. 1-4 horas 2. 5-8 horas 3. 9-12 horas 4. 13-16 horas 5. 17-20 horas 6. 21-24 horas

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Valor
Carga de cuidado	Sensación de cansancio, aflicción, pesar y angustia por llevar a cabo las actividades de cuidado referidas por el cuidador	Cédula de datos sociodemográficos	1.Baja 2.Moderada 3.Alta 4.Muy alta
Medios de información y comunicación	Uso de las tecnologías de la comunicación y de la información por parte de cuidador para el cuidado de la persona enferma	Cédula de datos sociodemográficos	1.Si 2.No
Nivel de apoyo con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación	Valor asignado por el cuidador de acuerdo con la percepción de apoyo para el cuidado de la persona enferma de SARS-CoV-2	Cédula de datos sociodemográficos	1.Bajo 2.Medio 3.Alto

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Valor
Redes de apoyo (apoyo psicológico, familiar religioso, económico y social)	Nivel de satisfacción de acuerdo con los apoyos proporcionado a la persona receptora de cuidados	Cédula de datos sociodemográficos	1 mínimo nivel de satisfacción a 4 máximo nivel de satisfacción
Redes de apoyo (apoyo social)	Nivel de satisfacción de acuerdo con el apoyo social proporcionado a la persona receptora de cuidados	Cédula de datos sociodemográficos	1 mínimo nivel de satisfacción a 4 máximo nivel de satisfacción
Bienestar (físico, psicológico emocional, espiritual y social)	Grado de bienestar del cuidador percibido durante el ejercicio de su labor como cuidador en distintos aspectos	Cédula de datos sociodemográficos	0 mínimo nivel de bienestar a 4 máximo nivel de bienestar

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Valor
Prioridad para recibir información del cuidado a través del uso del tic (radio, televisión, computadora, internet)	Calificación de utilidad para el uso de las TIC como medios para recibir información de cuidado en personas con SARS- CoV-2	Cedula de datos sociodemográficos	1 el menos útil a 5 el más útil
Competencia de cuidado (conocimiento, unicidad, instrumental, disfrutar, anticipación y relación e interacción social)	Autoreporte de competencias de cuidado. percibidas durante su labor como cuidador	Instrumento CUIDAR (Mabel, Sanchez y Arias. 2015)	1 Casi nunca o nunca 2 Pocas veces 3 Con frecuencia 4 Casi siempre o siempre

1.4 Estudios Relacionados

Lilleheie et al. (2020) realizaron un estudio cualitativo fenomenológico con el fin de explorar las experiencias de pacientes ancianos y cuidadores informales en los

primeros 30 días después del alta del paciente. Con una participación de 18 pacientes geriátricos y 13 cuidadores informales, aplicaron entrevistas semiestructuradas de preguntas abiertas. Resultados: el análisis de la información destacó un tema principal “la tensión entre los sentimientos de carga y ser una carga” de los cuales derivaron 4 temas principales.

El primer tema englobado como “cerrando la brecha” en donde los cuidadores y pacientes expresaron incertidumbre por la falta de información de los servicios de salud y sobre el estado del paciente, haciendo el cuidado oneroso. El segundo tema “la familia es familia” los participantes y cuidadores expresaron que la reciprocidad con respecto al cuidado y apoyo se ve influenciado por las relaciones sociales entre el cuidador y el paciente. El tercer tema abordado como “nunca es suficiente” en donde los cuidadores enfatizaron el tiempo elevado dedicados al cuidado del paciente, por otra parte, los pacientes manifestaron ser conscientes de la situación por lo que en ocasiones disfrazaban su estado de salud para limitar la carga de cuidado. El cuarto tema “estrés y angustia” los cuidadores y los pacientes expresaron las situaciones de estrés negativo debido a las responsabilidades del cuidado y de las necesidades no satisfechas. Los sentimientos de sobrecarga fueron mencionados por los cuidadores informales mientras que los pacientes expresaron sentimientos de culpa por sobrecargar al cuidador (Lilleheie et al, 2020).

De acuerdo con esto ellos concluyeron que ambos grupos enfrentan tensiones dentro de sus roles, en donde el brindar el cuidado puede resultar exhaustivo. Es importante que se reconozca el papel del cuidador para mejorar una adecuada asistencia sanitaria, así mismo el cuidado puede resultar positivo cuando las acciones del cuidador

a la persona se hacen por altruismo y no por obligación o por norma familiar (Lilleheie et al, 2020).

Mirzaei et al. (2020) realizaron un estudio descriptivo transversal con 210 cuidadores familiares de pacientes hospitalizados y ambulatorios por COVID-19 con el objetivo de evaluar la carga de atención de los cuidadores familiares de pacientes con COVID-19 dados de alta del Hospital 22nd-Bahman en la ciudad de Khaf, en el este de Irán. Resultados: la mayoría de los cuidadores familiares de los pacientes hospitalizados eran hombres (60 %) en cambio en los pacientes ambulatorios la mayoría fueron mujeres (73 %) ($p > .001$). La mayoría de los cuidadores tanto de pacientes hospitalizados (46.3 %) y ambulatorios (49.6 %) se encontraban entre los rangos de edad de 31-40. El grado de sobrecarga del cuidador fue en su mayoría grave tanto de pacientes hospitalizados (83.2 %) como ambulatorios (93 %), sin embargo, no fue significativamente diferente entre ambos grupos ($p = .28$).

Respecto a la puntuación media de la carga del cuidador objetivo, subjetivo y subjetivo-objetivo en los cuidadores familiares masculinos fue significativamente mayor que en el sexo femenino ($p < .01$), sin embargo, no fue significativamente diferente en las puntuaciones medias de la carga total del cuidador ($p = .85$). La puntuación media de la sobrecarga total del cuidador y sus componentes no difirieron significativamente en los cuidadores familiares estudiados en cuanto a edad, nivel educativo y ocupación ($p > .05$). Por otro lado, hubo significancia estadística en las medias de la carga del cuidador objetiva, subjetiva y objetiva-subjetiva, siendo esta más alta en los cuidadores de pacientes que las de los cuidadores familiares ambulatorios ($p < .001$) (Mirzaei et al, 2020).

Tonin et al; (2020) publicaron un artículo con el objetivo de proponer recomendaciones para la práctica de enfermería domiciliaria en el contexto de la COVID-19. Entre los resultados obtenidos fueron construidas recomendaciones a partir de evidencias científicas actuales para prevención de infecciones, control de epidemias y pandemias en el contexto domiciliario brasileño abarcó obteniendo recomendaciones para el paciente, los cuidadores familiares y para la profesión de enfermería.

Rahimi et al; (2021) realizaron un estudio descriptivo fenomenológico con el objetivo de explorar las experiencias de los cuidadores familiares de pacientes con COVID-19, ellos realizaron una entrevista semiestructurada en 13 cuidadores familiares con experiencia de cuidado domiciliario en pacientes con COVID-19, los resultados principales fueron los siguientes: los cuidadores fueron mayormente mujeres (12 mujeres), la mayoría de ellos era casado (9 cuidadores). En el análisis del estudio se encontró 5 temas principales, que a continuación se describen.

El primer tema principal fue enfocado a la naturaleza de la enfermedad el cual se refería a la experiencia de los cuidadores sobre el cuidado de un paciente con COVID-19, en donde los cuidadores refirieron sentimientos de desesperanza, miedo y estrés por las fluctuaciones de los síntomas, así mismo manifestaron sentir ansiedad al lidiar con esta enfermedad, por la ambigüedad y la incertidumbre sobre las consecuencias desconocidas y el pronóstico de la enfermedad y la ausencia de un tratamiento específico para la enfermedad (Rahimi et al,2021).

El segundo tema principal fue “necesidades no satisfechas” en el cual los cuidadores expresaron considerar la falta de conocimientos y habilidades de atención como uno de los principales problemas en el cuidado de este tipo de pacientes, otra

problemática abarco la falta de instalaciones de salud, de accesos a los médicos, falta de telemedicina y de centro de asesoramiento y apoyo psicológico. Otra necesidad no satisfecha fue el aspecto económico en donde las cuidadoras de personas enfermas masculinos afirmaron que sus ingresos disminuyeron y por otro lado los gastos aumentaron debido a los costos del tratamiento (Rahimi et al, 2021).

El tercer tema fue relacionado a las experiencias físicas, psicológicas y sociales desagradables entre los que se describieron: problemas físicos, alteraciones de sueño, anorexia, alergias, tristeza, ansiedad, desesperanzas, y sentimientos de rechazo por la sociedad (Rahimi et al, 2021).

El cuarto abordó a los facilitadores de cuidados en donde los cuidadores mencionaron todos aquellos factores que facilitaron el proceso de cuidado entre ellos se encontró el apoyo social por parte de familiares y amigos, los mecanismos adaptativos como el dialogo interno positivo, la distracción, la oración y la confianza en dios y la búsqueda de información de diversas fuentes. Finalmente, el último tema fue enfocado a las experiencias positivas de los cuidadores en donde afirmaron que esta situación de cuidado también promovió la espiritualidad, mejoró la relación con la persona receptora de cuidados y aumentaron el crecimiento personal al afrontar esta experiencia de cuidado (Rahimi et al, 2021).

Abad et al. (2020) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de sintetizar parte de la evidencia hasta ahora publicado respecto al manejo del aislamiento domiciliario por infección por Covid-19, de todos los documentos incluidos se obtuvieron diversas recomendaciones, en su mayoría revisiones realizadas tras el consenso de expertos a nivel internacional y se reagruparon en los siguientes temas.

Características del aislamiento: en este apartado se describieron la duración del aislamiento, el tipo de habitación y el distanciamiento y el momento para aislarse como medida preventiva. Higiene de manos: se menciona las características para realizar la técnica de lavado de manos, así como la duración, los momentos del lavado de manos y los productos que pueden utilizarse para realizar el lavado. Higiene de la tos: hace énfasis en la forma de como toser y estornudar, cubriendo la nariz y boca con pañuelos de un solo uso o hacerlo orientado al codo doblado y el desecho de estos utensilios después de utilizarlos (Abad et al, 2020).

Limpieza: se menciona las superficies que deben ser desinfectadas y otros objetos de uso común (utensilios y ropa), así mismo detallan el tiempo de permanencia del virus en las superficies al no ser desinfectadas y que productos de limpieza se pueden utilizar para la desinfección de superficies. Equipo de protección: en este apartado se especifican el uso de mascarillas y guantes para el cuidado, así como la forma de desecharlos. Hábitos saludables: hace referencia al tipo de alimentación, actividad física, hábitos que deben evitarse, sugerencias para evitar la propagación del virus, así como formas de mantenerse entretenido. Soporte psicosocial: aquí menciona algunos aspectos que deben tomarse en cuenta como la activación del voluntariado de la comunidad para ayuda en las necesidades básicas del hogar, así como la importancia de contar con soporte emocional. Soporte asistencial: en este apartado se realizan recomendaciones para la monitorización del paciente en el hogar, solicitar la ayuda mediante soporte telefónico a fin de evitar la propagación del virus y solicitar ayuda presencial en caso de ser necesario. Poblaciones vulnerables: a fin de evitar la exposición en personas vulnerables se recomiendan extremar las medidas y maximizar todas las

recomendaciones anteriores en caso de que la persona vulnerable cohabite con la persona enferma (Abad et al, 2020).

En un artículo de revisión elaborado por Alcázar et al; (2021) abordan las recomendaciones generales para los responsables del cuidado domiciliario para pacientes diagnosticados con COVID-19. Se aborda la epidemiología general de la enfermedad por SARS- CoV-2, (signos y síntomas, diagnóstico, clasificación clínica de los pacientes enfermos por COVID-19), así como tratamiento sintomático en pacientes con síntomas leves. Así mismo menciona un de los temas que destacan es las recomendaciones para la atención en el domicilio de pacientes por COVID- 19.

La recopilación de esta información fue realizada con base a los protocolos establecidos de diferentes países y ministerios de salud. Indicaciones para el paciente aislado: la literatura recopilada menciona características sobre la habitación para la persona enferma, la cual deberá ser individual, ventilada, reduciendo los espacios compartidos como cocina y los servicios higiénicos. Deberán de preferencia existir utensilios o recipientes para el depósito de basura, que tendrán que ser desinfectados contantemente. Así mismo se describen las medidas sanitarias generales como uso de mascarilla quirúrgica, lavado de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas y empleo de utensilios individuales para el aseo y la higiene, otros cuidados se mencionan con respecto a la dieta, la alimentación materna y uso de fármacos durante la enfermedad. La higiene de la habitación se recomienda que sea realizada por la misma persona enferma cuando esta se encuentra con buena salud (Alcázar et al, 2021).

Las recomendaciones en síntesis para el cuidador principal se enfocan en características del cuidador y tareas a realizar como: el cuidador deberá ser de

preferencia una persona que goce de buena salud, sin enfermedades crónicas que afecten su respuesta inmunitaria y capaz de comprender las instrucciones de cuidado emitidas por los sistemas de salud, encargada de la auto vigilancia ante la aparición de signos de alarma para solicitar ayuda de inmediato. Deberá tomar las mismas medidas sanitarias como: uso y desecho correcto del equipo de protección, lavado correcto y frecuente de manos, sana distancia, sugerencias para evitar la propagación a otras personas. Para los demás miembros del hogar se sugiere mantenerlos informados de la situación de salud del paciente, al igual se deberán mantener con auto vigilancia ante la aparición de síntomas de COVID-19, se sugiere que se evite el mínimo contacto entre ellos y la persona enferma y su entorno, con la implementación de las mismas medidas sanitarias, usando de manera adecuada los desinfectantes para la adecuada limpieza y desinfección en el hogar, incluyendo el manejo de la ropa, sábanas, toallas, platos y cubiertos usados por el paciente. El manejo de residuos deberá ser con el uso del equipo de protección personal, ningún objeto usado por el paciente debe salir de la habitación sin ser desinfectado, la basura generada debe depositarse adecuadamente en bolsas con técnicas que limiten la posibilidad de ser manipulada y en donde una vez almacenada en lugar seguro, fuera del alcance de los niños y mascotas, se desechará en un tiempo no menor de 72 horas. Durante el proceso se debe evitar el contacto directo con los residuos y siempre realizar la higiene de manos antes de estos procesos. Se recomienda concluir con el aislamiento luego de que hayan pasado diez días desde la aparición de los síntomas y haya pasado 24 horas sin fiebre, además de existir mejoría con los síntomas del COVID-19. Si la persona fue asintomática y con resultado positivos de COVID-19 se recomienda culminar con el aislamiento 10 días desde que la prueba viral dio

positivo. De acuerdo con la revisión de la literatura realizada por estos autores, ellos concluyen que el seguimiento adecuado de estas recomendaciones ayuda a la reducción de contagios por COVID-19, reduciendo así mismo la saturación de los sistemas sanitarios a nivel mundial (Alcázar et al, 2021).

Navarrete et al, (2020) realizaron un estudio observacional descriptivo con el objetivo de conocer el perfil de 92 cuidadores de adultos mayores en situación de pandemia por SARS-COV-2, entre sus principales resultados encontraron una prevalencia del sexo femenino (95.7 %), el grado de escolaridad de los cuidadores fue en un 35 % personas con grados técnicos en salud, 32 % con escolaridad primaria y 25 % secundaria. Los cuidadores en un 88 % refirieron no tener formación para el cuidado del adulto mayor, así mismo el 77.2 % negaron tener capacitación en el lavado de manos y un 96.7 % no tenían capacitación en el manejo del estrés del adulto mayor. También los cuidadores manifestaron no contar con información sobre los cuidados en el adulto mayor frente a la pandemia, a la entrevista también se identificó que en su mayoría no contaban con alcohol gel (92.4 %) y mascarillas (80.4 %). Como últimas características del cuidador el 1.1 % hacia un cambio de su ropa al llegar a su hogar y resto realizaba el cuidado con la misma ropa.

Dixe et al; (2019) realizaron un estudio descriptivo transversal en 143 cuidadores informales con el fin de conocer mejor las necesidades y competencias del cuidador informal al cuidar de una persona dependiente en los diferentes dominios de cuidado. Resultados: la edad promedio de los cuidadores fue de 58 años, el 67.8 % de los cuidadores vive con el paciente en el mismo hogar, el 75.4 % cuenta con la ayuda de otra persona para ayudarlo a cuidar al paciente, el 38.5 % de los cuidadores cuenta con

educación primaria, la mayoría de los cuidadores fue del sexo femenino (81.1 %) y fue el hijo principalmente el que brindaba los cuidados (50.3 %). En este estudio se realizó estadística inferencial con la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney sobre las habilidades de los cuidadores en función del sexo del cuidador, en donde los resultados fueron los siguientes: en la comparación con ambos grupos tanto los cuidadores femeninos y masculinos en relación con las habilidades como el manejo de los síntomas y la movilidad tuvieron un menor nivel, sin embargo, los resultados no demuestran significancia estadística, la única habilidad de autocuidado con significancia estadística fue la higiene sanitaria en donde las mujeres se autoevaluaron como más capaces que los hombres ($U=170.500$; $p = .041$).

Se realizaron correlaciones entre el género del cuidador y las habilidades de cuidado en donde a mayor edad del cuidador, se percibió con menos capacidad de brindar cuidados en los siguientes dominios de cuidado: alimentación ($r_s = -.241$; $p = .004$); movilidad ($r_s = -.210$; $p = .012$); transferencia ($r_s = -.169$; $p = .044$); medicación ($r_s = -.279$; $p = .001$); manejo de los síntomas ($r_s = -.370$; $p = .000$); comunicación ($r_s = -.288$; $p = .000$). Así mismo a pesar de tener experiencia de cuidado no les facilitó tener mayor capacidad de cuidado, a excepción del área de autocuidado en el manejo de la medicación ($U = 364.000$; $p > .01$). En este estudio se encontró un alto porcentaje de los cuidadores recibió información para el autocuidado sobre la enfermedad padecida (82.3 %), el 80.4% información del manejo de la medicación (Dixe et al, 2019).

En cuanto a la información requerida entregada a los cuidadores para ayudarlos en el autocuidado, encontramos que el porcentaje es mayor en la información brindada sobre la enfermedad padecida (82.3 %) y en el autocuidado del manejo de la medicación

(80.4 %), también se destaca que muy pocos recibieron información sobre áreas de autocuidado como el baño (26.4 %) vestirse (26.6 %) y los cuidadores refirieron no recibieron información sobre apoyo económico (39.9 %) y equipamiento auxiliar (28 %). Este estudio menciona que el profesional de salud es una de las fuentes principales que brindó información al cuidador (Dixe et al, 2019).

Siltanen et al. (2019) realizaron una revisión sistemática de estudios cualitativos con el objetivo de identificar y sintetizar la evidencia existente sobre las experiencias y expectativas de la consejería de autocuidado de familiares adultos que son cuidadores informales de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el contexto de un paciente hospitalizado o ambulatorio. Seleccionaron diez artículos de investigación cualitativa para su revisión en donde sus hallazgos principales fueron los siguientes.

La primera categoría fue “las experiencias de los miembros de la familia con el comportamiento insensible de los profesionales de la salud”, en donde algunos cuidadores mencionaron que el personal de salud no reconocía la labor que realizaban como cuidadores informales y no mostraban preocupación por las necesidades del cuidador (Siltanen et al, 2019).

La segunda categoría fue “experiencias de los miembros de la familia sobre las necesidades insatisfechas en la consejería de autocuidado”, en donde los cuidadores informaron que no recibían información suficiente para la autogestión de cuidado lo que provocaba miedo e incertidumbre al ayudar y responder al cuidado de su familiar con EPOC (Siltanen et al, 2019).

La tercera categoría “las necesidades de información de los miembros de la familia sobre el manejo de la EPOC”, evidenciado por los participantes por la necesidad de conocimientos sobre la disnea, la progresión de la enfermedad y las ayudas existentes para el cuidado (Siltanen et al, 2019).

La última categoría “las necesidades de información de los familiares sobre las estrategias de afrontamiento”, haciendo alusión sobre las necesidades de conocimiento sobre el actuar del cuidador cuando los síntomas empeoran, así como las distintas fases de evolución de la enfermedad a través del tiempo, para saber que esperar y así reducir el estrés del cuidador (Siltanen et al, 2019).

Farquhar et al. (2017) realizaron un estudio cualitativo en un paciente que sufre disnea en una enfermedad avanzada, con el objetivo de identificar las necesidades de conocimiento expresados por los cuidadores. Resultados: mediante la entrevista ellos identificaron 6 temáticas de las cuales estaban interesadas en aprender los cuidadores, el primer fue “comprender la dificultad para respirar” para comprender las causas de la disnea y la experiencia de la disnea, el segundo tema abarco el manejo de la ansiedad, el pánico y la falta de aliento para reconocer el pánico y como responder correctamente para el manejo de la disnea, el tercer tema fue el manejo de infecciones para responder mejor a las infecciones y evitarlas. El cuarto fue “mantenerse activo” en donde los cuidadores expresaron el deseo de orientación práctica para ayudar a la persona con disnea a mantener activo. El quinto tema fue “viviendo positivamente” para saber cómo mantener una buena calidad vida con estrategias para realizar actividades juntos (paciente- cuidador) que fueran adecuadas y así también aumentar la confianza en el paciente. El último tema fue “que esperar en el futuro” con el fin de que los cuidadores

estuvieran preparados y anticiparse en los posibles trayectos o desenlaces de la dificultad para respirar.

1.5 Objetivo General

Determinar las competencias para el cuidado en el hogar de personas que proveen cuidados en el domicilio a una persona con COVID-19.

1.5.1 Objetivos Específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de los cuidadores.
2. Medir el nivel de competencia de cuidado de personas que proporcionan cuidados en el hogar a una persona con COVID-19.
3. Determinar la relación entre las características sociodemográficas del cuidador y la competencia de cuidado en el hogar.

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño de Estudio

Para dar respuesta a los objetivos planteados se propuso un diseño descriptivo, correlacional, transversal (Grove y Gray, 2019).

Con base a los objetivos planteados fue descriptivo y transversal ya que se determinó la situación de las variables en un tiempo específico y determinado, describiendo la frecuencia, presencia o ausencia de estas, mediante la observación, sin explicaciones de causalidad entre las variables.

Fue correlacional ya que determinó la relación estadística existente entre las variables del instrumento de caracterización y el instrumento para medir la competencia de cuidado sin la manipulación de ninguna de ellas.

2.2 Población

La población de interés estuvo constituida por cuidadores informales que brindaron cuidados a personas con resultado positivo a COVID-19 que fueron dadas de alta del hospital con seguimiento de cuidados en el hogar o referidos directamente a confinamiento en el domicilio de las unidades de salud pertenecientes a la jurisdicción 09 de estado de Puebla, se tomaron en cuenta cuidadores de ambos sexos en un rango de edad de 18 a 64 años.

2.3 Muestra y Muestreo

La muestra se determinó mediante el análisis de potencia, con un tamaño de efecto de .30, un poder estadístico de .80, con un nivel de significancia de $\alpha = .05$, la muestra quedó conformada por 130 participantes (Grove Y Gray, 2019).

El muestreo se realizó por conveniencia; la selección se hizo guiado por los criterios de inclusión. Las fuentes de reclutamiento fueron personas atendidas en las unidades de salud de la jurisdicción 09 del estado de Puebla.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de Inclusión

Se incluyeron a personas cuidadoras en el hogar de personas con COVID-19, dentro del rango de edad de 18 a 64 años, que desearan participar en el estudio, que firmaron el consentimiento informado y que recibieron atención de las unidades de salud de la jurisdicción 09 de Tepexi de Rodríguez.

2.4.2 Criterios de Exclusión

Se excluyeron a aquellos cuidadores de personas con factor de mal pronóstico de COVID- 19, que fueran menores de 18 años o mayores de 65 años, que presentaran alguna enfermedad que no les permitiera contestar el instrumento correctamente o sin disponibilidad de colaboración.

2.4.3 Criterios de Eliminación

Se eliminaron a cuidadores con mal estado clínico, que desearon ya no participar en el estudio, que presentaron algún malestar y decidieron retirarse y que no contestaron en su totalidad los instrumentos.

2.5 Instrumentos de Recolección de Datos

Las mediciones de lápiz y papel, realizadas en los cuidadores familiares fueron aplicadas a través de la aplicación de la encuesta de caracterización del cuidador y el instrumento de valoración de competencias para el cuidado de Carrillo et al. (2015) los cuales se describen a continuación.

El primer instrumento utilizado fue la “Encuesta de Caracterización del Cuidador GCPC-UN-P” (Barrera et al; 2015), el cual valora tres dimensiones: las condiciones del paciente y su perfil sociodemográfico (edad, ocupación, grado académico, salario, entre otros), la percepción de carga y apoyo (apoyo social, psicológico, familiar, religioso percibidos, carga del cuidador) y los medios de información y comunicación (medios utilizados para el cuidado y prioridad para recibir información de cuidado, sin embargo se retiraron algunos ítems correspondientes a la dimensión de información y comunicación).

La competencia del cuidador en el hogar se midió con el cuestionario consta de 60 preguntas que se miden a través de una escala tipo Likert con puntuaciones que van de 1 a 4 (1= nunca, 2 = pocas veces, 3 = con frecuencia y 4 = casi siempre o siempre). El instrumento cuenta con pruebas de validez y tiene un alfa de Cronbach de .84, contiene 6 dimensiones que se ordenan bajo el acróstico CUIDAR.

Conocimiento: se refiere a la información que tiene el paciente respecto a la enfermedad, tratamiento, manejo de dispositivos y equipos durante el egreso del paciente, y conocimiento sobre actividades básicas de la vida diaria, en esta dimensión las preguntas corresponden a los ítems 1-10.

Unicidad (condiciones personales): son las características tanto internas como de personalidad, 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 como persona enferma o cuidador, en esta dimensión los ítems correspondientes corresponden al rango de preguntas del 11 - 22.

Instrumental: corresponde a las habilidades y destrezas, así como las competencias para realizar las labores del cuidado, los ítems abordan desde la pregunta 23 a la número 30.

Disfrutar (Bienestar): permite reconocer el grado de bienestar que se tiene para comprender cómo se asume la responsabilidad del cuidado en casa, las preguntas correspondientes constan del rango 31-42.

Anticipación: se incluye en esta dimensión las nociones e ideas que se tienen pensando en anticiparse a todas aquellas necesidades que pueda presentar la persona con enfermedad crónica en un futuro, la planeación ante la ocurrencia de un evento inesperado, la preparación para un examen y la identificación de riesgos, esta dimensión cuenta con 6 preguntas del rango 43-48.

Relación e Interacción Social: se refiere a las relaciones sociales, así como las redes de apoyo primarias y secundarias que se tienen y hacen parte del diario vivir, que se constituyen como factores que favorecen el fortalecimiento de la labor de cuidado, finalmente la última dimensión abarca el rango de preguntas 49-60.

2.6 Procedimiento de Recolección de Datos

El protocolo de investigación fue registrado en la Secretaría Académica de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), una vez aprobado se sometió a revisión por parte del Comité de Ética de Investigación de la Facultad.

Para la integración de los participantes al estudio, se identificó a las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de COVID-19 que acudían a la unidad de salud al área de urgencias, consulta externa o en campañas de vacunación de covid-19 en donde

se dialogó con el cuidador principal invitándolo a participar en el estudio explicando los aspectos éticos en su participación, así mismo para obtener mayor respuesta de la población se realizó difusión en redes sociales y durante las campañas de vacunación de COVID-19. La recolección de la muestra se realizó durante el periodo enero 2021 - junio 2021, se hizo la selección de los cuidadores tomando en cuenta los criterios de selección, los participantes firmaron el consentimiento firmado, así mismo por motivos de seguridad por la pandemia se acordó con cada cuidador la aplicación de los instrumentos por vía telefónica de acuerdo con los horarios disponibles de los cuidadores. En la aplicación de los instrumentos de cada llamada programada con los cuidadores, se explicaba nuevamente la responsabilidad y los objetivos del estudio, informando que la información recabada es obtenida y manipulada de manera confidencial y con fines científicos, se tomaron las medidas necesarias para permitir la privacidad de los sujetos, bajo los principios básicos de ética, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia con énfasis en el anonimato; la duración de las llamadas telefónicas osciló entre 17- 40 minutos. Una vez que se concluyó la entrevista se agradeció a los participantes por su colaboración y disposición de tiempo en este estudio.

2.7 Ética del Estudio

Este estudio de investigación se realizó bajo las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (2014) de acuerdo con el título segundo de los aspectos Éticos de la Investigación en los Seres Humanos. Del capítulo I, sobre las Disposiciones Comunes, menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13). La Investigación que se realice en

seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica, contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; así mismo contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables, se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud (artículo 14, fracción I, V, VII Y VIII) además de que se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (artículo 16).

Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, se considera la siguiente investigación: Investigación sin riesgo por ser estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (artículo 17, fracción I).

La Ley General de Salud menciona que se entenderá como consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (artículo 20) y que para que este se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: La justificación y los objetivos de la investigación, los beneficios que puedan obtenerse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento y de la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (artículo 21, fracción I, IV, VI, VII, Y VIII)

2.8. Plan de Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico, se obtuvo primero frecuencias y porcentajes del instrumento de caracterización, así mismo para determinar la competencia de cuidado de los cuidadores se transformaron las variables y se agruparon por dimensiones para su análisis, obteniendo frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. De acuerdo con el objetivo 3 para realizar análisis de correlación entre las variables, primero se realizó la prueba de Kolmogorov- Smirnov para una muestra, la cual arrojó un valor de

K-S = .001. Debido a que la distribución de los datos no mostró normalidad, se realizó estadísticos de correlación no paramétricos (Sperman), se hizo correlación de cada una de las variables del estudio del instrumento de caracterización con las 6 dimensiones de competencia de cuidado del instrumento CUIDAR.

2.9. Variables de Estudio

2.9.1 Características de las Variables

Tabla 2

Variables de estudio y sus características

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Prueba Estadística
Sexo	Dicotómica	Nominal	1.Femenino 2.Masculino	Frecuencias y porcentajes
Escolaridad	Politómica	Ordinal	1.Ninguna 2.Primaria 3.Secundaria 4.Bachiller 5.Universidad	Frecuencias, y porcentajes media, moda y mediana
Ocupaciónn	Politómica	Nominal	1.Labores del hogar 2.Empelado 3.Trabajo dependiente 4.Estudiante 5.Otros	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana.

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Prueba Estadística
Religión	Politómica	Nominal	1. Católico 2. Cristiano 3. Evangelista 4. Otro	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana
Edad del cuidador	Politómica	Intervalo	1. 18-22 2. 23-27 3. 28-32 4. 33-37 5. 38-42 6. 43-47 7. 48-52 8. 53-57 9. 58 o 62 10. 62-67	Frecuencia, porcentajes, media, moda y mediana
Apoyo psicológico	Politómica	Ordinal	1. mínimo apoyo a 5 máximo apoyo	Frecuencia y porcentajes media, moda y mediana

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Prueba Estadística
Apoyo psicológico	Politómica	Ordinal	1 mínimo apoyo a 5. máximo apoyo	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana
Apoyo familiar	Politómica	Ordinal	1 mínimo apoyo a 5 máximo apoyo	Frecuencia y porcentajes, media, moda y mediana
Apoyo religioso	Politómica	Ordinal	1 mínimo apoyo a 5 máximo apoyo	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Prueba Estadística
Apoyo económico	Politómica	Ordinal	1 mínimo apoyo a 5 máximo apoyo	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana
Apoyo social	Politómica	Ordinal	1 mínimo a 5 máximo apoyo	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana
Carga de cuidado	Politómica	Ordinal	1.Muy alto 2.Alta 3.Moderada 4.Baja	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Prueba Estadística
Bienestar físico	Politómica	Ordinal	0 mínimo bienestar a 4 máximo bienestar	Frecuencias porcentajes media, moda y mediana
Bienestar psicológico emocional	Politómica	Ordinal	0 mínimo bienestar a 4 máximo bienestar	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana
Bienestar social	Politómica	Ordinal	0 mínimo bienestar a 4 máximo bienestar	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana
Bienestar espiritual	Politómica	Ordinal	0 mínimo bienestar a 4 máximo bienestar	Frecuencias, porcentajes media, moda y mediana

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Prueba Estadística
Uso de las TIC	Dicotómica	Nominal	1.Si 2.No	Frecuencia y porcentajes
Nivel de apoyo de las TIC	Politómica	Nominal	1.Bajo 2.Medio 3. Alto	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana
Dimensión (conocimiento)	Politómica	Ordinal	1.Casi nunca o nunca 2. Pocas veces 3.Con frecuencia 4.Casi siempre o siempre	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana
Dimensión (unicidad)	Politómica	Ordinal	1.Casi nunca o nunca 2. Pocas veces 3.Con frecuencia 4.Casi siempre o siempre	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Prueba Estadística
Dimensión (instrumental)	Politómica	Ordinal	1.Casi nunca o nunca 2. Pocas veces 3.Con frecuencia. 4.Casi siempre o siempre	Frecuencia, porcentajes, media, moda y mediana
Dimensión (disfrutar)	Politómica	Ordinal	1.Casi nunca o nunca 2. Pocas veces 3.Con frecuencia 4.Casi siempre o siempre	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana
Dimensión (anticipación)	Politómica	Ordinal	1.Casi nunca o nunca 2. Pocas veces 3.Con frecuencia 4. Casi siempre o siempre	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Prueba Estadística
Dimensión (relación e interacción y relación social)	Politómica	Ordinal	1.Casi nunca o nunca 2.Pocas veces 3.Con frecuencia 4. Casi siempre o siempre	Frecuencias, porcentajes, media, moda y mediana

Capítulo III

Resultados

3.1 Confiabilidad del Instrumento

El instrumento CUIDAR cuenta con pruebas de validez y tiene un alfa de Cronbach de .84.

3.2 Perfil Sociodemográfico de los Cuidadores Familiares

En el análisis de los datos recolectados mostrados en la tabla 3, el predominio de cuidadores fue del sexo femenino (80.8 %), el estado civil en su mayoría fue “casados” (46.9 %) seguido de soltero (31.5 %) y unión libre (17.7 %).

Por otro lado 36.2 % de los cuidadores tiene un grado de escolaridad máximo de tipo profesional, seguido de un 26.9 % con secundaria, igualmente se analizaron las ocupaciones de los cuidadores, se encontró que la mayoría de ellos se dedica a las labores del hogar (44.6 %) y con un porcentaje similar, el 41.5 % son empleados.

Tabla 3

Características sociodemográficas de los cuidadores

Variable	<i>f</i>	%
Género		
Masculino	25	19.2
Femenino	105	80.8
Estado civil		
Soltero	41	31.5
Casado	61	46.9
Separado	1	.8

Variable	<i>f</i>	%
Viudo	4	3.1
Unión libre	23	17.7
Escolaridad		
Ninguna	3	2.3
Primaria	22	16.9
Secundaria	35	26.9
Bachiller	23	17.7
Carrera profesional	47	36.2
Ocupación		
Labores del hogar	58	44.6
Empleado	54	41.5
Trabajo independiente	9	6.9
Estudiante	8	6.2
Otros	1	.8

Fuente: elaboración propia. n=130 Instrumento: Encuesta de caracterización del cuidador

(Chaparro, 2014).

La edad de los cuidadores osciló principalmente entre el rango de edad de 53 a 57 años (16.9 %), seguido de los rangos de edad de 23 a 27 años (13.1%) y de 38 a 43 años (12.3 %).

La condición socioeconómica se evaluó de acuerdo con el ingreso mensual de los cuidadores por rangos (tabla 4), la mayoría de los cuidadores tiene un ingreso menor a 4 mil pesos mensuales (63.1 %), los cuidadores se dedican a las labores domésticas sin recibir remuneración alguna. Por otra parte, el 90 % de los cuidadores pertenece a la religión católica.

Tabla 4

Perfil sociodemográfico del cuidador

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
18-22	9	6.9
23-27	20	15.4
28-32	17	13.1
33-37	14	10.8
38-42	16	12.3
43-47	8	6.2
48-52	13	10
53-57	22	16.9
58-62	7	5.4
63-67	4	3.1

Variable	<i>f</i>	%
Ingreso económico mensual		
9 mil o mas	7	5.4
Entre 4500 y 9 mil pesos	41	31.5
Menor a 4 mil pesos	82	63.1
Religión		
Católico	117	90
Cristiano	5	3.8
Evangélico	1	.8
Otros	6	4.6
Ninguno	1	.8

Fuente: Datos Protocolo de Tesis. n=130 Encuesta de caracterización (Chaparro et al, 2014)

Durante el estudio se identificó que el principal parentesco familiar del cuidador, con un 30 % fue el (la) esposo (a) quien cuidaba principalmente a la persona enferma, por otro lado, en la sección de “otro” con un porcentaje igual (30 %) se encontraban familiares como los tíos, suegros, primos, hermanos que resultaron también ser cuidadores principales de sus familiares, así mismo en un 27.9 % fueron los hijos encargados del cuidado en el hogar.

Acerca de los padecimientos con relación a enfermedades crónicas, el 76.9 % de los participantes no presentaba ningún padecimiento crónico mientras tanto en aquellos que afirmaron tener un padecimiento crónico fue la hipertensión arterial, presentada en

mayor proporción por los participantes (10 %), seguida de diabetes (6.9 %) y otros (hipotiroidismo, EPOC, asma, cáncer) con un 6.2 % (tabla 5).

Tabla 5

Perfil sociodemográfico del cuidador

Variable	<i>f</i>	%
Parentesco		
Esposo	42	32.3
Madre/padre	11	8.5
Hijo (a)	36	27.7
Amigo (a)	1	.8
Otro	40	30.8
Enfermedad crónica		
Diabetes	9	6.9
Hipertensión	13	10
Otros	8	6.2
Ninguna	100	76.9

Fuente: elaboración propia n=130 Encuesta de caracterización (Chaparro et al; 2014)

3.3 Estadística Descriptiva

3.3.1 Percepción de Carga y Apoyo

La carga de cuidado expresado por los participantes la calificaron en su mayoría moderada (35.4 %), seguida de alta (26.9%) y muy alta (20.1). Así mismo un gran porcentaje de los participantes dijeron que dedicaban entre 21-24 horas de cuidado al día

(40.8 %), el 20.8 % dedicaba entre 9 a 2 horas de cuidado y con un porcentaje similar (18.5 %) fue entre 5 a 8 horas de cuidado.

Tabla 5

Nivel de carga del cuidador

Variable	<i>f</i>	%
Carga de cuidado		
Muy alta	26	20
Alta	35	26.9
Moderada	46	35.4
Baja	23	17.7
Horas diarias de cuidado		
		.8
1-4 horas	10	7.7
5-8 horas	24	18.5
9-12 horas	27	20.8
13-16 horas	8	6.2
17-20 horas	8	6.2
21-24 horas	53	40.8

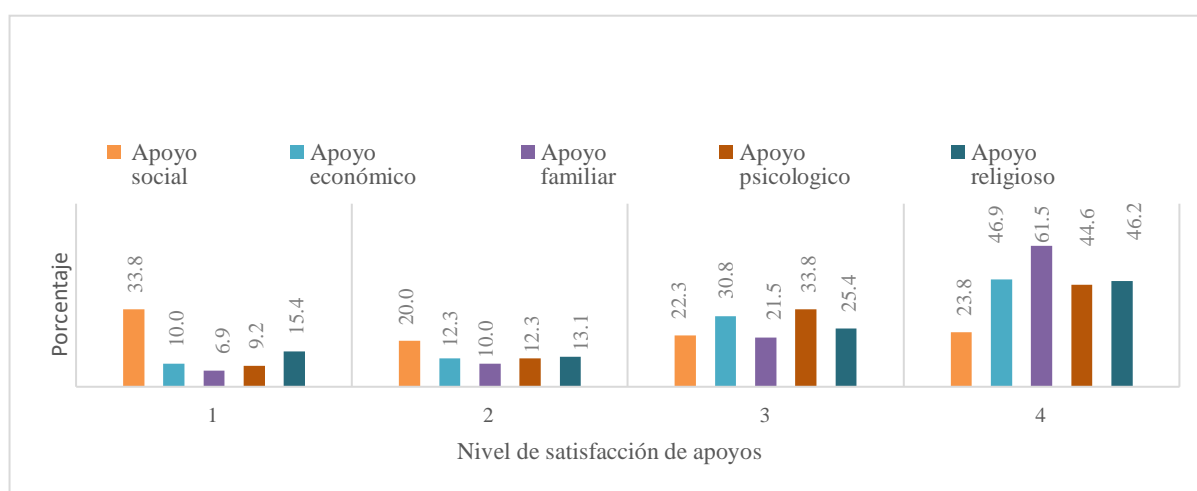
Fuente: Elaboración propia. n=130 Encuesta de caracterización (Chaparro et al, 2014)

Respecto a los niveles de satisfacción de apoyos brindados para el cuidado de la persona con COVID-19, reportados en una escala de 1 a 4 donde a menor puntuación menor satisfacción de apoyo, el nivel de satisfacción de apoyo familiar con calificación de 4 alcanzó uno de los mayores porcentajes con el 61.5 % (figura 1), seguido de nivel

de satisfacción de apoyo económico (46.9 %) y de nivel de satisfacción de apoyo religioso (46.2 %), por otro lado uno de los porcentajes más altos con calificación de 1 correspondió al nivel de satisfacción social. La mayoría de los cuidadores no contaba con apoyo de otro cuidador (64.6 %).

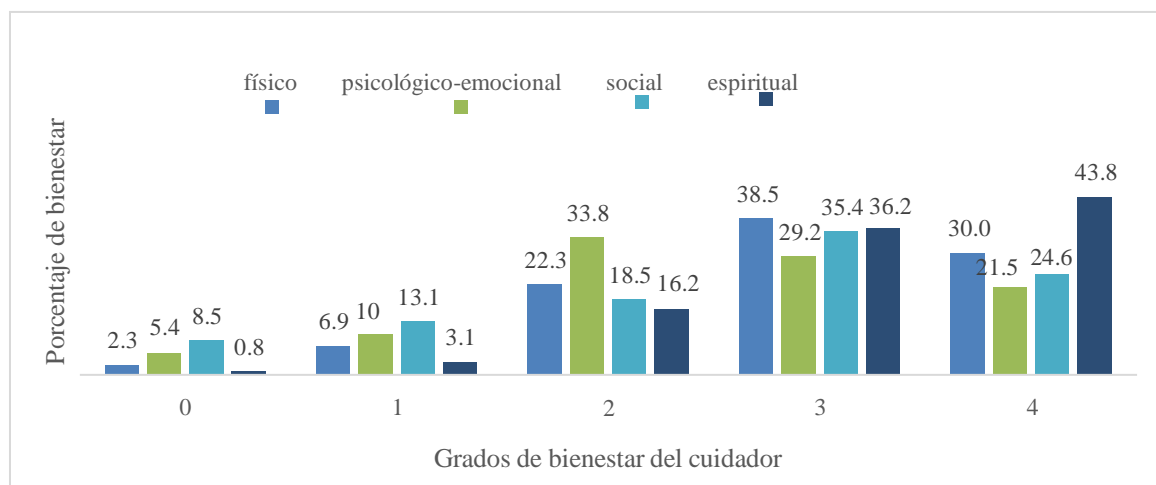
Figura 1

Nivel de satisfacción de apoyos para el cuidado



Fuente: Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónicaGCPC-UN-P, 2015. (n = 130)

Los niveles de bienestar se representan en la figura 2, los cuales fueron referidos por los cuidadores en una escala de 0 a 4 siendo 4, el máximo nivel de bienestar. El bienestar espiritual fue el que mayor calificación tuvo, representando el 43.8 % con calificación de 4, así mismo en calificación de 3 con un porcentaje alto fue el bienestar físico (38.5 %), por otro lado, respecto al nivel psicológico-emocional los porcentajes más altos fueron referidos en una calificación de 2, por lo que fue el más afectado debido a la calificación baja reportada por los cuidadores.

Figura 2*Niveles de bienestar del cuidador*

Fuente: encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica

GCPC-UN-P 2015. (N=130)

3.3.2 Medios de Información y Comunicación

Respecto al nivel de apoyo percibido por los cuidadores con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para el cuidado de su familiar con COVID-19, el 40 % reportó un nivel de apoyo medio, seguido de alto (30.8 %) y bajo (29.2 %). Referente a lo anterior al cuestionarlos sobre el medio más útil para recibir información de cuidado, ellos mencionaron que sería el teléfono (35.4 %) e internet (37.7 %) los medios más prioritarios (tabla 6).

Tabla 6*Nivel de apoyo de las TIC para el cuidado*

Variable	<i>f</i>	%
Apoyo de las TIC		
Bajo	38	29.2
Medio	52	40
Alto	40	30.8

Fuente: Encuesta GCPC-UN-P, 2015. (n=130)

3.3.3 Competencia para el Cuidado

Ahora bien, dentro de los resultados principales de acuerdo a las dimensiones de competencia de cuidado se obtuvieron los siguientes estadísticos (tabla 7): en la primera dimensión (conocimiento) se obtuvo los porcentajes más altos en la opción 4 (casi siempre o siempre) con un 74.6 %, en la siguiente dimensión (unicidad) los resultados arrojaron un 71.5 % con calificación de 4 (casi siempre o siempre), para la dimensión “instrumental” el 85 % lo calificó en la opción 4 (casi siempre o siempre), en la dimensión 4 fue también señalada con el porcentaje más alto con opción 4 (casi siempre o siempre), para la dimensión “anticipación” el porcentaje fue de 73.8 % en calificación de 4 (casi siempre o siempre) y finalmente en la dimensión 6 (relación e interacción social) se obtuvo el porcentaje más alto (96.9 %), en la misma categoría (4= casi siempre o siempre).

Tabla 7*Competencia del cuidado*

Variable	Casi nunca o nunca (*f)	Pocas veces (*f)	Con frecuencia (*f)	Casi siempre o siempre(*f)
Conocimiento	0 % (*0)	.8 % (*1)	24.6 % (*32)	74.6 % (*97)
Unicidad	0 % (*0)	0 % (*0)	28.5 % (*37)	71.5 % (*93)
Instrumental	0 % (*0)	.8 % (*1)	13.8 % (*18)	85.4 % (*111)
Disfrutar	0 % (*0)	.8 % (*1)	31.5 % (*41)	67.7 % (*88)
Anticipación	0 % (*0)	0 % (*4)	26.2 (*34)	73.8% (*96)
Relación e interacción social	0 % (*0)	0 % (*0)	3.1 % (*4)	96.9 % (*126)

Fuente: Instrumento (CUIDAR, 2015) n=130

* = frecuencias

3.4 Prueba de Normalidad

Con el objetivo de determinar el tipo de análisis para la estadística inferencial, se realizó una prueba de normalidad de distribución de los datos, tomando en cuenta el número total de la muestra (n=130), por lo que se sometieron a análisis a través de la

prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov- Smirnov. Los resultados se agruparon por dimensiones de cuidado de la siguiente forma (tabla 8).

Tabla 8

Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las variables de estudio

Variable	M	DE	Valor mínimo	Valor máximo	K-S	Valor de p
Dimensión 1	3.74	.458	2	4	.452	<.001
Dimensión 2	3.72	.453	3	4	.450	<.001
Dimensión 3	3.85	.383	2	4	.510	<.001
Dimensión 4	3.67	.488	2	4	.428	<.001
Dimensión 5	3.74	.441	3	4	.462	<.001
Dimensión 6	3.97	.173	3	4	.540	<.001

Nota: M = media; DE = desviación estándar; K-S = Komogorov- Smirnov; p = significancia estadística n= 130

Los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov reflejaron valores <.005, que concluyen que los datos no expresan una distribución normal. Por lo consiguiente se eligió el uso de estadística no paramétrica para su análisis inferencial.

3.5 Estadística Inferencial

Como uno de los objetivos propuestos para determinar la correlación entre las variables de estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Sperman. En donde se encontraron asociaciones entre el conocimiento con las variables escolaridad, nivel de apoyo de las tecnologías de la información y la comunicación, en donde a mayor escolaridad y apoyo de las TIC fue mayor competencia de cuidado en la dimensión de

conocimiento. En la dimensión unicidad, las relaciones fueron las siguientes: a mayor satisfacción de apoyo psicológico y mayores niveles de bienestar espiritual y psicológico emocional, existe mayor competencia de cuidado en la dimensión unicidad. Para la dimensión instrumental la principal asociación se encontró en que a mayor apoyo de las TIC mayor competencia de cuidado en la dimensión instrumental. Por otro lado, las asociaciones en la dimensión disfrutar se encontró que, al incrementarse los niveles de satisfacción de apoyo psicológico, económico y niveles de bienestar psicológico emocional y físico, se incrementa la competencia de cuidado en la dimensión “disfrutar”. En la dimensión anticipación la relación se encontró con la variable “nivel apoyo de las TIC” en donde a mayor nivel de apoyo de las tecnologías de la información y la comunicación en mayor la anticipación de cuidado. Finalmente, las relaciones para la última dimensión (relación e interacción social) fueron las siguientes: a mayor nivel de satisfacción de apoyo económico y religioso y mayor nivel de bienestar espiritual existe mayor competencia de cuidado en la dimensión de relación e interacción social (tabla 9).

Tabla 9

Correlación entre las competencias de cuidado y el instrumento de caracterización del cuidador

Variables	Conocimiento Rs	Unicidad Rs	Instrumental Rs	Disfrutar Rs	Anticipación Rs	Relación e interacción Rs
Escolaridad	.217*					
Nivel de apoyo económico						.327**
Nivel satisfacción de apoyo psicológico		.218*		.327**		
Nivel satisfacción religioso						.259*
Nivel satisfacción de apoyo económico				.249*		

Fuente: Elaboración propia

n=130

Variables	Conocimiento Rs	Unicidad Rs	Instrumental Rs	Disfrutar Rs	Anticipación Rs	Relación e interacción Rs
Nivel bienestar físico				.336**		
Nivel bienestar espiritual		.266*				.290**
Apoyo de las TIC	.229*		.251*		.264*	
Nivel bienestar psicológico emocional		.229*		.300**		

Fuente: Elaboración propia

n=130

Capítulo IV

Discusión

En los hallazgos de este estudio se observó un alto índice de cuidadores del sexo femenino, que concuerdan con estadísticas proporcionadas por el INEGI (2019) y datos internacionales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020), así como estudios como el de Navarrete et al. (2020), en donde las mujeres fungen como principales proveedoras de cuidados en el hogar.

Con relación a la escolaridad los datos discrepan a los encontrados por Pinzón y Carrillo (2016) en donde los familiares presentaron educación media en un 50.8 %, a diferencia de este estudio en donde se reportó mayor porcentaje de cuidadores con estudios de tipo profesional.

En cuanto al parentesco del cuidador con el receptor de cuidados, existe mucha variabilidad, por ejemplo, Pinzón y Carrillo (2016) reportaron en un estudio, en el que el hijo es quien mayormente brinda los cuidados a comparación de esta investigación donde fueron los esposos los principales cuidadores.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2021) mencionan que algunas de las personas más susceptibles a desarrollar enfermedad grave por COVID-19 son aquellas con presencia de alguna enfermedad crónica, los lineamientos y recopilaciones de estudios con recomendaciones para el cuidado en el hogar de personas con COVID-19 como el de Alcázar et al; (2021) recomiendan que los cuidadores sean personas preferentemente sanas, en este estudio alrededor de una cuarta parte de los cuidadores (23.1 %) tenían alguna enfermedad crónica, presentando mayores riesgos para su salud en caso de contagio (Abad et al; 2020).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020) menciona como el cuidado no remunerado se ha incrementado debido a la crisis por la pandemia, por lo que supone una carga de cuidado mayor en personas que enfrentan esta enfermedad en el hogar por las diversas implicaciones y restricciones existentes durante el cuidado sumando también el miedo al contagio entre la familia. El nivel de percepción de carga del cuidado fue en su mayoría reportada como moderada, lo que es similar en otros estudios realizados (Pinzón & Carrillo, 2016; & Lilleheie et al, 2020). Así mismo Mirzaei et al. (2020) reportan resultados parecidos, pero con niveles más altos de sobrecarga en su investigación.

En cuanto a la competencia para el cuidado los resultados mostraron que los cuidadores tienen niveles satisfactorios en las diferentes dimensiones de cuidado, estos resultados son discrepantes en comparación con estudios realizados (Lilleheie et al, 2020; Rahimi et al, 2021; Navarrete et al, 2020; Siltanen et al, 2019; Dixe et al, 2019; Farquhar et al, 2017), en donde los cuidadores reportaron tener poca información de cuidado para el cuidado durante la pandemia.

Existe un alto nivel de información sobre las diferentes medidas y cuidados que se debería llevar en el hogar en personas con COVID-19 (Abad et al, 2020; Alcázar et al, 2021; Tonin et al, 2020), en algunos casos en donde quizás los cuidadores no reciben capacitación sobre los cuidados que deben llevarse en la enfermedad podría entonces relacionarse que aun así, los cuidadores presentan niveles de competencia de cuidado satisfactorias debido a la existencia de diferentes fuentes de información que existen hoy en día, como el uso del celular, la computadora, la radio, televisión, etc.

4.1 Conclusiones

Los cuidadores se caracterizaron por ser en predominio mujeres, entre en rango de edad de 53-57 años, con ingresos mensuales menor a 4 mil pesos. En general los cuidadores refirieron en su mayoría niveles de carga de cuidado moderadas, dedicando entre 21 y 24 horas de cuidado por día. Por otro lado, el nivel de bienestar más afectado en los cuidadores fue el psicológico-emocional bajos. Respecto al nivel de apoyo para el cuidado en el hogar de una persona con covid-19 con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación fue moderado.

La competencia de cuidado en el hogar bajo las seis dimensiones que contiene fueron referidos por los cuidadores como satisfactorias pues se obtuvieron en todas puntuaciones altas. En la correlación realizada de acuerdo con los objetivos planteados se encontró diferentes asociaciones entre cada una de las dimensiones con el instrumento de caracterización, sin embargo, a pesar de ser estadísticamente significativas, muestran fuerzas de correlación bajas.

Como profesionales de enfermería, es importante realizar este tipo de estudios con el fin de ayudar y entender a aquella red de apoyo como lo es la familia, desarrollando relaciones de confianza entre los familiares, encontrando estrategias que ayuden a los cuidadores a mejorar este proceso de afrontamiento ante la enfermedad por COVID-19, ya que a menudo expresan y enfrentan inseguridades, confusión o preocupación al brindar cuidado a un familiar enfermo. Es importante realizar estudios posteriores con muestras más grandes y de manera aleatoria para poder obtener mejores respuestas para el apoyo al cuidador familiar. Se sugiere incluir en estudios posteriores el ciclo vital de la familia e identificar conflictos según la etapa, integrar variables

relacionadas a la salud emocional, estrés financiero y prácticas específicas de cuidado en el hogar para personas con COVID-19.

4.2 Limitaciones

Los resultados siguientes deberían de interpretarse considerando las limitaciones metodológicas del estudio. El uso del instrumento CUIDAR es un instrumento que fue diseñado en un principio para personas con enfermedad crónica, estas preguntas son generales y no se centran en una enfermedad en específico, lo que podrían limitar conocer la competencia de cuidado enfocadas en temas de enfermedades respiratorias. Sería preferible evaluar la competencia de cuidado tomando en cuenta la severidad de los signos y síntomas de la enfermedad del paciente, ya que podría ser un factor relacionado con la carga de cuidado y la competencia de cuidado. Las encuestas realizadas por vía telefónica pueden suponer un sesgo, debido a las interferencias de comunicación o interpretación de los aciertos, así mismo la duración de las encuestas debe considerarse en estudios posteriores ya que pudieran alterar las respuestas de los participantes, al producir desinterés por la duración de la entrevista.

Referencias

- Abad, E., Sánchez, D. y Moreno, M. T. (2020). Scoping review sobre las recomendaciones para el aislamiento domiciliario en la pandemia de COVID-19. *Enfermería clínica* 31, S94–S99. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.007>
- Acosta, M. (2018). El pensamiento crítico y las creencias religiosas. *Sophia*, (24),209-237. <https://doi.org/10.17163/soph.n24.2018.06>
- Alcázar, O. O., Castro, J. E., Rodríguez, M. C., Gil, S. L. y Cebrian, E. L. (2021). Recomendaciones dirigidas a los familiares responsables del cuidado domiciliario de un paciente diagnosticado con Covid-19. *Revista Peruana de Investigación En Salud*, 5(1), 40–49. <https://doi.org/10.35839/repis.5.1.790>
- Barrera, L., Carrillo, G. M., Chaparro, L. y Sánchez, B. (2015). Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. *Orinoquia*, 19(1), 89-99. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=89640816008>
- Bulut, C. y Kato, Y. (2020). Epidemiology of COVID-19. *Turkish journal of medical sciences*, 50 (SI-1), 563–570. <https://doi.org/10.3906/sag-2004-172>
- Carrillo, G. M., Sánchez, B. y Arias, E. M. (2015). Validation of an instrument to assess the homecare competency of the family caregiver of a person with chronic disease. *Investigación y educación en enfermería*, 33(3). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/24453>
- Castagnoli, R., Votto, M., Licari, A., Brambilla, I., Bruno, R., Perlini, S., Rovida, F., Baldanti, F. y Marseglia, G. L. (2020). Severe acute respiratory syndrome

coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in children and adolescents: A systematic review. *JAMA Pediatr*, 174(9), 882–889. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1467

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021, marzo). *Cuidar a una persona enferma en casa*. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022, abril). *Tratamientos y medicamentos para el COVID-19*. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/treatments-for-severe-illness.html>

Centros para el Control y la Prevención de enfermedades. (2021, 14 de octubre). *Afecciones*. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html#:~:text=Enfermedades%20pulmonares%20cr%C3%B3nicas%20entre%20ellas,a%20causa%20del%20COVID-19>

Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. (2021, 29 de noviembre). *Cómo protegerse y proteger a los demás*. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>

Chaparro, L., Sánchez, B. y Carrillo, G. M. (2014). Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 11(2), 31–45. <https://doi.org/10.22463/17949831.196>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020, abril). *La pandemia del COVID- 19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45335-la-pandemia-covid-19-profundiza-la-crisis-cuidados-america-latina-caribe>

Cuesta, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVII (1),96-102.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198010>

Dixe, M.D.A.C.R., da Conceição L.F., Areosa T.J.T.C.C., Frontini R.C., de Jesus, T. y Querido A.I.F. (2019, septiembre). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(255), 1-9.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31533637/>

Duque, L., Rincón, E. E. y León, V. E. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*,14 (3), 1-25. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es&tlng=es.

Family Caregiver Alliance. (s.f). *Definiciones ¿Qué queremos decir con...?*
<https://www.caregiver.org/resource/definitions-0/>

Farquhar, M., Penfold, C., Benson, J., Lovick, R., Mahadeva, R., Howson, S., Burkin, J., Stand, S., Gilligan, D., Todd, C. y Ewing, G. (2017, mayo). Six key topics informal carers of patients with breathlessness in advanced disease want to learn about and why: MRC phase I study to inform an educational intervention. *PLoS One*, 12(5), 1-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28475655/>

Flores, M. E., Fuentes, H. L., Gonzalez, G. J., Meza, I. J., Cervantes, G. A. y Valle, M. A. (2017, mayo). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure investigación*, 14(88), 1-16.

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1045>

Gao, Z., Xu, Y., Sun, C., Wang, X., Guo, Y., Qiu, S. y Ma, K. (2021, febrero). A systematic review of asymptomatic infections with covid-19. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 54 (1), 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.05.001>

Grove, S. K. y Gray, J.R. (2019). *Investigación en enfermería: desarrollo de la practica* (enfermera basada en evidencia 7^a ed.). Elsevier.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020, 16 de enero).

Cuidadores y cuidadoras de personas mayores.

<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es>

Ley General de Salud. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.*

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A. y Bergland, A. (2020). The tension between carrying a burden and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 16, 1-14.

<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1855751>

López, A. C., Ruiz, V. y González, T. (2020). Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Española de Salud Pública*, 94,1-25.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100083&lng=es&tlng=es.

Mirzaei, A., Raesi, R., Saghari, S. y Raei, M. (2020). Evaluation of Family Caregiver Burden among COVID-19 Patients. *The Open Public Health Journal*, 13, 808-814. <https://openpublichealthjournal.com/VOLUME/13/PAGE/808/>

National Institute for Health and Care Excellence; Scottish Intercollegiate Guidelines Network & Royal College of General Practitioners. (2021, 23 de noviembre). *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>

Navarrete, P. J., Parodi, J. F., Rivera, M. T., Runzer, F. M., Velasco, J. C. y Sullcahuaman, E. (2020). Perfil del cuidador de adulto mayor en situación de pandemia por SARS-COV- 2, Lima-Perú. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13(1), 26 - 31. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.596>

Organización Mundial de la Salud. (2021, mayo). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Organización Mundial de Salud. (2021, 13 de mayo). *Información básica sobre la covid-19*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 27 de mayo). *Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332638>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 10 de mayo). *PAHO weekly COVID-19 epidemiological update- 10 may 2022*. <https://www.paho.org/en/documents/paho-weekly-covid-19-epidemiological-update-10-may-2022>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 11 de septiembre). *Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 27 de mayo). *Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2*. www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants

Our World in Data. (2022, 25 de mayo). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Coronavirus*. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>

Organización Panamericana de la Salud. (2021, marzo). *Cuidados en el hogar durante el aislamiento domiciliario o cuarentena*. <https://www.paho.org/es/noticias/29-3-2020-cuidados-hogar-durante-aislamiento-domiciliario-cuarentena>

Ortiz, Y. G., Lindarte, A. A., Jiménez, M. A. y Vega, O. M. (2013).

Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. *Revista Cuidarte*, 4(1), 459-466.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732013000100005&lng=en&tlng=es

Pinzón, E. A. y Carrillo, G. M. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en

cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 193-201.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12045638008>

Rahimi, T., Dastyar, N. y Rafati, F. (2021). Experiences of family caregivers of

patients with COVID-19. *BMC Family Practice* 22 (137), 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01489-7>

Rivas, J. C. y Ostiguín, R. M. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio

teórico? *Enfermería universitaria*, 8(1), 49-54.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es&tlng=es)

[70632011000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es&tlng=es)

Ruiz, A. y Jiménez, M. (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome

respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharmaceutica*, 61(2), 63-79.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942020000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[98942020000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942020000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Sánchez, B., Carrillo, G. M., Chaparro, L., Carreño, S. P. y Gómez, O. J. (2016).

Concepto carga en los modelos teóricos sobre enfermedad crónica: revisión sistemática.

Revista de Salud Pública, 18 (6), 976-985.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42249786013>

Sánchez, B., Carrillo, G. M., Chaparro, L., Carreño, P. y Gómez, O. J. (2016, diciembre). Concepto carga en los modelos teóricos sobre enfermedad crónica: revisión sistemática. *Revista de Salud Pública*, 18(6), 976-985.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v18n6.53210>

Secretaría de Salud. (2022, 23 de febrero). *Informe integral de COVID-19 en México*. <https://coronavirus.gob.mx/analisis-situacional-de-la-epidemia-en-mexico/>

Secretaría de Salud. (2022, 09 de mayo). *Informe técnico diario COVID-19 México 09-05-2022*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-tecnico-diario-covid19-2022>

Secretaría de Salud. (2021, 19 de julio). *27° Informe epidemiológico de la situación de covid-19*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-epidemiologicos-de-la-situacion-de-covid19-en-mexico-2021>

Siltanen, H., Jylhä, V., Holopainen, A. y Paavilainen, E. (2019). Family members' experiences and expectations of self-management counseling while caring for a person with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of qualitative evidence. *JBIS database of systematic reviews and implementation reports*, 17(11), 2214–2247. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00056>

Sergueyevna, N. (2013). Las características demográficas, culturales y psicográficas del consumidor centroamericano. *Negotium*, 9(25),21-36.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78228410002>

Swann, O. V., Holden, K. A., Turtle, L., Pollock, L., Fairfield, C. J., Drake, T. M., Seth, S., Egan, C., Hardwick, H. E., Halpin, S., Girvan, M., Donohue, C., Pritchard, M., Patel, L. B., Ladhani, S., Sigfrid, L., Sinha, I. P., Olliaro, P. L., Nguyen-Van-Tam, J. S.,...Semple, M. G. (2020). Características clínicas de niños y jóvenes ingresados en hospitales con COVID-19 en Reino Unido: estudio de cohorte observacional multicéntrico prospectivo. *BJM*, 370. doi:10.1136/bmj.m3249

Ticona, C., Espinoza, M. M. y Ticona, E. (2020). COVID-19. El manejo ambulatorio durante la transmisión comunitaria intensa. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(2), 211-217. <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.18406>

Tonin, L., Lacerda, M.R., Caceres, N.T.G. y Hermann, A.P. (2020, junio). Recomendaciones en tiempos de covid-19: una mirada para la atención domiciliaria. *Enfermagem*, 73(Supl 2), 1-5.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/wLfPdCbYv4LxQBHhvBzSggy/?lang=en>

Torres, P., Ballesteros, E., Sánchez, P. D. y Gejo, A. (2008). Programas, intervenciones y redes informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas. *Nursing*, 26(6).56-61. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-programas-intervenciones-redes-apoyo-cuidadores-S021253820870757X>

Vega, O.M. y González, D.S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, (16), 1-11.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=es

Voutssas, J. (2011). Factores culturales, económicos y sociales de la preservación documental digital. *Investigación bibliotecológica*, 25(55), 107-150.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-358X2011000300005&lng=es&tlng=es

Yonker, L. M., Neilan, A. M., Bartsch, Y., Patel, A. B., Regan, J., Puneeta, A., Gootkind, E., Park, G., Hardcastle, M., John, A., Appleman, L., Chiu, M. L., Fialkowski, A., De la Flor, D., Lima, R., Bordt, E. A., Yockey, L. J., D'Avino, P., Fischinger, S... E. Shui, J. E. (2020). Pediatric severe acute respiratory síndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Clinical presentation infectivity and immune response. *The journal of pediatrics*, 227, P45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.08.037>

Apéndice A. Consentimiento Informado

Estimado(a) usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación que lleva por título “Competencias para el Cuidado en el Hogar del Cuidador Familiar en Personas con COVID-19” realizado por la pasante Lizamar Lorena Ramos Sánchez, para obtener el grado de Licenciada en Enfermería, bajo la dirección de la DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl.

Si usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información:

1. El propósito del estudio es, determinar la Competencias para el Cuidado en el Hogar del Cuidador Familiar en Personas con COVID-19.
2. Se le pedirá responda a una cédula de datos sociodemográficos y a los instrumentos: sobrecarga del cuidador y CUIDAR.
3. Su participación es totalmente voluntaria y no significará ningún perjuicio físico ni moral, por el momento no obtendrá ningún beneficio, sin embargo, a futuro con base a los resultados del estudio, se podrán implementar estrategias de apoyo que fortalezcan a los grupos de cuidadores familiares.
4. La información obtenida será totalmente confidencial y únicamente se utilizará para fines específicos del estudio. Además, de no querer continuar con la entrevista, puede retirarse en el momento que usted lo decida.

Apéndice B. Cuestionario de Datos Sociodemográficos

Encuesta de caracterización del cuidador (Chaparro et al, 2014).

Ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-O

Institución en la que diligencia esta ficha:

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Identificación de condiciones del paciente y su perfil sociodemográfico																																																																																																																												
<p>Indique con una x los apoyos con los que cuenta y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismo, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apoyo con el cuenta</th> <th rowspan="2">Marque con X</th> <th colspan="4">Nivel de satisfacción</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psicológico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Familiar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Religioso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Económico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>social</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro ¿Cuál?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Apoyo con el cuenta	Marque con X	Nivel de satisfacción				1	2	3	4	Psicológico						Familiar						Religioso						Económico						social						Otro ¿Cuál?																																																																																		
Apoyo con el cuenta	Marque con X			Nivel de satisfacción																																																																																																																								
		1	2	3	4																																																																																																																							
Psicológico																																																																																																																												
Familiar																																																																																																																												
Religioso																																																																																																																												
Económico																																																																																																																												
social																																																																																																																												
Otro ¿Cuál?																																																																																																																												
<p>Genero Masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/></p> <p>Edad _____</p> <p>Grado máximo de escolaridad _____</p> <p>Departamento de procedencia _____</p> <p>Lugar de residencia Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/></p> <p>Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casada(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión libre</p> <p>Ocupación <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros</p> <p>Estrato socioeconómico 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Tiempo que lleva con la enfermedad crónica _____</p> <p>Religion Nivel de compromiso religioso Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/></p> <p>Percepción de carga y de apoyo</p> <p>¿tiene un único cuidador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Edad de (los) cuidador (es) _____</p> <p>Numero de horas de ayuda que requiere diariamente para su cuidado: _____</p> <p>La persona que lo cuida es: <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Abuelo (a) <input type="checkbox"/> Amigo (a) <input type="checkbox"/> Otro</p>	<p>Percibe que para su familia, usted como paciente es una carga: Muy alta <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/></p> <p>Al mirar su condición y calidad de vida actuales, como califica los siguientes niveles de bienestar, siendo 0 el máximo y 4 el máximo bienestar posible:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveles de bienestar</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Físico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psicológico- Emocional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Social</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Espiritual</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Medio de información y comunicación</p> <p>Autovaloración del uso de las TIC s</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TIC s</th> <th colspan="3">Nivel de conocimiento</th> <th colspan="3">Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado</th> <th colspan="3">Frecuencia de uso</th> </tr> <tr> <th>Alto</th> <th>Medio</th> <th>Bajo</th> <th>Alto</th> <th>Medio</th> <th>Bajo</th> <th>Alto</th> <th>Medio</th> <th>Bajo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Computador</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Teléfono</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Internet</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro ¿Cuál?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Para su cuidado usted se apoya en las TIC s? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Nivel de apoyo percibido con el uso de tics en el cuidado de su enfermedad? Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/></p> <p>Ordene por prioridad las tics que le podrían ser mas útiles para recibir información para su cuidado siendo 1el menos útil y 5 el mas útil.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TICS</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Computador</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Teléfono</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Internet</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro ¿Cuál?</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Niveles de bienestar	0	1	2	3	4	Físico						Psicológico- Emocional						Social						Espiritual						TIC s	Nivel de conocimiento			Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado			Frecuencia de uso			Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Televisión										Radio										Computador										Teléfono										Internet										Otro ¿Cuál?										TICS		Televisión		Radio		Computador		Teléfono		Internet		Otro ¿Cuál?	
Niveles de bienestar	0	1	2	3	4																																																																																																																							
Físico																																																																																																																												
Psicológico- Emocional																																																																																																																												
Social																																																																																																																												
Espiritual																																																																																																																												
TIC s	Nivel de conocimiento			Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado			Frecuencia de uso																																																																																																																					
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo																																																																																																																			
Televisión																																																																																																																												
Radio																																																																																																																												
Computador																																																																																																																												
Teléfono																																																																																																																												
Internet																																																																																																																												
Otro ¿Cuál?																																																																																																																												
TICS																																																																																																																												
Televisión																																																																																																																												
Radio																																																																																																																												
Computador																																																																																																																												
Teléfono																																																																																																																												
Internet																																																																																																																												
Otro ¿Cuál?																																																																																																																												

Apéndice C. Encuesta de Caracterización del Cuidador

CUIDAR

Encuesta de caracterización del cuidador (Carrillo et al, 2015).						
		Conocimiento	Casi nunca o nunca	Pocas veces	Con frecuencia	Casi siempre o siempre
1		Se cómo hacer seguimiento de las condiciones de salud de la persona a quien cuido				
2		Conozco la medicación formulada para la persona a quien cuido				
3		Conozco las actividades recomendadas para la persona a quien cuido				
4		Conozco como realizar los procedimientos requeridos a la persona a quien cuido				
5		Conozco los signos de alarma de la enfermedad que puede presentar la persona a quien cuido				
6		Conozco el comportamiento habitual de la persona a quien cuido				
7		Conozco indicaciones particulares sobre la dieta de la persona a quien cuido				
8		Tengo conocimientos sobre la (s) enfermedad (es) que afecta (n) a la persona a quien cuido				
9		Tengo información sobre medidas para la comodidad y alivio de la persona a quien cuido				
10		Conozco donde y como obtener el equipo necesario para el cuidado				
Unicidad (Condiciones personales)						
11		Tengo confianza en mi capacidad para asumir el cuidado en casa				
12		Controlo el temor durante mis labores de cuidado				
13		Supero fácilmente sentimiento de culpa o de rabia				
14		Supero fácilmente momentos de desanimo y tristeza				
15		Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado				
16		Manejo estrategias adecuadas para resolver conflictos				
17		Me adapto con facilidad a los cambios que exige mi labor como cuidador				
18		Tengo la capacidad de evaluarme con frecuencia como cuidador				
19		Busco cuidar mi salud				
20		Interactuó con facilidad con personas y grupo				

	21	Estoy satisfecho con mi capacidad para afrontar las situaciones del cuidado				
	22	Establezco mi propio plan de vida				
Instrumental						
	23	Actuó las recomendaciones prescritas a la persona a quien cuida (actividad, dieta, otros)				
	24	Organizo el apoyo básico asistencial disponible para la persona a quien cuida (vestido, baño, otros)				
	25	Organizo el apoyo instrumental disponible para la persona a quien cuida (transportes, equipos, insumos, otros)				
	26	Respondo a las necesidades cotidianas de la personas a quien cuida (distracción, confort, otros)				
	27	Manejo u opero con habilidad los equipos para el cuidado de la persona a quien cuida				
	28	Manejo los procedimientos y trámites administrativos para garantizar la salud de la persona a quien cuida				
	29	Administro adecuadamente los medicamentos formulados a la persona a quien cuida				
	30	Manejo con habilidad situaciones de emergencia relacionadas con la persona a quien cuida				
Disfrutar (bienestar)						
	31	Siento que cuento con apoyo social (familiar e institucional) suficiente en mi actividad como cuidador				
	32	Me siento productivo laboralmente				
	33	Estoy satisfecho con el nivel y tipo de descanso que puedo tener				
	34	Estoy satisfecho con mi condición de salud actual				
	35	Considero que tengo bienestar espiritual en relación con mi ser y condiciones humanas				
	36	Estoy satisfecho con los recursos económicos disponibles para mi labor como cuidador				
	37	Siento tener la energía para responder a las responsabilidades del cuidado				
	38	Estoy satisfecho con el apoyo brindado por profesionales para el cuidado				
	39	Manejo mi condición de cuidador, sin requerir medicamento u otras sustancias				
	40	Siento que mi labor de cuidador aporta a mi propio plan de vida				
	41	Dispongo de tiempo para mis actividades o cosas personales				
	42	Mantengo actividades de mi interés por fuera del tiempo dedicado al cuidado				
Anticipación						
	43	Preveo los servicios necesarios para el bienestar físico a la persona a quien cuida				
	44	Me anticipo a las necesidades de seguridad y tranquilidad de la persona a quien cuida				

	45	Con base en mi conocimiento y experiencia preveo buen desempeño en mi rol como cuidador a largo plazo				
	46	Preveo manejo de riesgos y necesidades de salud para la persona a quien cuido				
	47	Organizo los recursos disponibles para atender con eficiencia a la persona a quien cuido				
	48	Preveo los servicios necesarios para el bienestar espiritual y emocional para la persona a quien cuido				
Interacción y relación social						
	49	Soy buen mediador entre la persona a quien cuido y el equipo de salud				
	50	Busco la aceptación y respeto mutuo con la persona a quien cuido				
	51	Tengo en cuenta la privacidad y mi relación con la persona a quien cuido				
	52	Logro respaldo de los demás miembros de la familia para apoyar el cuidado				
	53	Soy capaz de identificar las necesidades de la persona a quien cuido no expresa verbalmente				
	54	Intento que la persona a quien cuido mantenga tranquilidad emocional				
	55	Busco que el trato que recibo de mis allegados es el que merezco				
	56	Busco comunicarme efectivamente con la persona a quien cuido				
	57	Me preocupo por brindarle buena compañía a la persona a quien cuido				
	58	Fortalezco el vínculo de afecto con la persona a quien cuido				
	59	Considero que las relaciones familiares son adecuadas para el manejo de la situación del cuidado				
	60	Busco la participación de la persona a quien cuido en las actividades diarias de cuidado				