



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

**EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE
AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN CUIDADORES PRIMARIOS EN
CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL NACIONAL, 2021**

**Effectiveness of Educational Intervention at the Level of Self-Care Agency in
Primary Caregivers in Palliative Care in a National Hospital, 2021**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTORES:

WILMER STEFANO MACHUCA BRAN

WINNYE LILIA OLIVARES ROJAS

ASESORA

MG. CLARA CARMEN TORRES DEZA

LIMA- PERÚ

2024

JURADOS

Presidente: Mg. Carolina Cerna Silva

Vocal: Mg. Maria Angela Roxana Fernandez Pacheco

Secretario: Mg. Miguel Angel Albino Lopez

Fecha de Sustentación: 13 de febrero del 2024

Calificación: Aprobado

ASESORA DE TESIS

ASESORA

Magister Clara Carmen Torres Deza

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0002-7611-9628

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado para vuestra familia que fue el mayor sostén en los momentos de zozobra para poder continuar con este trabajo, para familiares que fueron parte del proceso de crecimiento y que hoy no nos acompañan físicamente.

Wilmer M. B.

Con profunda gratitud, dedico esta tesis a aquellos que han sido mi pilar fundamental a lo largo de este viaje académico. A mi madre Lilia, cuyo amor incondicional y apoyo constante me ha dado fuerzas para superar obstáculos. A mi hermano Kelvin, cuya compañía y ánimo han hecho más llevadera esta travesía.

Winnie O. R.

AGRADECIMIENTO

En este momento significativo de nuestras vidas académicas, queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido de manera invaluable en la realización de esta tesis. Agradecemos de corazón a nuestra asesora, Magister Clara Torres Deza, por su orientación experta, paciencia y aliento constante a lo largo de este proceso. También queremos agradecer a nuestros profesores y mentores por brindarnos conocimientos, inspiración y apoyo en nuestro camino de aprendizaje. Nuestra gratitud se extiende a nuestras familias y amigos, cuyo amor, comprensión y apoyo incondicional han sido nuestra mayor motivación para alcanzar este logro.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis autofinanciada.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Este trabajo de investigación es completamente original y no está relacionado con ningún otro estudio previo. No ha sido presentado ni sometido a revisión para obtener otro grado académico.

RESULTADOS DEL INFORME DE SIMILITUD

Efectividad de la intervención educativa en el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios en cuidados paliativos en un hospital nacional, 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unillanos.edu.co Fuente de Internet	1%
5	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
6	worldwidescience.org Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Kovadata Ltda Trabajo del estudiante	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS.....	10
III.	MATERIAL Y MÉTODO.....	11
IV.	RESULTADOS.....	21
V.	DISCUSIÓN:	22
VI.	CONCLUSIONES.....	28
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
VIII.	TABLAS.....	35
	ANEXOS	39

RESUMEN

Antecedentes: Las intervenciones educativas en el cuidador primario de pacientes oncológicos en cuidados paliativos han demostrado resultados positivos en el desarrollo y en la agencia de autocuidado en los cuidadores primarios. **Objetivo:** Determinar la efectividad de una intervención educativa en el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos en un Hospital Nacional- 2021. **Materias y métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo, diseño preexperimental. La muestra estuvo conformada por 30 cuidadores primarios más un 10% de factor pérdida, siendo un total de 33 cuidadores con un solo grupo de intervención, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento se usó la escala agencia de autocuidado (ASA). **Resultados:** El nivel de agencia de autocuidado antes de la intervención fue de 45,2% incrementándose a un 74,2%, con una diferencia estadística significativa ($p < 0,000$). **Conclusión:** La aplicación de la intervención educativa fue efectiva en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

Palabras Claves: Cuidadores, autocuidado, educación en enfermería, cuidados paliativos, rol de la enfermera (Fuente DeCs Bireme).

ABSTRACT

Background: Educational interventions in the primary caregiver of patients with end-stage cancer have shown positive results in development and self-care agency in primary caregivers. **Objective:** To determine the effectiveness of an educational intervention at the level of self-care agency in primary caregivers of patients with terminal cancer in a National Hospital- 2021. **Subjects and methods:** Quantitative approach, pre-experimental design, the sample consisted of 30 more primary caregivers a 10% loss of factor, being a total of 33 caregivers with a single intervention group, the survey was obtained as a technique and the self-care agency scale (ASA) was used as an instrument. **Results:** The level of self-care agency before the intervention was 45.2%, increasing to 74.2%, with a statistically significant difference ($p < 0.001$). **Conclusion:** The application of the educational intervention was effective in primary caregivers of cancer patients in palliative care.

Keywords: Caregivers, self-care, nursing education, palliative care, role of the nurse (Source DeCs Bireme).

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas de curso progresivo como el cáncer, se han incrementado en la población y constituye la principal causa de decesos a nivel mundial, siendo responsable de 10 millones de muertes (1). En el Perú el cáncer ocupa el segundo lugar del número de muertes, se han presentado 69,869 nuevos casos, con una mortalidad de alrededor de 34, 976 en el año 2020. El 93% de casos se concentra en la población adulta y adulta mayor, con un nivel de incidencia intermedio comparado con otros países (2).

El mayor número de casos son identificados en estadios avanzados (2). Frente a esto surge la necesidad de cuidado los pacientes oncológicos en cuidados paliativos, el cuidador primario representado por un familiar o alguien significativo, asume voluntariamente la responsabilidad de cuidado bajo el enfoque de cuidados paliativos para mantener la calidad de vida y aliviar el sufrimiento del paciente (3). En Latinoamérica el rol de cuidador primario, el 92,6% lo asumen las mujeres, con una prevalencia del 39.7% de sobrecarga por las exigencias requeridas en el desempeño del rol y con una autopercepción de su salud como mala. Dado que asume la responsabilidad sin el conocimiento necesario para este rol (4,5).

El cuidador primario en el proceso de adaptación y exigencias del rol asume comportamientos de riesgo para su salud, con efecto directo en el área física, emocional y espiritual, produciendo un síndrome de desgaste del cuidador con efecto a corto o largo plazo. La fatiga crónica, problemas musculoesqueléticos son algunos efectos colaterales a nivel físico, por otro lado, en el área emocional presenta variaciones en

los sentimientos, insatisfacción, incidencia de cuadros de ansiedad, estrés, depresión; como algunos cuestionamientos espirituales desde el significado del rol (6).

Esta sobrecarga aumenta progresivamente según el estado funcional del paciente, en el servicio de cuidados paliativos se utiliza la escala de ECOG que mide la calidad de vida de un paciente con cáncer, esta va desde nivel 0 al nivel 5. En el primer y segundo nivel, los pacientes conservan cierto grado de autonomía y los cuidadores pueden enfrentar restricciones moderadas en la vida diaria; sin embargo, a medida que las capacidades de los pacientes disminuyen, la carga para los cuidadores aumenta significativamente. En los niveles 3 y 4, el paciente requiere asistencia continua ya que pasa la mayor parte del tiempo postrado, esto aumenta la carga emocional, física, logística y afecta la calidad de vida y bienestar general del cuidador primario del paciente, por último, el nivel 5 considera la muerte del paciente con cáncer (7).

El cuidador a su vez transita seis etapas, que deben ser reconocidas por el profesional de enfermería, estas son: Adaptación, desorientación, impotencia, ambivalencia, cansancio y vacío (8). La adaptación es la primera etapa de ajuste gradual al nuevo papel y responsabilidades de cuidado, la segunda etapa es la desorientación, presenta desconcierto frente a los cambios y retos que surgen de cuidar a un ser querido. En la etapa de impotencia, la sensación de no poder controlar de manera eficiente la situación gesta sentimientos de insuficiencia y desesperanza; la ambivalencia es la etapa donde se alternan momentos de dedicación con agotamiento emocional y deseos de liberación de responsabilidad de cuidado. En la etapa de cansancio el agotamiento físico y emocional se incrementa por la continua demanda de cuidado, finalmente la etapa de

vacío tras el fallecimiento del paciente, tiene sentimiento de alivio y vacío emocional por la pérdida del ser querido (8).

El autocuidado es necesario durante este proceso, ante las etapas que atraviesa el cuidador primario, ya que es importante que el profesional enfermero acompañe al cuidador a generar su autocuidado (9). Dorothea Orem (10) define que el autocuidado implica tomar acciones conscientes y planificadas que se basan en los conocimientos y habilidades que posee un individuo este debe estar presente en diferentes momentos de la vida para mantener el bienestar. En el contexto de los cuidadores primarios, está teoría fundamenta en que reconozcan y atiendan sus propias necesidades de cuidado personal con capacidad para tomar decisiones informadas, identificar limitaciones y buscar apoyo cuando lo requieran, mientras cuidan a los pacientes a su cargo. Asimismo, Dorotea Orem hace referencia a la agencia de autocuidado como el cuidado de sí mismo, teniendo conductas coordinadas, orientadas y dirigidas, para regularizar factores que influyen en su propio funcionamiento (10).

La relevancia de la agencia de autocuidado radica en la capacidad de una persona para controlar de manera proactiva su propia salud y bienestar. Por ende, la agencia de autocuidado es una serie de habilidades, cualidades y aptitudes que buscan mantener la integridad humana dentro de su proceso de desarrollo para obtener un mejor funcionamiento y promover el auto bienestar, para esto los individuos toman decisiones autónomamente sobre su salud y su propio cuidado, que los llevan a implementar acciones correctivas (11).

La agencia de autocuidado, se desarrolla de manera gradual y específica en el tiempo esto permite identificar y desarrollar habilidades estructurales específicas. Esta puede ser medida por la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), diseñada para evaluar el autocuidado a través de cinco dimensiones esenciales, estas son: el bienestar personal, descrito como acciones destinadas a mejorar la salud y calidad de vida; la interacción social, destaca mantener relaciones afectivas para el bienestar emocional (11). El desarrollo personal, como dimensión orienta el crecimiento continuo y la adaptación a nuevas circunstancias. La dimensión alimentación, permite una elección adecuada de alimentos saludables. Por último, la dimensión actividad y reposo, es participar en acciones que promueven el bienestar físico y mental, como mantener periodos de descanso y recuperación (12).

La agencia de autocuidado está estructurada por habilidades específicas y la capacidad de realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas. Las operaciones de estimación incluyen una investigación de las condiciones y factores internos y externos que son importantes para el autocuidado, las transicionales determinan el tipo de acción o proceso que debe tomar el autocuidado, y las productivas realizan las acciones de autocuidado necesarias en el cuidador (13).

La agencia de autocuidado en el cuidador primario es afectada por la relación entre la capacidad de cuidado del paciente y el nivel de sobrecarga en el cuidador, un estudio mostró que el 83,33% de cuidadores que tenía a cargo pacientes con baja capacidad de autocuidado presento niveles de sobrecarga intensa (14). También las necesidades insatisfechas en el cuidador primario son una causa primordial, las principales son

diadas: psicológicas e informativas, las psicológicas como sentimientos negativos por cambios de humor frecuente en el paciente, sentimientos de soledad, incertidumbre a lo desconocido, cambios en la sexualidad e informativas, como desconocimiento para realizar cuidados específicos al paciente y de efectos secundarios del tratamiento, así como nulo conocimiento de términos técnicos y estrés económico (15).

Las condiciones en las que se lleva a cabo el cuidado, hacen que el cuidador sea vulnerable y con altos nivel de sobrecarga, siendo incapaz de lidiar con todo teniendo un nivel de agencia bajo, investigaciones anteriores sugieren que es importante que el cuidador pueda desempeñar un papel adecuado del cuidado de sí mismo con actividades de relajación, buena nutrición, búsqueda de apoyo y no desatender los problemas de salud o enfermedades graves, dado que esto tiene también un impacto directo en la salud y el desempeño del rol (16).

El no ejercer una adecuada agencia de autocuidado en el cuidador puede generar cansancio del rol cuidador, que descrito en “NANDA” (17) es la dificultad que todo cuidador tiene para ejercer frente al paciente (15-17). Por otro lado, Regina Waldow aborda al cuidado, como comportamientos y actitudes explícitas en acciones para potenciar el cuidado del paciente y el cuidador primario, esto mantiene y mejora la condición humana en el proceso de vivir y morir, esto lleva a potenciar el nivel de agencia de autocuidado (18).

La enfermera, desde el enfoque de cuidado humanizado, establece una relación educativa y transaccional con el cuidador primario, esto tiene como propósito generar conocimientos a través de asesoramiento y educación sobre la agencia de autocuidado,

lo cual, busca mejorar la calidad de vida y la autogestión del cuidador primario, a pesar de las adversidades asociadas a su rol (18). Por lo tanto, permite que el personal de enfermería justifique su acción a través de su intervención para que fortalezca los mecanismos de la agencia de autocuidado, logre la integralidad y bienestar óptimo de los cuidadores (19).

La intervención educativa como componente esencial en el desarrollo de agencia de autocuidado, se emplea mediante sus tres componentes: información, conducta y operatividad, esta conduce al logro del desarrollo integral del cuidador primario, pues dicha intervención educativa tiene una naturaleza ontológica y epistemológica que llevan a lograr un aprendizaje mediante procesos de autoeducación y heteroeducación; esta última se relaciona con la teoría de Vygotsky, en el cual el aprendizaje se da a través del diálogo e intercambio de saberes en el cual el educador se encarga de elaborar estrategias lúdicas e interactivas para el educando, empleando instrumentos como el lenguaje y el pensamiento (19, 20)

Es por ello, la importancia de ejecutar una intervención educativa, que justifica la acción en situaciones que el cuidador no tiene conocimientos, este desmotivado y no puede cuidar de sí mismo (21), ya que por lo general el cuidador primario no ha tenido una formación previa para tener un afrontamiento eficaz y así evitar complicaciones en sí mismo que comprometan la condición de vida. Asimismo, la intervención educativa, fue fundamentada por la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem (21, 22).

En relación a lo anterior, se abordó la literatura relacionada a la investigación identificándose a Çalik et al. (23) donde encontraron que después de la intervención

educativa si hubo un incremento significativo en la calidad de vida propia de los cuidadores con cáncer incurable, se registraron puntuaciones altas positivas ($p < 0,001$) en las subescalas de dificultad de rol, dolor, vitalidad, funcionamiento social y emocional y salud mental. En conclusión, la intervención educativa tuvo un impacto positivo en la carga y la recuperación del cuidador, como se refleja en mejoras en varias subescalas de calidad de vida.

De igual modo, Wasmani et al. (24) evaluaron el impacto de una intervención centrada en la educación familiar en función de la carga de atención que experimentan los cuidadores familiares. Antes de la implementación de la intervención no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de la carga de atención. Sin embargo, después de la intervención, la puntuación media de la carga de atención en el grupo de intervención disminuyó significativamente. Con diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones medias entre los dos grupos después de la intervención educativa en reducir la carga de cuidado ($P < 0,001$). Malathi y Anice (25) evaluaron la eficacia de una intervención multicomponente sobre la calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes con cáncer. La calidad de vida mejoró significativamente en el grupo de intervención, el análisis de varianza mostró que el programa de intervención fue efectivo para mejorar la calidad de vida y bienestar de los cuidadores familiares ($F(1, 191) = 639,02, p = 0,001$), utilizando métodos no farmacológicos para reducir el dolor y la carga del cuidador.

Carrillo et al. (26) evaluaron el impacto de una intervención educativa en cuidadores familiares en 290 participantes. En el grupo de intervención se observaron efectos

positivos y significativos sobre la capacidad de atención domiciliaria y la reducción de la sobrecarga, estos resultados indican que la intervención educativa mejoró eficazmente las habilidades de atención domiciliaria de los pacientes con cáncer y reduce la carga de los cuidadores.

Medero et al. (27) encontró que antes de la intervención educativa que los cuidadores tenían una capacidad disminuida de autocuidado en áreas como bienestar personal, consumo alimentario y desarrollo personal. Tras la intervención, se el conocimiento y autocuidado, mejoraron la capacidad general.

Por otro lado, Pérez y Vega (28) en sus resultados muestran un nivel de cuidado que podría considerarse en la categoría baja, y después de la implementación de intervenciones psicoeducativas diseñadas para atender esta demanda particular, con un enfoque en el autocuidado y en estrategias de afrontamiento personal evidenciaron un aumento en el autocuidado de cuidadores domiciliarios. Por último, Ahmad y Al-Dakem (29) evaluaron la efectividad de intervenciones breves centradas en la atención plena (MBI) y educativas (IE) en la autoeficacia y la carga experimentada por cuidadores familiares (CF) de pacientes con cáncer en Jordania. Los resultados revelaron mejoras significativas en la autoeficacia y una disminución en las puntuaciones de carga en el grupo que recibió la intervención de atención plena. En comparación, el grupo de intervención educativa se observó un aumento significativo únicamente en la autoeficacia en el post-test, y la reducción de la carga fue más pronunciada en comparación con el grupo de atención plena.

La investigación se justifica teóricamente, dado que no existe un programa de intervención centrada en la agencia de autocuidado para cuidadores de pacientes oncológicos en cuidados paliativos, aún existen lagunas en el conocimiento sobre efectividad de intervenciones que el profesional de enfermería puede abordar para acompañar al cuidador. Asimismo, metodológicamente se justifica porque el profesional de enfermería mediante el programa desarrolla intervenciones participativas, demostrativas donde los cuidadores se sienten acompañados. De igual manera, se justifica socialmente porque los cuidadores de los pacientes paliativos son un grupo de personas que no tienen un nivel adecuado de preparación para el rol, siendo un grupo vulnerable y que es poco atendido en la diada de cuidado, es así que el profesional de enfermería busca mantener el nivel de agencia de autocuidado en el cuidador. Al mismo tiempo, el profesional en la atención puede brindar pautas específicas para fomentar e incrementar la agencia de autocuidado en los cuidadores, para satisfacer las necesidades específicas de esta población. Además, se puede influir en las políticas y protocolos de atención para el apoyo a los cuidadores

El Hospital Cayetano Heredia, a través de su programa ADI Oncológica, se enfrenta a un desafío crucial: la ausencia de apoyo y capacitación para los cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos, esta carencia tiene repercusiones negativas tanto en la calidad del cuidado proporcionado como en la salud emocional de los cuidadores. Asimismo, en el servicio de ADI oncológico existe un déficit de personal de enfermería que sea capaz de entender y centrarse en los cuidadores primarios, con el objetivo de prevenir afecciones en su salud, y así mantener y mejorar

la agencia de autocuidado. En consecuencia, la investigación se centra en evaluar la eficacia de una intervención educativa diseñada para elevar el nivel de agencia de autocuidado en estos cuidadores. Frente a esta problemática existió la necesidad de abordar y responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa en el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos con cáncer terminal en un Hospital Nacional – 2021?

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la efectividad de una intervención educativa en el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos en un Hospital Nacional - 2021

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de agencia de autocuidado en el cuidador primario antes de la intervención educativa.
- Identificar el nivel de agencia de autocuidado en el cuidador primario después de la intervención educativa
- Establecer diferencias en el nivel de agencia de autocuidado en el cuidador primario antes y después de la intervención educativa.

Asimismo, se consideraron las siguientes hipótesis:

Ho: La intervención educativa no tiene efectividad sobre la agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos en un Hospital Nacional - 2021

H1: La intervención educativa tiene efectividad sobre la agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos en un Hospital Nacional - 2021

III. MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DE ESTUDIO:

El presente trabajo fue de enfoque cuantitativo, con diseño preexperimental con un solo grupo de intervención, donde se medirá el nivel de agencia de autocuidado antes y después de una intervención educativa (30).

ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en un Hospital Nacional nivel III-1 en el Servicio de Cuidados Paliativos (ADI Oncológico), donde se brinda atención ambulatoria, ubicado en el distrito de San Martín de Porres, provincia de Lima.

POBLACIÓN:

La población objetivo son todos los cuidadores primarios del servicio de atención domiciliaria integral (ADI- oncológico). Nuestra población accesible para el estudio fueron 58 cuidadores primarios que asisten al servicio de manera regular y el resto de cuidadores se encuentran en atención domiciliaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Cuidadores primarios con edades entre 20 a 64 años.
- Cuidadores primarios que asumen el cuidado del paciente en el hogar sin remuneración.
- Cuidadores primarios que tengan a cargo al paciente de un mes en adelante.
- Cuidadores primarios que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuidadores primarios que no completen las tres sesiones educativas.
- Deserción de los cuidadores primarios.

MUESTRA

Para la obtención de la muestra se trabajó bajo el muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo como parámetro de muestra a 30 cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Asimismo, se contempló una tasa de pérdida de participantes del 10%, por lo que se estimó a 3 participantes adicionales, teniendo un total de 33 participantes de un Hospital Nacional para el presente estudio (30).

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue una encuesta mediante la cual se aplicó el instrumento denominado Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), que tiene como objetivo medir el nivel de agencia de autocuidado antes y después de la intervención educativa (Anexo 4).

El instrumento consta de 24 preguntas, el cual fue clasificado por Gallegos en 5 dimensiones: Interacción social; Bienestar Personal; Actividad y reposo; Alimentación y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal. Con una escala Likert de 4 puntos donde: 4 = siempre, 3 = casi siempre, 2 = casi nunca y 1 = nunca. Siendo 24 puntos como mínimo y 96 como máximo de la escala.

DIMENSIONES	PREGUNTAS
Bienestar personal	2,4,5,7,8,14,15,16,17,19,21,23
Interacción social	12 y 22
Desarrollo personal	1,10,18 y 24
Alimentación	9
Actividad y reposo	3,6,11,13 y 20

Identificando:

Agencia de autocuidado buena = 82-96 puntos

Agencia de autocuidado regular = 63-81 puntos.

Agencia de autocuidado baja = 44-62 puntos.

Agencia de autocuidado muy baja = 24-43 puntos

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento denominado "Escala Apreciación de la Agencia de Autocuidado" fue desarrollado Iseberg y Ever en 1983, y fue fundamentado en la teoría de Déficit de autocuidado de Dorotea Orem. Esta escala ha sido traducida y adaptada a diferentes países de Europa, América y Asia, demostró validez de constructo y validez externa al ser aplicada en diferentes muestras poblacionales. La confiabilidad reportada para el instrumento en casi la totalidad de estudios fue mayor 0.70 (31).

En 1998 fue traducida al español, en esta versión se mantuvo la escala Likert original, del instrumento en inglés, con un puntaje de 1 (Totalmente en desacuerdo) que es un nivel más bajo de la capacidad de agencia de autocuidado y 5 (totalmente de acuerdo) es el nivel más alto, para esta versión se reescribieron los ítems 4,6,13 y 16 en formar más sencilla, discreta y con gramática correcta. Una de las autoras de la escala evaluó esta versión donde concluyo que la escala en ingles era equivalente a la versión en español (32).

Esther Gallegos, para confirmar la validez y confiabilidad de la escala en español la empleo en un grupo de adultos con enfermedad crónica, obtuvo un alfa de Cronbach de 0,77 con este puntaje se confirmó la validez y consistencia interna (32).

En 2004 la escala fue empleada en diferentes investigaciones en Colombia, donde se modificó la escala Likert a 4 puntos y la forma de respuestas a 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (casi siempre) y 4 (siempre). Estas modificaciones se justifican, dado que la escala se utiliza para describir a las personas en su capacidad para comprometerse con el autocuidado y no para señalar si están de acuerdo o en desacuerdo con los enunciados,

así también se eliminó la opción intermedia de la escala Likert de 5 puntos porque el entrevistado se ubicaba en un punto intermedio sin pensar detenidamente en su agencia de autocuidado. Los cambios fueron consultados y aprobados por Gallegos, este fue el resultado de la segunda versión de la escala en español (33).

El instrumento utilizado para la investigación es la segunda versión de la traducción en español de la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) que fue adaptado a nuestro contexto y validado en Perú en el estudio de Angeles Jojani y Francia Noemi, este estudio midió la capacidad de agencia de autocuidado en usuarios con enfermedad crónica (VIH), en el año 2020 (34). Las investigadoras para validar el instrumento a nuestro contexto realizaron una prueba binomial para la validez del contenido, constructo y criterio de los ítems, los cuales fueron evaluados por 12 expertos, resultando estadísticamente significativa con ($p < 0.05$), posterior a ello para la confiabilidad se sometió a prueba piloto por 20 participantes, el cual mostró un Alfa de Cronbach mayor a 0.7 (Anexo 2).

El instrumento utilizado para esta investigación es utilizado frecuentemente en otras investigaciones con diferentes grupos poblacionales, esta escala es una de las más completas y con resultados validados, lo cual la hace aplicable a diferentes grupos y no solo a una entidad patológica. Asimismo, el instrumento valora el nivel de agencia de autocuidado mediante las capacidades que tiene la persona para poder realizar ajustes a sus prácticas habituales y mejorar las prácticas que tiene para poder tener una agencia de autocuidado adecuada (35).

Intervención educativa: Fue elaborada por los investigadores y aborda temas como: prácticas de autocuidado en la vida cotidiana, desarrollo e implementación de las prácticas de autocuidado, consecuencias de una mala práctica de autocuidado y técnicas para afrontar los problemas del cuidador. Asimismo, la intervención educativa se basó en la “Guía técnica de Autocuidado dirigido a cuidadores de hogares” del Ministerio de Salud y también se incluyó contenido para que pueda responder a cada una de las dimensiones que evalúa el instrumento (36) (Anexo 6).

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Primero el proyecto se presentó la Unidad Integrada de Investigación de la Facultad de Enfermería para que sea revisado y finalmente fue aprobado. Seguido a esto antes de presentar el proyecto al comité institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia se solicitó el permiso a la jefa de servicio de ADI oncológico y la jefa de departamento de Enfermería del establecimiento de salud, el proyecto fue aprobado por el comité institucional de ética de la universidad; posterior a la aprobación también fue evaluado por el comité institucional de ética del establecimiento de salud donde se desarrolló el proyecto. Finalmente fue aprobado por todas las instancias requeridas para continuar con la ejecución.

Reclutamiento: Se realizó una visita una semana antes de iniciar el proyecto al servicio ADI paliativos, se creó un flyer de invitación que fue difundido por la jefa en los consultorios del servicio. Asimismo, se realizaron las coordinaciones sobre los ambientes y se obtuvo la data de cuidadores de pacientes oncológicos en cuidados paliativos para reclutar a los participantes del estudio.

Posterior a ello, se tomó cuatro días para enrolar y completar el estimado de la muestra en horario de 9 de la mañana a 2 de la tarde, en el tiempo indicado se acudió al servicio para invitar a los cuidadores a participar del estudio. Los participantes interesados llenaron un formulario con los criterios de selección (Anexo 3), los participantes que cumplían con los criterios de selección se les brindó el consentimiento informado (Anexo 5) para que lo lean, resuelvan algunas dudas respecto al estudio y sea firmado como muestra de su participación voluntaria. Segundo; los participantes que firmaron el consentimiento se les aplicó el pre-test conformado por 24 preguntas (Anexo 4) con un tiempo promedio para completarlo de 25 minutos.

Primer momento: Con los datos brindados por el participante se creó un grupo de WhatsApp para mantener la comunicación y coordinación con los participantes para coordinar las sesiones, el programa fue de tres sesiones educativas, estas se realizaron en el espacio de las salas de espera del servicio de ADI, las sesiones se realizaron en diferentes fechas, y se realizó una sesión por semana. La misma sesión en la semana se realizó en dos días y en diferentes horarios para permitir que los cuidadores que acudían en diferentes horarios no se vean afectados, la duración promedio por cada sesión fue de 45 minutos como máximo. En las sesiones educativas se emplearon diferentes técnicas educativas (lluvia de ideas, videos informativos, talleres con imágenes).

Segundo momento: Las sesiones estuvieron a cargo de los investigadores y se abordaron temas de prácticas de autocuidado en el desempeño del rol cuidador (Anexo 6). Asimismo, la técnica fue expositiva-participativa, con apoyo de materiales

didáctico-lúdicos que logró captar la atención de los cuidadores primarios y que puedan incorporar los conocimientos brindados en su vida cotidiana.

- **Sesión 01:** La primera sesión educativa se realizó 29 y 30 de mayo tuvo como título “Me cuido para cuidar mejor”, en el cual se les brindó las bases teóricas acerca de las prácticas de autocuidado y las afecciones sobre las malas prácticas de autocuidado. Se concientizo a los participantes acerca de la importancia de conocer la agencia de autocuidado mediante identificación de acciones o situaciones que representaban un buen nivel de agencia de autocuidado.
- **Sesión 02:** La segunda sesión educativa se realizó el día 5 y 6 de junio tuvo como título “Cuídate y Renuévate”, se abordó la operacionalización de las 5 dimensiones de autocuidado las cuales son: interacción social; bienestar personal; actividad y reposo; alimentación y promoción del funcionamiento y desarrollo personal y cómo incorporarlas en la cotidianidad del rol cuidador. Se usaron imágenes lúdicas que identifiquen las actividades que consideraban buenas para operacionalizar y caracterizar como buen nivel de agencia de autocuidado.
- **Sesión 03:** La tercera sesión educativa se realizó 12 y 13 de junio tuvo como título “Me activo, me muevo y me cuido”. Se trató sobre las técnicas para hacer frente a los problemas del cuidador en esta misma sesión se trabajó la fe y la esperanza desde un enfoque universal y no enfocado en una religión.

Tercer momento: Finalmente, dos semanas después de terminar las sesiones educativas en las fechas 19, 20 y 21 de junio, se aplicó el post-test a los participantes

constituido por 24 preguntas con un tiempo promedio de 22 minutos de respuesta. Realizaron el post-test 31 participantes, ya que dos participantes no pudieron continuar en el estudio. Posterior a ellos se agradeció a los participantes al terminó del llenado del post-test y se brindó afiches informativos. Los datos obtenidos se clasificaron y analizaron estadísticamente.

ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

AUTONOMÍA: Esta investigación respetó el derecho a decidir del cuidador primario en poder aceptar participar en el estudio, mediante el consentimiento informado (Anexo 5), donde se le brindó la información necesaria e indispensable del estudio para que pueda tomar una decisión sobre los posibles beneficios.

BENEFICENCIA: Los cuidadores primarios se beneficiaron de la adquisición y aprendizaje de los nuevos conocimientos como la obtención de materiales informativos como afiches sobre las prácticas de autocuidado (Anexo 7) sobre las prácticas de autocuidado. Asimismo, se concientizó sobre la importancia de mantener prácticas adecuadas de autocuidado y su impacto positivo en su salud.

NO MALEFICENCIA: Se buscó no revelar la identidad y datos de los participantes en el estudio, la protección de sus derechos y el bienestar del cuidador primario. También no se incurrió en daños ni riesgos en la salud del cuidador primario; existió un desbordamiento emocional, por ende, los investigadores ofrecieron primeros auxilios psicológicos y se le replanteó la opción si desea seguir participando del estudio o retirarse.

JUSTICIA: En el presente estudio se trató y promovió la equidad sin ningún tipo de discriminación; ya sea por color de piel, sexo, religión y género en los cuidadores primarios.

PLAN DE ANÁLISIS:

Los datos recabados en la realización de las pruebas del Pre- test y Post- test, fueron codificados y los valores obtenidos de los cuestionarios se ingresaron en la base de datos generada utilizando el Programa Microsoft Excel. Posteriormente, los datos se analizaron con el programa Statistics 29, se compararon los puntajes pre-test y post-test, seguido se evaluó la distribución normal en la variable agencia de autocuidado con el test de Kolmogorov- Smirnov, y para evaluar la efectividad se se trabajó con la prueba de t de student para muestras relacionadas, con un nivel de significancia estadística $p < 0.005$. Asimismo, se obtuvo tablas de distribución de frecuencia según la escala del instrumento y los resultados fueron exhibidos mediante tablas y gráficos, facilitando así su comprensión e interpretación.

IV. RESULTADOS

Antes de la intervención educativa el nivel de agencia de autocuidado en los cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos, el 45,2% presento un nivel bajo y el 41,9% un nivel muy bajo de agencia de autocuidado (Ver en tabla 2). Posterior a la intervención el 74, 2% de los cuidadores reporto un nivel bueno de agencia de autocuidado y el 25,8 % reportó alcanzar un nivel regular (Ver en tabla 3).

Se muestra que antes de la intervención educativa el promedio obtenido en la agencia de autocuidado 1,71 (DE: 0, 69) incrementándose el promedio a 3,74 (DE: 0,44). Esta diferencia resulto estadísticamente significativas demuestra que el programa educativo fue efectivo ($p < 0,000$) (Ver en tabla 4).

Los datos sociodemográficos que predominaron en la población de estudio son: el 29,0% son cuidadores con un rango etario entre 33 a 40 años, el 58,1% de cuidadores fueron del sexo femenino, el 51% tiene el nivel completo de estudios secundarios, y el 45,2% denotaba tener trabajo independiente (Ver en tabla 1).

V. DISCUSIÓN:

El estudio mostró que la efectividad del programa educativo incrementó el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Lo cual coincide con el estudio de Malathi y Anice (25) quienes evaluaron la eficacia de una intervención multicomponente sobre la calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes con cáncer, el análisis de varianza mostró que el programa de intervención fue efectivo para mejorar significativamente la calidad de vida y bienestar de los cuidadores en el grupo de intervención. Asimismo, frente a la introducción de la intervención educativa como variable para aumentar el nivel de agencia de autocuidado, se coincide con la investigación de Carrillo et al. (26) quienes observaron efectos positivos y significativos sobre la capacidad de atención domiciliaria y la reducción de la sobrecarga, estos resultados indican que la intervención educativa mejoró eficazmente las habilidades de atención domiciliaria de los pacientes con cáncer y reduce la carga de los cuidadores. En consecuencia, la agencia de autocuidado es esencial para mantener y controlar la salud de manera proactiva, así tener un estado óptimo y alcanzar el pleno bienestar del cuidador dentro del proceso de desarrollo; sin embargo, en los cuidadores primarios esto puede afectarse por desconocimiento a la hora de afrontar el rol, sobrecarga por la demanda de cuidados del paciente, necesidades psicológicas, biológicas y educativas insatisfechas (14), es por esto que es importante educar al cuidador para mejorar el nivel de agencia de autocuidado tras la asunción del rol de cuidado de un paciente oncológico en cuidado paliativo (15).

Los resultados obtenidos en la investigación constatan que antes de la intervención educativa en la muestra de estudio resaltó un nivel bajo y muy bajo de agencia de autocuidado, de los cuales se coincidió con los hallazgos de Medero et al. (27) quienes encontraron que antes de la intervención educativa los cuidadores tenían una capacidad disminuida de autocuidado. De igual modo, contrasta con los resultados de Wasmani et al. (24) quienes evaluaron el impacto de una intervención centrada en la educación familiar en función de la carga de atención que experimentan los cuidadores familiares en donde encontraron que antes de la implementación de la intervención no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de la carga de atención.

Los resultados en la investigación demuestran que después de la intervención educativa en la muestra de estudio, se destacó un nivel bueno de capacidad de autocuidado y un nivel moderado de capacidad de autocuidado, lo cual evidenció una efectividad en relación a la intervención educativa. Por lo que, se concuerda con Çalik et al. (23) donde identificaron que después de la intervención educativa hubo un incremento significativo en la calidad de vida propia de los cuidadores con cáncer incurable con un impacto positivo en la carga y la recuperación del cuidador, como se refleja en mejoras en varias subescalas de calidad de vida. Del mismo modo, los resultados de esta investigación coinciden Pérez y Vega (28) que después de la implementación de intervenciones psicoeducativas diseñadas para atender esta demanda particular, con un enfoque en el autocuidado y en estrategias de afrontamiento personal evidenciaron un aumento en el autocuidado de cuidadores domiciliarios.

Por último, se estableció la diferencia antes y después de la intervención educativa, esto se reportó con un incremento significativo en la media. El instrumento evaluó cinco dimensiones en el cuidador, se reportó un aumento significativo en las dimensiones de bienestar personal, interacción social, desarrollo personal y alimentación. Concordando con Ahmad y Al-Dakem (29) quienes en sus resultados muestra solo mejoras significativas en la autoeficacia y la reducción en la carga tras la intervención comparado con el grupo de atención plena. Asimismo, la dimensión actividad y reposo no mostró una mejora significativa, esto no lleva a suponer que las exigencias y demandas del rol no permiten que mejore el nivel de autocuidado en esta dimensión.

La muestra estuvo constituida mayoritariamente por adultos jóvenes donde predominó el sexo femenino, estas características de la muestra, permite hipotetizar, que es la responsable de tener cambios significativos en el nivel de agencia de autocuidado. Al ser mayor el porcentaje de mujeres en la muestra se relaciona de manera directa con los resultados obtenidos. Asimismo, en nuestro estudio se reporta que en la dimensión actividad y reposo no mostró mejoras significativas, esto se correlaciona de manera directa, sin explicar asociación causal, con la población femenina mayoritaria de la muestra, ya que históricamente la mujer realiza otros roles como el cuidado en la vida familiar, en la salud y esto lo realiza en simultáneo con la labor de cuidado del paciente oncológico paliativo, dejando de priorizar los horarios de descanso (37). De la misma manera, coincidimos con otros estudios donde sus hallazgos muestran que las cuidadoras femeninas no tuvieron cambios significativos en algunas dimensiones de

autocuidado, porque no tienen un cuidador sustituto para tomar descansos, así como no ser capaces de dejar la labor de cuidado pese a los roles socioculturales que desempeña (38).

La capacidad de agencia de autocuidado se debe mantener mediante acciones de promoción de autocuidado, con la finalidad de reducir el nivel de sobrecarga en el cuidador, permitiendo un estilo de vida armonioso entre el desarrollo personal y el rol de cuidar (11). Las intervenciones educativas multidisciplinarias fortalecen el cuidado de la salud del individuo, por eso es importante que el personal de enfermería planifique estrategias para educar al cuidador, con metodologías educativas participativas que han demostrado potencial transformación en los cuidadores (22, 26). La realización de la intervención educativa se ejecutó con la implementación de talleres con una metodología participativa e interactiva entre los participantes del estudio, esto permitió que expresen sus necesidades y emociones para reconocer la realidad y el significado del papel de cuidado desempeñado. Asimismo, la intervención se basó en la teoría constructivista de Vygostsky (19), donde los cuidadores primarios bajo un proceso activo construyeron su propio conocimiento mediante la interacción con el entorno, y fundamentado en las premisas de la teoría del déficit de autocuidado de Orem (9), relacionado con ellos Çalik et al. (23) realizó talleres de intervención con metodologías participativas que fueron una oportunidad no solo para enfocar la intervención, sino que permitió conocer la expresión de emociones, sentimientos y que permitió entender el significado del rol, la tristeza, el dolor y cansancio inicial afrontado por el cuidador. Además, estos encuentros realizados, lograron que el cuidador se sienta acompañado

por el personal de enfermería, obteniendo logros como el fortalecimiento la expresión de sentimientos y el manifestar (22).

La estrategia de desarrollo del programa fue de manera presencial para que los cuidadores primarios se sientan acompañados durante el desarrollo de la intervención, sin embargo, Ahmad y Al-Dakem (29) muestra que un modelo multimodal también es efectivo donde el cuidador primario pueda elegir el número de sesiones de acuerdo a los tiempos y preferencias. Como también en otra investigación muestra que una manera de abordaje con resultados significativos es donde el programa de intervención a cuidadores primarios fue dictado por facilitadores entrenados, esto parece ser una opción de soporte para escenarios donde el profesional este sobreocupado con actividades (20).

Las intervenciones educativas en salud son herramientas poderosas en las que la enfermera trabaja junto a los cuidadores, para aumentar la agencia de autocuidado. Esta es una herramienta de promoción de la salud necesaria, ya que mediante acciones refuerzas las capacidades en los cuidadores y modifica la calidad de vida, así como una mayor costo-efectividad, e impactos significativos en la reducción de la morbimortalidad (22). Es por eso la importancia de que estas intervenciones se mantengan en el tiempo y sean sostenibles con el objetivo de mejorar la calidad de vida, adaptación al rol y un nivel óptimo de agencia de autocuidado.

Este estudio tuvo algunas limitaciones, no contar con la disposición de ambientes adecuados para desarrollar el programa, las salas de espera fueron el espacio empleado

por lo que se tuvo agentes distractores, sumado a los desafíos y preocupaciones a las que se enfrentaban de tener al paciente recibiendo atención. Por otro lado, no poder acceder a todos los cuidadores fue una limitación para la representatividad total de la población de estudio. El instrumento utilizado por ser de auto reporte puede incurrir en un sesgo de cortesía de parte de los participantes del estudio. A pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados obtenidos en la investigación proporcionaron una base sólida para respaldar la efectividad de la intervención educativa en el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Se recomienda tener en cuenta lo mencionado para futuras investigaciones que aborden las variables estudiadas en la presente investigación.

VI. CONCLUSIONES

1. La aplicación de la intervención educativa demostró ser efectiva en mejorar el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios evidenciando una agencia de autocuidado buena, dado que se logró promover su capacidad de mejoría en el autocuidado.
2. Se identificó que antes de la intervención educativa predominó un nivel de agencia de autocuidado bajo en los cuidadores de los pacientes oncológicos. Tras la intervención educativa el nivel de agencia aumentó a un nivel.
3. Después de comparar las diferencias antes y después de la intervención educativa se evidenció la efectividad en el nivel de agencia de autocuidado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Cáncer [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 18]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú SE 04-2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 18]. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2797-3>
3. Hendrix C, Bailey D, Steinhauer K, Olsen M, Stechuchak k, Lowman S, Schwartz A, Riedel R, Keefe F, Porter L, Tulsku J. Effects of enhanced caregiver training program in cancer caregiver's self – efficacy, preparedness, and psychological well-being. Supportive Care in Cancer [Internet]. 2016 June [citad 2023 Nov 21]; (24). [Internet]. 2010 Jun [citad 2022 Oct 05]; (19). <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2797-3>
4. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas. Documento Técnico Estrategias para la integración de los Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red Integrada de Salud [Internet]. 147–2019 Lima, Perú; 2019 p. 20. Available from: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/RJ-147-2019.pdf>
5. Organización Mundial de la salud. Cuidados Paliativos [Internet]. 2018 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
6. Kuang Y, Wang M, Xiaonan N, Jia S, Guan T, Zhang X, Zhang Y, Lu J, Wang A. Family resilience of patients requiring long-term care: A meta- synthesis of qualitative studies. Journal if Clinical Nursing [Internet]. 2022; 32(13).
7. López J, Ferrtiz G, Colunga C, Bernal M. Manejo del dolor inducido por cáncer metastásico. Revista Chilena Anestesia [Internet]. 2023; 52 (8): 780-784. 10.25237/revchilanestv52n8-25
8. Toapanta I, Abril R. Síndrome de sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad. International Journal of Interdisciplinary [Internet]. 2022; 3(8).

9. Rangel N, Robles R, Sánchez J. El autocuidado es necesario durante este proceso, ante las etapas que atraviesa el cuidador primario, ya que es importante que el profesional enfermero acompañe al cuidado a generar su autocuidado. *Psicología y Salud*. 2023; 34 (1). <https://doi.org/10.25009/pys.v34il.2839>
10. Santos K, Costa A, Sena A, Farias C, Machado D, Freitas F, Arouca M. Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção científica brasileira. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(4). <https://10.34117/bjdv7n4-047>
11. Álvarez D, Reyes C. Relación entre sobrecarga del cuidador y agencia de autocuidado del paciente de cirugía cardíaca en Cúcuta – Colombia. *Revista Cuidarte*. 2022; XIII(2). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2433>
12. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo De Dorothea Orem Aplicado A Un Grupo Comunitario A través Del Proceso De Enfermería. *Enfermería Glob [Internet]*. 2010 Jun [citad 2022 Oct 05]; (19).
13. Manrique F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*. 2009; 9(3). Available from: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1521/1827>
14. Álvarez D, Reyes C. Relación entre sobrecarga del cuidador y agencia de autocuidado del paciente de cirugía cardíaca en Cúcuta- Colombia. *Revista Cuidarte*. 2022; 13(2). (<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2433/2495>).
15. Pérez D, Monroy A, Villareal C, Gálvez C. Necesidades insatisfechas de cuidadores primarios de pacientes con cáncer de mama: percepción diádica. *Revista de Salud Pública*. 2020; 22(3). <https://www.scielosp.org/article/rsap/2020.v22n3/288-293#>
16. Ferrell B, Kravitz K. Cancer Care: Supporting Underserved and Financially Burdened Family Caregivers. *J Adv Pract Oncol [Internet]*. 2017;8(5):494–500.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6067909/>

17. Herdman H. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2015-2017. Herdman H, Kamitsuru S, editors. Barcelona: Elsevier; 2014. 534 p.
18. Regina W. Cuidado Humano: La Vulnerabilidad Del Ser Enfermo y Su Dimensión De Trascendencia. *Index Enferm* [Internet]. 2015;23(4):234–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009
19. Burgo O, León J, Cáceres M, Pérez C, Espinoza E. Algunas reflexiones sobre investigación e intervención educativa. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2019; XLVIII(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572019000500003&script=sci_arttext
20. Touriñan López JM. Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La Mirada Pedagógica. *Rev Port Pedagog* [Internet]. 2011;283–307. Available from: <https://www.liberquare.com/blog/content/intervencioneducativa.pdf>
21. Naranjo Hernández Ydalsys, Concepción Pacheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2017 Dic [citad 2022 Oct 04] ; 19(3): 89-100. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es
22. Rivera Álvarez LN. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avances en enfermería* [Internet]. 2006; 24:91-8. Available from: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969>
23. Çalik K, Küçük E, Halimoglu B. The effect o fan educational palliative care intervención on the quality of life of patients with incurable cancer and their caregivers. *Support Care Cancer* [Internet]. 2022 [Cited 2023 Ene]; 30: 2427-2434. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-021-06672-1>

24. Wasmani A, Rahnama M, Badakhsh M, Hashemi Z. The effect of family-Centered Education on the Care Burden of Family Caregivers of the Elderly with Cancer: A Quasi-Experimental Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* [Internet]. 2022 [Cited 2023 Ene]; 23 (3): 1077-1082. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9360962/>
25. Malathi G, Anice G. Effectiveness of Multicomponent Intervention on Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* [Internet]. 2021 [Cited 2023 Ene]; 22 (9): 2789-2795. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8850909/>
26. Carrillo G, Laguna M, Gómez J, Chaparro L, Carreño S. Effect of an Educational Intervention for Family Caregivers of Individuals with Cancer in Surgery. *Enfermería Global* [Internet]. 2021; 20 (61): 395-419. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412021000100016&script=sci_arttext&tlng=en
27. Medero C, Sixto A, Secadas M. Efectividad de una intervención educativa para el autocuidado en familiares cuidadores de enfermos oncológico. 1er Simposio para el desarrollo de las Especialidades de Enfermería [Internet]. 2022 Available from: <https://simposioenfesp.sld.cu/index.php/simposioenfesp2022/2022/paper/paper/viewPaper/406>
28. Pérez M. y Vega C. Intervención psicoeducativa y eficacia del autocuidado en cuidadores informales de personas con demencia. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 27–36. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2475>
29. Ahmad M, Al-Daken L. Clinical Trial on Mindfulness with family caregivers for patients with cancer. *J Canc Educ* [Internet]. 2022; 37: 304-310. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-020-01812-3>
30. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Bastista Lucio M del P. *Metodología de la Investigación* [Internet]. 6ta ed. México D.F; 2014. 128 p.

Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

31. Velandia Arias A, Nelly RÁL. Confiabilidad de la escala apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. Av enferm [Internet]. 2009;27(1):38–47. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/17334/1/12953-34835-1-PB.pdf>
32. Velandia A, Rivera L. Confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA), segunda versión en español, adapta para población colombiana. Avances en enfermería [Internet]. 2009; 27(1): 38-47.
33. Rivera Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev Salud Publica [Internet]. 2006;8(3):235–47. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf>
34. Angeles J, Francia N. Capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima [Tesis de Licenciatura en Internet]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020 [Citado 2022 oct 04]. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9442/Capacidad_AngelesAlvino_Jojani.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Achury D, Sepúlveda G, Rofríguez S. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. [Internet]. 2009; 11 (2): 9-25.
36. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Autocuidado Dirigido a Cuidadores de Hogares. [Internet]. 2017 [cited 2020 May 30]. Available from: <https://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dirfun/2017/RDN%20190-2017%20DG.pdf>
37. Torres B, Agudelo M, Pulgarin A, Berbesi D. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. Universidad y Salud. 2018; 20(3): 261-

269. Available from:
<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3747>

38. Hernández N, Barragán J, Moreno C. Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. *Rev Cuid.* 2018; 9(1): 2045-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.479>

VIII. TABLAS

Tabla 1: Característica sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Características	Frecuencias /Porcentaje N= 31 100%
<i>Edad</i>	
De 33 a 40 años	9 (29,0%)
De 40 a 45 años	7 (22,6%)
De 45 a 50 años	5 (16,1%)
De 50 a 55 años	2 (6,5%)
De 55 a 60 años	5 (16,1%)
De 60 a 64 años	3 (9,7%)
<i>Sexo</i>	
Masculino	13 (41,9%)
Femenino	18 (58,1%)
<i>Grado de instrucción</i>	
Primaria	7 (22,6%)
Secundaria	16 (51,6%)
Superior	8 (25,8%)
<i>Ocupación</i>	
Ama de casa	7 (22,5%)
Trabajo independiente	14 (45,2%)
Trabajo dependiente	10 (32,3%)

En la tabla 1, el 29,0% se encuentran dentro del rango de 33 a 40 años, en lo que concierne al sexo se identificó que el sexo predominante fue femenino con 58,1%, en referencia al grado de instrucción predominó el grado de instrucción secundario con 51,6%, en términos de ocupación predominó 45,2% lo cual denotaba tener trabajo independiente.

Tabla 2: Nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos antes de la intervención educativa (Pre – Test).

Niveles de agencia de autocuidado	Pre-Test	
	N	%
Agencia de autocuidado muy baja	13	41,9
Agencia de autocuidado baja	14	45,2
Agencia de autocuidado regular	4	12,9
Agencia de autocuidado buena	0	0,0
Total	31	100,0

En la Tabla 2, antes de la intervención educativa el 41,9% presentaba un nivel muy bajo de agencia de autocuidado, mientras que el 45,2% mostraba un nivel bajo de agencia de autocuidado en cuidadores primario de pacientes oncológicos en cuidados paliativos en el Servicio de Cuidado Paliativos.

Tabla 3: Nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos después de la intervención educativa (Post – Test).

Niveles de agencia de autocuidado	Post-Test	
	N	%
Agencia de autocuidado muy baja	0	0,0
Agencia de autocuidado baja	0	0,0
Agencia de autocuidado regular	8	25,8
Agencia de autocuidado buena	23	74,2
Total	31	100,0

En la Tabla 3, después de la intervención educativa el 25,8% presentaba un nivel regular de agencia de autocuidado, mientras que el 74,2% mostraba un nivel bueno de agencia de autocuidado en cuidadores primario de pacientes oncológicos en cuidados paliativos en el Servicio de Cuidado Paliativos.

Tabla 4: Efectividad del programa educativo en el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

		Valor de prueba =		
		0		
	N	Media	t	Desv.
Agencia de autocuidado				
Pre-test	31	1,710	13,746	,693
Agencia de autocuidado				
Post-test	31	3,742	48,839	,445

t=-17,210 p=<0,000

En la tabla 4, el nivel pre-test fue de 1,710 antes de la aplicación de la intervención y después de la aplicación se incrementó la media a 3,742 post-test. Asimismo, la prueba de la t de Student en el pre-test fue de 13,742 y post-test fue de 48,839, evidenciando una diferencia significativa de agencia de autocuidado.

ANEXOS

ANEXO N° 1

OPERALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable dependiente	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Nivel de agencia de autocuidado.	Es la capacidad que posee una persona para discernir, evaluar sus necesidades de salud y tomar decisiones que favorecen su autocuidado para la promoción y mantenimiento de su salud (7).	Interacción social	Es un método que usan los seres humanos para relacionarse entre sí en diferentes áreas: académica, familiar, social.	Escala de medición global: Nivel de agencia muy bueno: 82-96 Nivel de agencia bueno: 63-81 Nivel de agencia bajo: 44-62 Nivel de agencia muy bajo: 24-43
		Bienestar Personal	Se define como un estado de satisfacción y confort personal que considera como positivo el bienestar biopsicosocial.	
		Actividad y reposo	Son acciones que incluyen el ejercicio necesario y el descanso adecuado para realizar las actividades diarias.	
		Alimentación	Es el acto mediante el cual se proporcionan alimentos al organismo.	
		Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Es un proceso de superación y transformación mediante el cual el ser humano va desarrollando capacidades y habilidades.	

Variable independiente	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Intervención Educativa	La intervención educativa en enfermería está orientada y fundamentada en el conocimiento con el juicio clínico de los profesionales de enfermería, que busca lograr los resultados esperados del paciente. Asimismo, las intervenciones están orientadas hacia la persona, familia y comunidad, incluyendo cuidados de manera directa o indirecta (13).	Planificación	En relación a los objetivos del estudio se diseña la organización y secuencia de saberes para una práctica de autocuidado, así como los aspectos logísticos y la preparación del material educativo para la intervención educativa.	Es efectivo No es efectivo
		Ejecución	Realización de las tres sesiones educativas de enfermería, empleando estrategias para un aprendizaje significativo respecto al autocuidado o cuidado de sí mismo.	
		Evaluación	Proceso permanente, se realizará al final de cada sesión y concluye con la aplicación del post-test al finalizar con las tres intervenciones educativas.	

ANEXO N°2

EVALUACIÓN DEL JUICIO DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

Validez de contenido: El Ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ITEMS	JUECES												ACUERDO S	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	11	0.0032
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.0032
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.0032
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002

18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
24	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
													PROMEDIO	0.0006

El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados del juicio de expertos ($p=0.0006$), evidencia la validez del contenido del instrumento ($p<0.05$).

Validez de constructo: El ítem contribuye a medir el indicador planteado.

ITEMS	JUECES												ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
6	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.0032

7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.0032
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.0032
11	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	D	A	10	0.0193
12	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.0032
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
15	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	11	0.00 32
16	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
24	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.0032
													PROMEDIO	0.0019

El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados del juicio de expertos ($p=0.0019$), evidencia la validez de constructo del instrumento ($p<0.05$).

Validez de criterio: El ítem clasifica a los sujetos en las categorías establecidas.

ITEMS	JUECES												ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	11	0.0032
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.0032
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.0032
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002

21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
24	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.0002
													PROMEDIO	0.0006

El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados del juicio de expertos ($p=0.0006$), evidencia la validez del contenido del instrumento ($p<0.05$).

ANEXO N°3

Formulario para Criterios de Inclusión del estudio	
1.	¿Cuántos años tiene usted?
2.	Por el cuidado que usted brinda al paciente ¿Recibe alguna remuneración salarial?
3.	Cuanto tiempo tiene cuidando al paciente

ANEXO N° 4

CUESTIONARIO DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)

PRESENTACIÓN

Tenga usted un buen día, somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el presente cuestionario es para realizarle algunas preguntas que han sido elaboradas como parte del estudio de investigación. Es importante que tenga en cuenta que este cuestionario es de carácter anónimo.

DATOS GENERALES

Edad:.....

Código:

Sexo: (M) (F)

Grado de instrucción:

Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación:

Ama de casa () Trabajo independiente () Trabajo dependiente ()

INSTRUCCIÓN

A continuación, le presentaremos las siguientes preguntas, cada una de ellas contiene cuatro posibles respuestas, de los cuales usted deberá marcar sola una, la que considere conveniente en base a las alternativas siguientes:

Nunca	Casi Nunca	Casi siempre	Siempre
Nunca lo realiza	1 o 2 veces por semana	4 a 6 veces por semana	Todos los días

ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Este formulario contiene preguntas en base a las dimensiones de autocuidado: Interacción social; Bienestar Personal; Actividad y reposo; Alimentación y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal

AFIRMACIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud				
2. Revisó si las actividades que practico para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme, me las arreglo para conseguir ayuda.				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5. Hago lo necesario para mantenerme con salud.				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar mejores cuidados para mi salud que las que tengo ahora.				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9. Para mantener el peso ideal hago los cambios necesarios en mis hábitos alimenticios.				

10. Cuando hay situaciones que me afectan yo el manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llegó a hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda, puedo recurrir a mis amigos siempre.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirse descansado.				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio				
16. He sido capaz de cambiar hábitos a los que estaba acostumbrado con tal de mejorar mi salud				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina, cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar el bienestar y seguridad mío y de mi familia.				
19. Soy capaz de evaluar si lo que hago sirve para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias, me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo soy capaz de conseguir la información necesaria sobre qué hacer				

22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda				
23. Puedo sacar tiempo para mí				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

PUNTUACIÓN- ESCALA LIKERT

FORMA DE RESPUESTA	
NUNCA	1
CASI NUNCA	2
CASI SIEMPRE	3
SIEMPRE	4
A excepción de las preguntas 6, 11 y 20 porque son preguntas negativas (se invierte el puntaje).	

El puntaje menor que se obtiene es de 24 y el mayor de 96 puntos.

CLASIFICACIÓN	PUNTAJE
Buena Agencia de Autocuidado	82-96
Regular Agencia de Autocuidado	63-81
Baja Agencia de Autocuidado	44-62
Muy baja Agencia de Autocuidado	24-43

ANEXO N°5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO : Efectividad de una intervención educativa en el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos, en un Hospital Nacional, SMP.2021

INVESTIGADORES: Wilmer Stefano Machuca Bran, Winnye Lilia Olivares Rojas

INSTITUCIÓN : Universidad Peruana Cayetano Heredia-UPCH

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El estudio llamado “Efectividad de la intervención educativa en el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. En un Hospital Nacional SMP.2021”. Este es un estudio desarrollado y empleado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; el cual pretende medir el nivel de agencia de autocuidado en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

En el desempeño del rol cuidador, existen muchas adversidades que pueden llevar a que está viva dolencias físicas, psicológicas y emocionales afectando su salud por un descuido de sí mismo, es por eso que conocer sobre la agencia de autocuidado es importante ya que son las diferentes conductas que se realizan de manera propia por la persona buscando favorecer el bienestar de su salud. En el rol cuidador se presenta prácticas que se realizan día a día que favorecen el bienestar de la salud de las personas

PROCEDIMIENTOS:

Si usted acepta participar en el presente estudio, se le empleará los siguientes procedimientos

1. Se le aplicará un instrumento de valoración en físico, este será anónimo de 24 preguntas para medir el nivel de agencia del cuidado de sí mismo, le tomará resolverlo en un tiempo promedio de 20 minutos.
2. Se realizará un programa educativo que constará de tres sesiones educativas sobre las prácticas de autocuidado, cada sesión se realizará en un tiempo no mayor a 45 minutos, el horario será pactado con previa coordinación del participante.
3. Se le aplicará un instrumento de valoración físico, este será anónimo de 24 preguntas para medir el nivel de agencia del cuidado de sí mismo, después de haber finalizado las tres sesiones educativas.

RIESGOS:

No existe algún riesgo frente a la participación del estudio que comprometa la salud física y mental de los cuidadores. Si existe alguna pregunta que le cause incomodidad por favor comuníquelo a los investigadores.

BENEFICIOS:

El beneficio del presente estudio es brindar un programa educativo sobre las prácticas de autocuidado, a través del cual se obtendrá aprendizajes de nuevos conocimientos. Asimismo, se le otorgará un material informativo sobre las prácticas de autocuidado, para una mejor calidad de vida y como incorporarlas día a día.

COSTO E INCENTIVOS:

Usted como participante no pagará nada en el presente estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD:

Los investigadores guardarán su información de manera anónima. Solo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio (Machuca Bran, Wilmer Stefano; Olivares Rojas, Winnye Lilia), al teléfono [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico orvei.ciei@oficinas-upch.pe.

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

<hr/> Nombres y Apellidos Participante	<hr/> Fecha y Hora
<hr/> Nombres y Apellidos Testigo (si el participante es analfabeto)	<hr/> Fecha y Hora
<hr/> Nombres y Apellidos Investigador	<hr/> Fecha y Hora

ANEXO N°6

PROGRAMA EDUCATIVO: “Cuidarme, para cuidar-te”

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas han aumentado a nivel mundial en los últimos años es por ello que se requiere asistencia para estas personas, lo cual es asumido por los cuidadores primarios sin remuneración. La estrategia para cuidar a pacientes con cáncer terminal está orientada a que el cuidador primario brinde cuidado. Es por eso, que el cuidador primario puede presentar alteraciones físicas y psicoemocionales, lo cual repercute de manera desfavorable en el desarrollo y potencialidad de su vida, por lo que es importante favorecer el cuidado de sí mismo en base a la teoría de Dorothea Orem.

OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Identificar y evaluar el impacto del plan educativo sobre el nivel de agencia de autocuidado en el cuidador primario en el servicio de ADI de un Hospital Nacional -HNCH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Grupo expositor

- ✓ Identificar el nivel de agencia de autocuidado en el cuidador primario antes de la intervención educativa en el servicio de ADI.
- ✓ Promover conocimientos sobre la agencia y prácticas de autocuidado.
- ✓ Concientizar sobre la importancia de ejercer buenas prácticas de autocuidado

Grupo oyente

- ✓ Los cuidadores primarios serán capaces de identificar las buenas conductas de la agencia de autocuidado.
- ✓ Los cuidadores primarios fortalecerán sus conocimientos sobre la agencia de autocuidado.

- ✓ Los cuidadores primarios serán capaces de tomar decisiones informadas para favorecer su autocuidado.

DURACIÓN

- ✓ 45 min.

FRECUENCIA

- ✓ Cada semana por un mes.

GRUPO BENEFICIARIO

Los cuidadores primarios del servicio de cuidados paliativos de un Hospital Nacional.

CRONOGRAMA

En el servicio de cuidados paliativos de un Hospital Nacional se solicitarán los datos de los cuidadores primarios de los pacientes que asisten al servicio.

- ❖ 1era Intervención

Se aplicará el consentimiento informado y el instrumento de Agencia de Autocuidado (ASA) a los cuidadores primarios en el grupo intervención.

- ❖ 2da, 3era y 4ta reunión presencial: Grupo Intervención

Realización del programa educativo

- ❖ 5ta visita: Grupo intervención.

Se aplicará el instrumento de Agencia de Autocuidado (ASA)

RECURSOS MATERIALES:

- Presentación de Power Point
- Videos informativos
- Fichas informativas

ASESORA

- Mg. Torres Deza, Clara

RECURSO HUMANO

Investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

- Machuca Bran, Wilmer Stefano
- Olivares Rojas, Winnye Lilia

ESTRATEGIAS/ TÉCNICAS METODOLÓGICAS:

- Sesión expositiva / educativa
- Sesión demostrativa

Área de Desarrollo	Intervención	Actividades	Anexos
-Bases teóricas sobre prácticas de autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> ● Enseñanzas sobre las prácticas de autocuidado. ● Promover e impulsar el desarrollo de su salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de integración - Realización de un compromiso para asistir a las sesiones educativas. - Educar al cuidador primario sobre la importancia de las prácticas de autocuidado. - Realizar una retroalimentación con los cuidadores. 	Sesión 1
-Desarrollo y operacionalización en las prácticas de autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> ● Sesión de entrenamiento de las actividades de autocuidado. ● Realización de actividades lúdicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámicas y la importancia del movimiento. - Sesión educativa y demostrativa de las prácticas. - Presentación audiovisual - Reafirmación de compromiso. 	Sesión 2
-Técnicas para hacer frente a los problemas del cuidador primario.	<ul style="list-style-type: none"> ● Adecuar lo aprendido y sumar las técnicas para mejorar el autocuidado. ● Reforzar las conductas sobre las buenas prácticas de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relajación. - Musicoterapia - Realización de una lista de actividades de autocuidado que priorice y realice durante el desempeño del rol. 	Sesión 3

SESIÓN 1

TÍTULO: “ME CUIDADO PARA CUIDAR MEJOR”

TEMA: Bases teóricas del autocuidado

OBJETIVO GENERAL:

- Lograr que los cuidadores primarios conozcan las bases teóricas de las prácticas de autocuidado y las afecciones sobre las malas prácticas de autocuidado.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

Expositiva-Participativa

RECURSOS HUMANOS:

- Investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la facultad de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Rotafio
- Lapbook





DURACIÓN

45 minutos

ESTRATEGIA EDUCATIVA

Dinámica- exposición del tema

DESARROLLO

MOTIVACIÓN	CONTENIDO	MEDIO AUDIOVISUAL
PRESENTACIÓN	Buenos tardes, somos investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la Facultad de Enfermería, hoy se llevará a cabo una sesión educativa que se titula “Me cuidado para cuidar mejor”	
SENSIBILIZACIÓN	DINÁMICA La dinámica consiste en la elección al azar y la persona seleccionada será quien se presente.	
INFORMACIÓN	¿Qué son las prácticas de autocuidado? Es una conducta o acción que existe en diferentes situaciones de la vida, pues están dirigidas por la persona y estas son hacia sí misma o a su entorno, lo cual estas conductas/acciones regulan los factores que puedan afectar a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar de la persona. Preguntas: ¿Cómo se cuida usted? ¿Qué sabe usted sobre el autocuidado? ¿Qué realiza usted para favorecer su autocuidado? ¿Sabe usted sobre los beneficios del autocuidado? ¿Qué actividades realiza usted para su autocuidado?	  Autocuidado

<https://www.youtube.com/watch?v=-Ryw2FulYew>

¿Qué es el déficit de autocuidado?

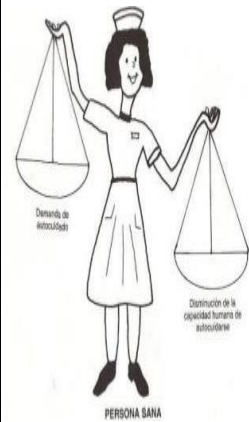
Se presenta cuando la persona no tiene la capacidad suficiente para ejercer el autocuidado lo cual no es capaz de satisfacer la demanda del cuidado de sí mismo.


¿Cuáles son las afecciones de las malas prácticas de autocuidado?

Cuando el cuidador primario no tiene la competencia suficiente para suplir su necesidad de cuidado de sí mismo, pues esta alteración es causada por la fatiga, agotamiento, estrés, afrontamiento ineficaz ocasionado por los pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Teniendo como consecuencia el síndrome del desgaste del cuidador primario, pues este síndrome es originado por las dificultades y adversidades que tiene el cuidador, que le conlleva al desgaste que puede deteriorar el estado de salud del cuidador lo cual genera:

- Alteraciones físicas
- Alteraciones psicoemocionales
- Alteraciones espirituales

Con todas estas alteraciones en el cuidador primario experimenta una falta de realización, una sobrecarga, depresión, baja autoestima, aumento de la intolerancia lo cual todo ello conlleva a un autocuidado ineficaz.



	<p>Redes de soporte entre cuidadores se debe organizar dentro de su círculo familiar y social para aminorar la carga.</p>	
<p>DESPEDIDA</p>	<p>Conclusiones ¿Qué debemos realizar para favorecer nuestro autocuidado?</p> <p>En conclusión, debemos priorizar la importancia del autocuidado del cuidador, lo cual se basa en conocer los aspectos y medidas que puedan alterar y/o afectar la estabilidad en los diversos aspectos de la vida tanto en la relación biológica, personal, social y espiritual. Para ello se debe utilizar prácticas y estrategias de autocuidado para mejorar este proceso de bienestar. Finalmente, nuestra sesión educativa ha terminado, si alguien tiene una pregunta que realizar, estamos abiertos a aclarar sus dudas. Esperamos que la sesión brindada haya sido de su agrado y beneficioso para su conocimiento sobre el cuidado de sí mismo y para su propia salud.</p> <p>Agradecemos por la atención brindada, nos encontraremos en otra oportunidad.</p>	

SESIÓN 2

TÍTULO: “CUÍDATE Y RENUÉVATE”

TEMA: Desarrollo y operacionalización en las prácticas de autocuidado

OBJETIVO GENERAL:

- Lograr que los cuidadores primarios sean capaces de desarrollar las actividades de autocuidado.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

Expositiva-Participativa

RECURSOS HUMANOS:

- Investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la facultad de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Rotafio
- Lapbook



DURACIÓN

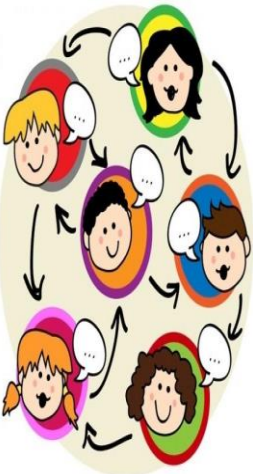
45 minutos


ESTRATEGIA EDUCATIVA

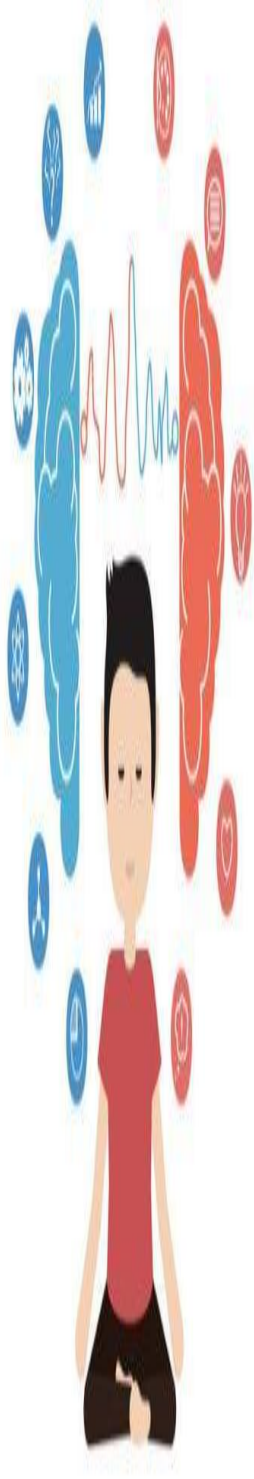
Dinámica- exposición del tema

DESARROLLO

MOTIVACIÓN	CONTENIDO	MEDIO AUDIOVISUAL
PRESENTACIÓN	Buenos tardes, somos investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la Facultad de Enfermería, hoy se llevará a cabo una sesión educativa que se titula “Cúidate y Renuévate”	
SENSIBILIZACIÓN	DINÁMICA Se realizará la dinámica de los foquitos brillantes, lo cual consiste en que los cuidadores primarios escriban ideas sobre qué prácticas de autocuidado.	
INFORMACIÓN	AUTOUIDADO https://www.youtube.com/watch?v=FMP P5G1up1I Bienestar Personal: Bienestar personal subjetivo: se define como todas las experiencias emocionales que resultan placenteras. En este constructo se introducen características como la felicidad, la calidad de vida percibida por el sujeto, y satisfacción. Estrategias para desarrollar. Plantear preguntas, compartir experiencias, juegos Interacción social: Se define como los vínculos que existen entre personas de un grupo, familia y comunidad. Estos vínculos son esenciales para nuestra sociedad ya sea para	

	<p>compartir, participar y colaborar dentro de las actividades grupales.</p> <p>Beneficios: Acciones a desarrollar</p> <p>Las redes de apoyo social:</p> <p>Conjunto de relaciones que integra una persona con su entorno y que puede establecer vínculos solidarios para resolver necesidades y servir de soporte</p> <p>Dinámica:</p> <p>Se realizará breakout rooms: donde los cuidadores puedan interactuar con otros cuidadores</p> <p>Los cuidadores pueden compartir los beneficios de la interacción y cómo se sintieron. Beneficios de las redes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Permite tener, comprender y adquirir nuevos aprendizajes- Compartes con personas que tienen intereses comunes- Representa el sentido de pertenencia y comprensión- Permite la horizontalidad, democratización y creatividad <p>Entorno:</p> <p>Es todo tipo de circunstancias que nos rodean y que son capaces de influir sobre nuestro comportamiento, pensamientos y manera de relacionarnos en nuestro círculo social, familiar, laboral entre otros. El entorno tiene efectos directos</p>	 <p>Diagrama que ilustra una red de apoyo social. Se muestran siete personas con diferentes rasgos físicos y colores de fondo, cada una con un círculo de diálogo. Flechas curvas conectan a las personas entre sí, formando un círculo que representa la interacción y el apoyo mutuo dentro de un grupo.</p>
--	---	--

	<p>sobre el bienestar de las personas.</p> <p>Desarrollo personal:</p> <p>Es el proceso en el cual los seres humanos buscan alcanzar sus metas, objetivos, deseos e incrementar el potencial para poder lograr una superación personal. Cabe remarcar que el desarrollo personal depende del contexto social y en la época que se encuentra el ser humano.</p> <p>Importancia del Desarrollo Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medio para desarrollar vínculos y aspectos personales, familiares, laborales entre otros. - Permite tener un mayor autoconocimiento <p>Como mejorar el desarrollo Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comienza por evaluar tus emociones positivas (Cosas que le hacen feliz, como vives tus emociones positivas) - Comprueba si alcanzas un buen nivel de afecto positivo - Evalúa tu estado emocional actual (Como se siente actualmente, que siente cuando pasan los días, cómo actúan frente al paciente, pensamientos positivos, parte espiritual, tiempo que dedica para el mismo, como ven ellos el final tranquilo) - Reconoce cuales son las emociones temporales y las que siempre permanecen 	 
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Sirve para desarrollar aspectos personales, familiares, laborales entre otros. - Te ayuda a conocerte a ti mismo <p>Manejo del estrés:</p> <p>El estrés es un proceso que empieza cuando las demandas ambientales supera la capacidad adaptativa del organismo de una persona, para manejar esta carga se necesita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descargar la tensión física: Para ello se podría realizar diferentes actividades como respiración, relajación mental y masajes. - Afrontar la situación de la vida: Analizar la situación con calma para tomar decisiones para la mejora de su propia vida. Podrían compartir los cuidados, delegar responsabilidades, encontrar tiempo para sí mismo, hablar del tema con alguna persona de su confianza. - Pensar distinto y sentirse mejor: Para mejorar la situación de estrés debemos empezar por apreciarnos, aceptarnos, pensar en cosas positivas, en recursos personales, por otro lado, debemos de aprender a tener pensamientos positivos y optimistas. - Disfrutar cada día: Emplear en la vida cotidiana actividades que les genere placer, disfrute, alegría, paz, humor o tranquilidad. Como, por ejemplo, 	 <p>The illustration shows a stylized human figure in the center, wearing a red top and black pants. Surrounding the figure are various icons: blue circles with white symbols (like a gear, a person, and a heart), red circles with white symbols (like a heart, a person, and a gear), and a red heartbeat line. The background is white with a subtle grid pattern.</p>
--	--	---

escribir o piensa en positivo, o traer a tu mente un lugar que es de su agrado, piense o encuéntrese con algunas personas que son de su agrado y por último piense en actividades agradables.

- Apoyarse entre familia

Las relaciones familiares deben ser positivas, es importante expresar los sentimientos, respetando a los demás sin agredir a otras personas.

Alimentación:

La alimentación saludable se obtiene al combinar varios alimentos de forma equilibrada, para cubrir las necesidades nutritivas lo cual contribuye al crecimiento y desarrollo en las capacidades físicas e intelectuales. Es importante consumir alimentos saludables, y no omitir comidas.



Para realizar una mejor selección te brindamos algunas recomendaciones, como, consumir alimentos que puedan ser:



Carnes, pescados y pollo, cereales, vegetales, frutas, leche, yogurt, queso, huevos, papas, camotes, yuca, menestras y otros que te ayudarán a estar sano, Además, consumir agua 8 vasos al día en promedio.

Arreglo Personal:

Los hábitos de higiene previenen enfermedades, sino que también mejora la calidad de salud en general. Se debe



	<p>practicar y no descuidar los hábitos de higiene personal como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baño - Lavado de dientes - Lavado de manos con frecuencia antes de cualquier actividad <p>Higiene de la vivienda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpieza y desinfección de la casa en los ambientes del cuarto, cocina, baño y otros lugares de la casa. <p>Higiene de los alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar todos los alimentos como frutas, verduras. - Limpieza de los utensilios de la cocina. <p>Actividad y reposo:</p> <p>La actividad física debe ser planificada, teniendo como objetivo la mejora y el mantenimiento de la aptitud física</p> <p>Beneficios de la actividad física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía, diabetes, depresión. - Mejora la salud ósea y funcional del cuerpo humano. - Mejora los niveles de estrés. <p>La actividad física para los adultos consiste en actividades recreativas, de ocio, desplazamiento (paseos a pie o en bicicleta) , deportes, ejercicios</p>	 <p>Usar o lenço para assoar o nariz</p> <p>Não andar descalço</p> <p>Tomar banho todos os dias</p> <p>Lavar os alimentos</p> <p>Mantêr sua casa limpa</p> <p>Filtrar a água de beber</p> 
--	--	--

	<p>programados. Lo recomendable es dedicar 30 minutos diarios</p> <p>Reposo:</p> <p>Es importante tener la calidad en el descanso y las horas de sueño en promedio debe ser de 7 a 8 horas por noche. Y así mejorar los procesos de descanso y mantener una salud óptima.</p>	
<p>DESPEDIDA</p>	<p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tratar cada día de realizar un mínimo de actividades, ya sea caminar, escuchar música, descansar. - Buscar afianzar las redes de apoyo a través de grupos de WhatsApp, Messenger, zoom, video llamadas o por llamadas. - Compartir los que sientes y buscar maneras de sentirte mejor. <p>Finalmente, nuestra sesión educativa ha terminado, si tienen alguna pregunta que realizar, estamos abiertos a aclarar sus dudas. Esperamos que la sesión brindada haya sido de su agrado y beneficioso para su conocimiento sobre el cuidado de sí mismo y para su propia salud.</p> <p>Agradecemos por la atención brindada, nos encontraremos en otra oportunidad.</p>	

SESIÓN 3

TÍTULO: “ME ACTIVO, ME MUEVO Y ME CUIDO”

TEMA: Técnicas para hacer frente a los problemas del cuidador primario.

OBJETIVO GENERAL:

- Lograr que los cuidadores primarios mantengan una buena salud física y mental con las técnicas de relajación.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

Expositiva-Participativa

RECURSOS HUMANOS:

- Investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la facultad de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Rotafio
- Lapbook


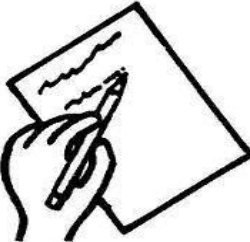
DURACIÓN

45 minutos

ESTRATEGIA EDUCATIVA

Dinámica- exposición del tema

DESARROLLO

MOTIVACIÓN	CONTENIDO	MEDIO AUDIOVISUAL
PRESENTACIÓN	Buenos tardes, somos investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la Facultad de Enfermería, hoy se llevará a cabo una sesión educativa que se titula “Me activo, me muevo y me cuido”	
SENSIBILIZACIÓN	DINÁMICA Se realizará la dinámica elimina todo lo que llevas dentro, esta dinámica consiste en escribir sobre un papel todo lo que sientan, al terminar estos eliminados como señal de liberación.	
INFORMACIÓN	Qué son las técnicas de relajación: https://www.youtube.com/watch?v=4vsiZA89mc4 Las técnicas de relajación son aquellas actividades que se realizan para poder disminuir a nivel fisiológico la actividad simpática en el sistema neurovegetativo, las tensiones en los músculos, y todo tipo de sensaciones de fatiga o agotamiento. La finalidad de estas técnicas es lograr un estado de reposo y sensación de relajación en la persona que la práctica.	

	<p>Beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción del ritmo cardiaco - Reduce la actividad metabólica - Mejora el sistema inmunológico - Disminuye la tonicidad del sistema digestivo - Refuerza la capacidad de respuesta frente a enfermedades - Mejora del estado psíquico - Favorece a tener una estabilidad emocional <p>Posiciones Básicas para la relajación:</p> <p>Sentado en un sillón: En esta posición consiste en sentarse en una silla cómoda que tenga un reposadero para la cabeza, pies en el suelo, los brazos deben estar en el reposadero de la silla o en los muslos con las palmas hacia abajo.</p> <p>Acostado: Se recomienda encontrarse en posición supina y con la cabeza ligeramente elevada.</p> <p>Postura de Cochero: Consiste en poder estar sentado sobre una silla llevando el cuerpo hacia adelante y la cabeza en dirección al pecho. Los brazos se apoyarán sobre las piernas. En esta posición los brazos y la cabeza quede colgando</p>	
--	---	--

Relajación Progresiva:

Esta técnica tiene como objetivo conseguir niveles de relajación muscular profundos y reducción de la tensión fisiológica. Se les enseñará a los cuidadores a poder identificar el nivel de tensión de los músculos de diferentes partes del cuerpo

Recursos:

Un espacio solo, con silencio adecuado y que se encuentre ventilado.

Silla, almohada o sillón cómodo.

Ponerse ropa que te haga sentir cómodo.

Reconocimiento de los músculos de las partes del cuerpo:

Frente: Arruga su frente con fuerza hacia arriba, reconozca donde siente la tensión y relaja nuevamente.

Ojos: Cierre sus ojos fuertemente, sienta la tensión en la parte que los rodea y relájelos nuevamente.

Nariz: Arruga su nariz, preste atención a la zona tensa y relaja nuevamente.

Sonrisa: Realice una sonrisa forzada, aprieta sus labios sobre los dientes. Gradualmente relaje sus músculos.



Mandíbula: Presione fuertemente sus dientes y luego suéltelos lentamente sienta la sensación de relajación.

Cuello: Inclina su cabeza hasta tratar de tocar el pecho con su mentón. Reconozca la zona de tensión y relaja.

Brazos: Extienda sus brazos y póngalos lo más rígido que pueda apretando el puño. Localiza el punto de tensión y verifique que siente, nuevamente relaja progresivamente el músculo.

Tórax: Lleve sus hombros hacia adelante, apriételes fuertemente y luego suéltelos hasta relajarse

Piernas: Levante la pierna de manera horizontal, haga un arco hacia atrás ejerce un alto grado de tensión y luego bájela despacio sintiendo como se relajan sus músculos.

Abdomen: Apriete el abdomen y trate de ponerlo duro como una tabla. Luego afloje y relájese.

Debajo de la cintura: Tensé todos los músculos de la parte lumbar e incluya glúteos y muslos. Sienta zonas tensas y aflojas.

Respiración:

Reconocer en la posición que se encuentra, dejar que su cuerpo en



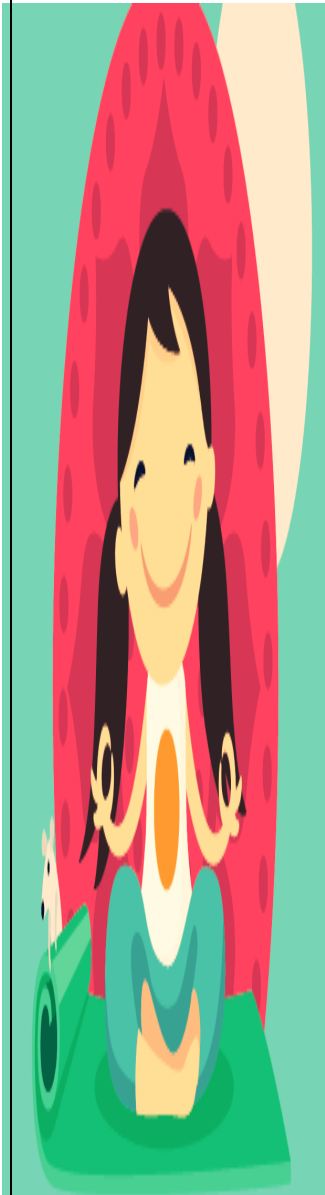
una posición que permita que se relaje completamente. Realice una profunda inspiración por las fosas nasales y retenga el aire por unos segundos, luego elimínalo lentamente. Realice este ejercicio hasta 5 veces, mientras lo haga puede mentalizar como sus músculos se relajan y también pronunciar la palabra relax


FE Y ESPERANZA:

Relajación Mental para crear contextos imaginarios:

Este método tiene la combinación de la relajación física como primer momento y seguidamente viene la relajación mental. Para el desarrollo de la relajación física se comienza de la parte inferior del cuerpo comenzando por los pies hacia la parte superior hasta la parte de la cabeza.

Como segundo momento para la relajación mental se necesita que los pacientes puedan interiorizar algunas sensaciones que captan los sentidos como: Olores, colores, sonidos, movimientos, gusto entre otros. Esto sirve para relacionarlo con escenarios que han quedado guardados en la memoria de las personas como parte de un universo simbólico.



	<p>https://www.youtube.com/watch?v=ze5SQPSRKfA</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=kWTKk6u30x4</p>	
DESPEDIDA	<p>Finalmente, nuestra sesión educativa ha terminado, si tienen alguna pregunta que realizar, estamos abiertos a aclarar sus dudas. Esperamos que la sesión brindada haya sido de su agrado y beneficioso para su conocimiento sobre el cuidado de sí mismo y para su propia salud.</p> <p>Agradecemos por la atención brindada, nos encontraremos en otra oportunidad.</p>	

ANEXO 7



EL AUTOCUIDADO ES UN NUEVO ABORDAJE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

