



Eficacia del Plan Transicional de Alta Hospitalaria en la competencia para el cuidado del paciente con condición crónica y su cuidador familiar: ensayo clínico*


Yuliana Valentina Rincón Estrada¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8758-1746>


Astrid Nathalia Páez Esteban¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0010-7564>


Maria Stella Campos de Aldana¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6190-181X>


Erika Yurley Durán Niño¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5314-775X>


Juan Sebastian Rincón Contreras¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2814-7269>


Maria del Pilar Castillo Galvis¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2783-3550>

Valeria Arias Pinzón¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9257-2182>

Sergio Andrés García Arenas¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4325-5292>

Destacados: (1) Se usa la herramienta validada CUIDAR, que mide la competencia para el cuidado. (2) Es necesario fortalecer la transición del cuidado al egreso hospitalario. (3) La adherencia al tratamiento de los pacientes es moderada. (4) La intervención educativa creada aumentó la competencia para el cuidado de los cuidadores.

Objetivo: evaluar la eficacia del Plan Transicional de Alta Hospitalaria en la competencia para el cuidado y adherencia terapéutica de la díada paciente-cuidador con enfermedad crónica no transmisible. **Método:** ensayo clínico aleatorizado controlado; la muestra estuvo conformada por 80 díadas paciente-cuidador con condición crónica asignadas aleatoriamente, 40 díadas al grupo control y 40 al grupo intervención. Se aplicaron los instrumentos de caracterización de la díada paciente-cuidador, competencia para el cuidado del paciente y cuidador y la escala de adherencia al tratamiento del paciente. Se realizó la "Intervención Educativa Cuidemos" al grupo intervención y al grupo control se le brindaron los cuidados habituales con ayuda de un folleto; con seguimiento telefónico al mes. **Resultados:** el 52,5% de los pacientes son mujeres al igual que el 81,3% de los cuidadores. El promedio de edad en pacientes y cuidadores es de 69,5±12,6 y 47,5±13,1 años. El Plan Transicional de Alta Hospitalaria aumentó los puntajes de las dimensiones, conocimiento, unicidad, instrumental, disfrutar, anticipación y relación y la competencia global del cuidado del paciente y cuidador familiar. También, los factores medicamentos, dieta, control de estimulantes, control del peso, manejo del estrés y la adherencia terapéutica global del paciente. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control e intervención. **Conclusión:** el Plan Transicional de Alta Hospitalaria aumenta la competencia para el cuidado del paciente y cuidador familiar post intervención, y también la adherencia del paciente. Sin embargo, no hubo diferencias entre el grupo intervención y control, posiblemente debido a la semejanza de las actividades.

Registro *Clinical Trial* NCT04175860 (11/2019).

Descriptor: Carga del Cuidador; Cuidado de Transición; Enfermedad Crónica; Cuidador Familiar; Educación del Paciente; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento.

Cómo citar este artículo

Rincón-Estrada YV, Páez-Esteban NA, Aldana MSC, Durán-Niño EY, Rincón-Contreras JS, Castillo-Galvis MDP, et al. Efficacy of a Hospital Discharge Transition Plan in the care competence of patients with chronic conditions and their family caregivers: a clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4104 [cited ____-____-____]. Available from: _____, <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6620.4104>

año mes día

URL

* Apoyo financiero del Ministerio de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia, Convenio 427-2021, Colombia.

¹ Universidad de Santander, Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Institución de Investigación Masira, Bucaramanga, Santander, Colombia.

Introducción

La transición del cuidado es el movimiento ordenado e ininterrumpido de un paciente entre los profesionales de la salud y los entornos durante el curso de la enfermedad crónica o aguda. Sin embargo, esta transición con frecuencia se ve afectada por la discontinuidad y la falta de coordinación relacionada con una comunicación deficiente sobre la atención, funciones y responsabilidades poco claras, una propiedad personal diluida sobre la atención y una tensión en el rol debido a las limitaciones del sistema⁽¹⁻²⁾. Investigaciones previas se han centrado en evaluar el efecto de las intervenciones de atención de transición sobre las tasas de rehospitalización y los costos para instituciones prestadoras de salud, dejando a un lado otros resultados que también son importantes⁽³⁾, como la adherencia terapéutica del paciente y la competencia para el cuidado en la díada paciente-cuidador en el hogar⁽⁴⁻⁵⁾.

La competencia para el cuidado se define como "la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con condición crónica y el cuidador familiar para ejercer la labor de cuidar en el hogar"⁽⁶⁾. El paciente y su familia son quienes deben comprometerse con adoptar las competencias necesarias para manejar su condición crónica, adherir al tratamiento y adoptar comportamientos más saludables que le permitan recuperar la salud y su calidad de vida⁽⁷⁾. La adherencia al tratamiento se define como el "conjunto de conductas que reflejan la participación en un programa de tratamiento y que buscan evitar comportamientos de riesgo, incorporar en las rutinas cotidianas las recomendaciones médicas y llevar un estilo de vida saludable"⁽⁸⁻⁹⁾. La adherencia al tratamiento tiene un impacto en la calidad de vida, la prevención de complicaciones a largo plazo, las hospitalizaciones y las readmisiones de los pacientes^(8,10).

Por ende, el alta hospitalaria representa un momento crítico y crucial tanto para el cuidador familiar como para el paciente, implica la toma de decisiones con respecto al cuidado, la modificación y adaptación a la medicación formulada, adoptar nuevas rutinas o buscar ayuda profesional cuando sea requerida⁽¹¹⁾. Y es ahí donde la evaluación, medición y análisis de la competencia para el cuidado en el hogar del paciente con condición crónica y su familiar, así como la adherencia al tratamiento, toma importancia dentro del plan transicional del cuidado durante el egreso hospitalario. Esto es debido a que los pacientes con condiciones crónicas cardiovasculares suelen recibir directrices complejas para su cuidado y manejo terapéutico⁽⁶⁾. Por lo tanto, en la medida en que se dimensione la importancia de la adecuada acogida y entendimiento por parte de la díada paciente-cuidador del plan de egreso, se podría tener un impacto en la

disminución de reingresos hospitalarios por condiciones prevenibles, en los costos de los servicios de salud, en el estrés de la persona y en la continuidad del cuidado⁽⁶⁾.

Por lo tanto, el objetivo general del estudio fue evaluar la eficacia del Plan Transicional de Alta Hospitalaria en la competencia para el cuidado de la díada paciente-cuidador familiar con condición crónica cardiovascular y en la adherencia terapéutica del paciente. La hipótesis es que los pacientes con condición crónica cardiovascular y los cuidadores familiares quienes reciben la intervención Plan Transicional de Alta Hospitalaria reportarían niveles más elevados de competencia para el cuidado que quienes recibieron el plan de egreso habitual institucional. Asimismo, los pacientes que reciben la intervención presentarían mayor nivel de adherencia terapéutica que el grupo comparación.

Método

Tipo de estudio

Se condujo un ensayo clínico controlado y aleatorizado, el cual fue registrado en el *Clinical Trial* con el código NCT04175860 (11/2019).

Población

Los participantes del ensayo clínico fueron pacientes con diagnóstico de condición crónica cardiovascular que estuviesen hospitalizados junto con su cuidador familiar.

Criterios de elegibilidad

Participaron personas adultas, hospitalizadas en alguna de las tres instituciones de salud mencionadas anteriormente, que tuviesen al menos un diagnóstico de condición crónica cardiovascular (hipertensión y/o diabetes mellitus) como mínimo de 6 meses de antigüedad y que tuviesen un cuidador familiar, también adulto. Fueron excluidas las personas que presentaran además algún diagnóstico psiquiátrico y que por su condición o estado de salud no pudiesen comunicarse de manera adecuada con los investigadores.

Escenario

Las díadas paciente-cuidador fueron reclutadas en los servicios de hospitalización y urgencias de tres instituciones de salud de baja y mediana complejidad de atención en salud, ubicadas en el área metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colombia; estas instituciones fueron: Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Floridablanca, hospital público,

de segundo nivel o baja complejidad de atención en salud; Clínica Bucaramanga, institución de salud privada, de tercer nivel o mediana y alta complejidad de atención en salud; Empresa Social del Estado Clínica Guane de Floridablanca, institución de salud pública, de primer nivel o baja complejidad de atención en salud.

Definición de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó considerando un nivel de confianza del 95%, poder estadístico del 80%, una relación 1:1, un delta de 9 con desviación estándar de 13,54 puntos en la competencia para el cuidado entre el grupo intervención y control, de acuerdo con una prueba piloto con 50 diadas diferentes a las incluidas en este estudio. Se aumentó un 15% por posibles pérdidas durante el seguimiento, a un total de 80 diadas paciente-cuidador; 40 en el grupo intervención y 40 en el grupo control.

De los 557 pacientes admitidos durante el periodo de reclutamiento en las tres instituciones de salud del área metropolitana de Bucaramanga, 157 tenían condiciones crónicas cardiovasculares, 114 contaban con cuidadores familiares, 114 cumplían los criterios de selección, 95 diadas aceptaron participar y 15 fueron excluidos por otras razones. Finalmente, la muestra estuvo conformada por 80 diadas paciente-cuidador de tres instituciones de salud (institución A: 33 diadas; B: 45 diadas y C: 3 diadas), se asignaron aleatoriamente 40 diadas al grupo intervención y 40 diadas al grupo control.

Grupo control

Se trabajó con 40 diadas, que recibieron cuidados e indicaciones generales al momento del egreso hospitalario establecidos por la institución; por otro lado, se les suministró información sobre prevención de caídas, accidentes en casa y adherencia al tratamiento. Estas indicaciones fueron dadas por los integrantes de la investigación con la ayuda de un folleto educativo. Al primer mes se realizó un seguimiento telefónico para aplicar el instrumento competencia para cuidar.

Grupo intervención

Se abordaron 40 diadas, que recibieron cuatro intervenciones educativas teóricas con la ayuda de la Cartilla Educativa Plan Transicional "intervención educativa CUIDEMOS"⁽¹²⁾, sobre el cuidado domiciliario del paciente con condición crónica y su cuidador familiar, que aborda temas como: información sobre el alta hospitalaria, cuidados para llevar una alimentación saludable, rutina y recomendaciones para realizar ejercicio, conocimiento sobre la enfermedad

crónica no transmisible, cuidados sobre los factores de riesgo cardiovasculares y modificables, cuidados para mejorar la adherencia al tratamiento, conocimiento de cuál es el rol del paciente y del cuidador para reducir el riesgo de complicaciones y generar una mejor calidad de vida. Esta cartilla cuenta con validez facial realizada por expertos, pacientes y cuidadores (resultados no publicados).

Al momento de la captación de las diadas paciente-cuidador en los servicios de hospitalización, se les brindó la primera intervención sobre adherencia al tratamiento: toma en el horario y dosis adecuada, ayudas para recordar la toma, importancia de la adherencia al tratamiento. A cada día se le entregó la cartilla impresa.

Después se les realizaron tres intervenciones educativas vía telefónica con frecuencia semanal, utilizando como soporte la Cartilla Educativa Plan Transicional "Intervención Educativa CUIDEMOS", que enfatizan los siguientes temas y contenidos:

- Alimentación saludable que incluya consumo de agua, disminución del consumo de ultraprocesados y aumento del consumo de frutas y verduras.
- Actividad física mínima tres veces a la semana, con duración de 30 minutos, según el estado de salud de cada paciente.
- Recomendaciones sobre signos de alarma y factores de riesgo de las enfermedades crónicas que padecen los participantes del estudio.

De la misma forma, al primer mes post intervención se aplicó el instrumento competencia para cuidar.

Variables

El resultado principal fue la competencia para el cuidado del paciente con condición crónica y de su cuidador familiar; otro resultado primario fue la adherencia al tratamiento del paciente.

Las variables implicadas en el estudio fueron: variables sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, estado civil, religión, ocupación, estrato socioeconómico), tiempo que lleva el paciente con la condición crónica cardiovascular, estimación de carga para su familia, tiempo que el cuidador lleva cuidando a su familiar, percepción de carga del cuidador con el fin de determinar si tenía o no sobrecarga por el cuidado y la variable de adherencia terapéutica del paciente a su tratamiento.

Instrumentos para recopilar información

Se aplicaron los siguientes instrumentos para la recolección de la información:

El primero, fue creado por el Grupo de Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de

Colombia (GCPC-UN), Encuesta para la caracterización de la díada paciente (GCPC-UN-P[®]) y su cuidador (GCPC-UN-C[®]) con enfermedad crónica⁽¹³⁾, que aborda aspectos del perfil socio demográfico del paciente y cuidador, aspectos de la enfermedad crónica, su cuidado y nivel de percepción de carga⁽¹³⁾. La variable nivel socioeconómico se mide como variable proxy del estrato socioeconómico reportado por los participantes en el instrumento anterior, esta es una clasificación de las viviendas o predios, es una aproximación a la diferencia socioeconómica jerarquizada y según el Departamento Nacional de Estadística en Colombia se clasifican así: 1) Bajo-bajo, 2) Bajo, 3) Medio-bajo, 4) Medio, 5) Medio-alto y 6) Alto.

El instrumento CUIDAR versión larga, tanto para el paciente como para el cuidador, fue desarrollado también por el GCPC-UN, con el fin de determinar la competencia para el cuidado de la díada paciente-cuidador. Esta herramienta cuenta con seis dimensiones que se derivan del acrónimo cuidar: conocimiento (9 ítems), unicidad: condiciones personales (13 ítems), instrumental y procedimental (8 ítems), disfrutar: bienestar (12 ítems), anticipación: predicción (6 ítems) y relación social e interacción (12 ítems). En total son 60 ítems que se miden con una escala tipo Likert y con una puntuación de 0 a 3, donde 0 es nunca o casi nunca, 1 pocas veces, 2 con frecuencia y 3 casi siempre o siempre. La puntuación total del cuestionario es la suma de la puntuación de cada ítem. Cuanto mayor sea la puntuación total, mejor será su cuidado⁽¹⁴⁾.

Por último, se utilizó el cuestionario de adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial, la cual fue traducida y validada para Colombia⁽⁹⁾. Dicha escala cuenta con seis dimensiones: medicamentos, dieta, control de estimulantes, ejercicio, control del peso, y manejo del estrés; que incluye en total 28 ítems que se miden con una escala tipo Likert con una puntuación de 1 a 4, donde 1 corresponde a nunca, 2 a veces, 3 la mayoría de las veces y 4 todo el tiempo. La puntuación total es la sumatoria de los ítems, cuanto mayor puntuación mejor adherencia al tratamiento, el rango está entre 29 y 112 puntos. El punto de corte es 84, las puntuaciones superiores se clasifican como buena adherencia y las inferiores como no adherencia⁽⁹⁾. A pesar de que no todos los participantes padecen hipertensión, se empleó este instrumento, dado que evalúa las indicaciones claves y generales para la adherencia en pacientes con condiciones cardiovasculares.

Aleatorización

La aleatorización se realizó en bloques sin reemplazo por medio del *software* www.randomization.com. La secuencia de aleatorización fue administrada por una persona externa a la investigación. Una vez que el

participante cumplía los criterios de selección y aceptaba participar, el auxiliar de investigación contactaba al administrador de la lista, informaba nombre, edad y sexo del participante, y este indicaba a que grupo debía ser asignado el participante.

Recolección de datos y enmascaramiento

El reclutamiento, intervención y seguimiento de los participantes se llevó a cabo durante el período de enero a septiembre del 2022. La recolección de la información fue realizada por cinco auxiliares de investigación de los cuales tres eran estudiantes del último año de la carrera de enfermería y dos profesionales de enfermería.

El reclutamiento de las díadas paciente-cuidador y la medición basal se realizaron en los servicios de hospitalización de medicina interna y de urgencias. Se verificaron los criterios de inclusión, se realizó el proceso de consentimiento informado a la díada paciente-cuidador, se aplicaron los instrumentos de valoración y se asignó aleatoriamente cada díada, al grupo intervención o grupo control. El grupo de investigadores no tenía relación previa con los participantes. La medición basal y la final se realizaron de forma independiente y enmascarada por personal diferente al que llevó a cabo la actividad del grupo control o intervención y que desconocía esta condición.

Análisis de datos

Se utilizó la herramienta *EpiData Software* para la doble digitación y validación de la información de los instrumentos aplicados. Para el análisis, se usó el *software Stata 14.0*. En el análisis univariado, se calcularon proporciones para las variables cualitativas, se realizó valoración de normalidad de las variables cuantitativas a través de la prueba Shapiro-Wilk, se calcularon medias y desviaciones estándar para las variables con distribución normal y mediana y rango intercuartílico para las variables con distribución no normal. Para el bivariado, se calcularon las diferencias de las medias y desviaciones estándar entre los puntajes finales e iniciales de los instrumentos aplicados en cada grupo y valor p a través de la prueba t de Student pareada. Luego, se calcularon las medias de las diferencias entre los deltas del grupo intervención y grupo control, con intervalo de confianza del 95% y valor p con la prueba de Análisis de varianza (ANOVA). Posteriormente, se ajustaron estas diferencias por el puntaje inicial de la variable mediante una prueba de Análisis de covarianza (ANCOVA). Se realizó análisis por intención a tratar, para lo cual se mantuvieron los valores basales en las variables con datos faltantes en el seguimiento de los sujetos fallecidos y perdidos tanto en el grupo control como intervención.

También, el análisis de los datos se realizó de forma enmascarada asignando un número a la variable grupo.

Validez y confiabilidad

Respecto a los valores psicométricos de los instrumentos, el instrumento CUIDAR versión larga, tanto para el paciente como para el cuidador, cuenta con validez aparente, validez de constructo, confiabilidad y con un alfa de Cronbach de 0,96 en Colombia⁽¹⁴⁾. En el presente estudio el alfa de Cronbach fue de 0,95 para pacientes y 0,93 para cuidadores.

El cuestionario de adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial cuenta con validez de constructo y confiabilidad, alfa de Cronbach de 0,74 para Colombia⁽⁹⁾. En este estudio el alfa de Cronbach fue de 0,89. La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, cuenta con reproducibilidad inter-observador por coeficiente de correlación intraclase de 0,81 y alfa de Cronbach de 0,84⁽¹⁵⁾. En este estudio el alfa de Cronbach fue 0,87. Todos los valores calculados en el presente estudio fueron pre intervención.

Aspectos éticos

El estudio se realizó bajo la Resolución 8430 de 1993 de Colombia que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y contó con la aprobación por parte del comité de bioética de la

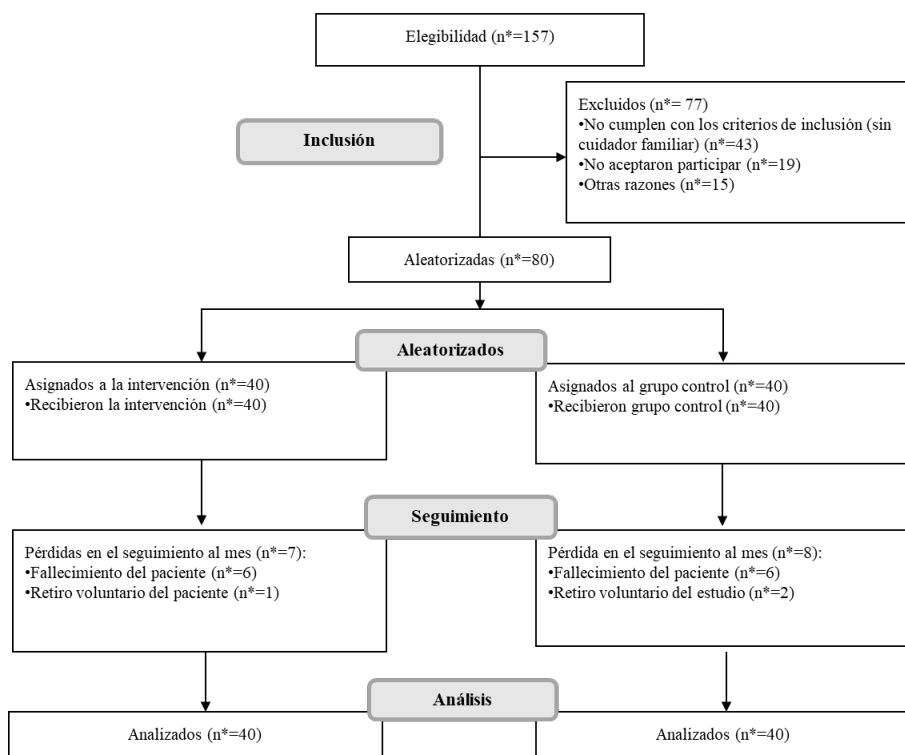
Universidad de Santander. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, tanto del paciente como de su cuidador. La información se manejó de forma confidencialidad y se respetó la privacidad de los participantes del estudio. Los participantes fueron identificados por medio de códigos en los instrumentos y en la base de datos para el proceso de anonimización, solo los investigadores tienen acceso a la información y los registros se guardarán por cinco años. No se presentaron daños ni perjuicios en esta investigación.

Resultados

El informe del estudio se llevó a cabo bajo las Normas Consolidadas para el Informe de Ensayos Clínicos (CONSORT por sus siglas en inglés *Consolidated Standards of Reporting Trials*) para el reporte de ensayos clínicos.

La Figura 1 muestra el flujograma del ensayo clínico aleatorizado. En total, se incluyeron 80 díadas paciente-cuidador familiar, se asignaron de manera aleatoria 40 díadas al grupo control y 40 díadas al grupo intervención.

Durante el desarrollo del estudio hubo una pérdida de 15 díadas, 12 por fallecimiento del paciente, 6 díadas pertenecían al grupo control y 6 díadas al grupo intervención, y 3 díadas en total que decidieron voluntariamente retirarse del estudio, de las cuales una díada pertenecía al grupo intervención y dos díadas al grupo control. Por ende, sólo fue posible realizar el seguimiento al primer mes a 65 díadas en total.



*n = Número de díadas

Figura 1 - Flujograma del resultado de la selección de las díadas paciente-cuidador

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los pacientes y cuidadores familiares, tanto del grupo intervención como del grupo control. A pesar de existir diferencias entre las categorías de respuesta de algunas variables,

los valores p fueron mayores o iguales a 0,05 para las variables sociodemográficas género, edad, procedencia, máximo grado de escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y religión, es decir, los grupos control e intervención eran homogéneos.

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica de la díada paciente-cuidador del grupo control e intervención. Bucaramanga, Colombia, 2022

Variable	Paciente		p [†]	Cuidador		p [†]
	Control	Intervención		Control	Intervención	
	n* (%)	n* (%)		n* (%)	n* (%)	
Género			1,00			0,39
Masculino	19 (47,50%)	19 (47,50%)		6 (15,00%)	9 (22,50%)	
Femenino	21 (52,50%)	21 (52,50%)		34 (85,00%)	31 (77,50%)	
Edad, media	71 (10)	68 (14)	0,18 [‡]	46 (11)	49 (15)	0,48 [‡]
Procedencia			0,17			0,28
Santander	27 (67,50%)	31 (77,50%)		28 (70,00%)	31 (77,50%)	
Otras	13 (32,50%)	9 (22,50%)		12 (30,00%)	9 (22,50%)	
Escolaridad			0,10			0,47
Ninguna	12 (30,00%)	5 (12,50%)		1 (2,50%)	0 (0,00%)	
Primaria	6 (15,00%)	12 (30,00%)		12 (30,00%)	8 (20,00%)	
Primaria incompleta	6 (15,00%)	7 (17,50%)		1 (2,50%)	1 (2,50%)	
Secundaria	4 (10,00%)	7 (17,50%)		11 (27,50%)	21 (52,50%)	
Secundaria incompleta	5 (12,50%)	2 (5,00%)		4 (10,00%)	2 (5,00%)	
Técnica	0 (0,00%)	3 (7,50%)		6 (15,00%)	3 (7,50%)	
Universidad	5 (12,50%)	4 (10,00%)		4 (10,00%)	4 (10,00%)	
Postgrado	2 (5,00%)	0 (0,00%)		1 (2,50%)	1 (2,50%)	
Residencia			0,07			0,04
Rural	9 (22,50%)	1 (2,50%)		8 (20,00%)	2 (5,00%)	
Urbana	31 (77,50%)	39 (97,50%)		32 (80,00%)	38 (95,00%)	
Estado civil			0,11			1,00
Con pareja	21 (52,50%)	14 (35,00%)		14 (35,00%)	14 (35,00%)	
Sin pareja	19 (47,50%)	26 (65,00%)		26 (65,00%)	26 (65,00%)	
Ocupación			0,72			0,58
Hogar	26 (65,00%)	26 (65,00%)		18 (46,15%)	16 (40,00%)	
Empleado	2 (5,00%)	1 (2,50%)		5 (12,82%)	2 (5,00%)	
Independiente	7 (17,50%)	5 (12,50%)		11 (28,21%)	13 (32,50%)	
Otra	5 (12,50%)	8 (20,00%)		5 (12,82%)	9 (22,50%)	
Nivel socioeconómico			0,05			0,16
Bajo	22 (55,00%)	10 (25,00%)		18 (45,00%)	9 (22,50%)	
Bajo-medio	10 (25,00%)	15 (37,50%)		12 (30,00%)	15 (37,50%)	
Medio	5 (12,50%)	10 (25,00%)		7 (17,50%)	11 (27,50%)	
Medio-alto	2 (5,00%)	5 (12,50%)		2 (5,00%)	5 (12,50%)	
Otros	1 (2,50%)	0 (0,00%)		1 (2,50%)	0 (0,00%)	
Religión			0,26			0,10
Católica	33 (82,50%)	37 (92,50%)		32 (80,00%)	35 (87,50%)	
Cristiana	4 (10,00%)	1 (2,50%)		6 (15,00%)	0 (0,00%)	
Ateo	3 (7,50%)	1 (2,50%)		0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Otras	0 (0,00%)	1 (2,50%)		2 (5,00%)	4 (10,00%)	

*n = Número de personas; †p = Valor p a través de prueba Chi cuadrado; ‡p = Valor p a través de prueba t de Student

En la Tabla 2 se describen las características de la enfermedad y del cuidado familiar, se evidencia que la mayoría de los participantes presentan hipertensión y diabetes mellitus.

En cuanto a la sobrecarga del cuidador, en el grupo intervención hay mayor proporción de cuidadores con sobrecarga intensa (20%) que en el grupo control (2,5%), valor p 0,04.

Tabla 2 - Aspectos de salud y del cuidado de la díada paciente-cuidador del grupo control e intervención. Bucaramanga, Colombia, 2022

Variable	Control	Intervención	p [†]
	n*=40	n*=40	
Hipertensión			0,07
No	6 (15,00%)	13 (32,50%)	
Sí	34 (85,00%)	27 (67,50%)	
Diabetes mellitus tipo II			0,37
No	25 (62,50%)	21 (52,50%)	
Sí	15 (37,50%)	19 (47,50%)	
Hipertensión y diabetes			0,79
No	30 (75,00%)	31 (77,50%)	
Sí	10 (25,00%)	9 (22,50%)	
Tiempo con la enfermedad crónica, media (DE) [§]	115 (102)	149 (134)	0,20 [‡]
Número de medicamentos, media (DE) [§]	4 (2)	4 (2)	0,75 [‡]
Tiempo como cuidador en meses, media (DE) [§]	49 (46)	58 (72)	0,52 [‡]
Horas diarias de cuidado al familiar, media (DE) [§]	9 (7)	10 (8)	0,64 [‡]
La persona que lo cuida es:			0,07
Esposo/a	8 (20,00%)	16 (40,00%)	
Madre/Padre	0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Hijo/a	23 (57,50%)	21 (52,50%)	
Otro	9 (22,50%)	2 (5,00%)	
Sobrecarga del cuidado			0,04
Ausencia	31 (77,50%)	23 (57,50%)	
Leve	8 (20,00%)	9 (22,50%)	
Intensa	1 (2,50%)	8 (20,00%)	

*n = Número de personas; [†]p = valor p a través de prueba Chi cuadrado; [‡]p = Valor p a través de prueba t de Student; [§]DE = Desviación estándar

En la Tabla 3 se muestra la competencia para el cuidado de la díada paciente-cuidador en el grupo control e intervención, antes y después de la intervención y el delta entre estos valores, se observó tanto en el grupo control como en el grupo intervención un aumento estadísticamente significativo del puntaje del paciente y del cuidador familiar en las dimensiones unicidad, instrumental, disfrutar, anticipación y relación; además, aumentó el puntaje total de la competencia en ambos grupos, valores p <0,05. También, aumentó el conocimiento del paciente y cuidador en el grupo intervención, valores p <0,001.

De forma similar, en cuanto a la adherencia al tratamiento del paciente, en la Tabla 3 también se

muestran los promedios y desviaciones estándar de los puntajes pre y post intervención por factores y totales de adherencia entre los grupos, así como sus deltas. Se observó un aumento en los puntajes post intervención con respecto a los valores pre intervención en los factores medicamentos, dieta, control de estimulantes, control del peso, manejo del estrés y adherencia total tanto en el grupo control como intervención, valores p <0,05.

Por último, en la Tabla 4 no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los deltas del grupo control e intervención en el puntaje global de la competencia para el cuidado ni por dimensiones tanto del paciente como del cuidador y la adherencia al tratamiento, tanto en las diferencias crudas como ajustadas.

Tabla 3 - Efecto de la intervención del Plan Transicional de Alta Hospitalaria sobre la competencia para el cuidado de la dñada paciente-cuidador y sobre la adherencia al tratamiento del paciente, en el grupo de control y en el grupo intervención. Bucaramanga, Colombia, 2022

Factor	Grupo control				Grupo intervención			
	Promedio				Promedio			
	(Desviación Estándar)				(Desviación Estándar)			
Paciente	Pre*	Post [†]	Delta	p [‡]	Pre*	Post [†]	Delta	p [‡]
Conocimiento	17,00 (5,80)	23,35 (8,12)	6,35 (7,65)	<0,001	18,45 (6,42)	23,92 (8,44)	5,47 (6,60)	<0,001
Unicidad	24,17 (5,39)	29,95 (7,34)	5,78 (8,27)	<0,001	22,85 (5,18)	29,00 (9,06)	6,15 (9,38)	<0,001
Instrumental	14,23 (5,23)	16,52 (6,93)	2,30 (6,26)	0,03	15,25 (3,80)	18,20 (6,63)	2,95 (5,81)	0,003
Disfrutar	22,02 (5,06)	26,75 (8,02)	4,72 (6,43)	<0,001	22,55 (4,53)	27,05 (7,50)	4,50 (6,81)	<0,001
Anticipación	9,45 (3,40)	13,75 (4,87)	4,30 (4,42)	<0,001	9,90 (4,00)	13,45 (5,69)	3,55 (5,02)	<0,001
Relación	29,48 (5,83)	34,40 (3,28)	4,93 (6,61)	<0,001	29,05 (5,11)	33,20 (4,69)	4,15 (5,71)	<0,001
Total	116,35 (23,27)	144,73 (35,89)	28,38 (32,69)	<0,001	118,05 (22,86)	144,82 (38,71)	26,77 (32,61)	<0,001
Medicamentos	3,41 (0,49)	3,61 (0,55)	0,20 (0,43)	0,006	3,55 (0,48)	3,78 (0,38)	0,23 (0,50)	0,005
Dieta	2,89 (0,56)	3,37 (0,55)	0,47 (0,80)	<0,001	2,91 (0,49)	3,38 (0,58)	0,47 (0,64)	<0,001
Control de estimulantes	3,07 (0,80)	3,61 (0,48)	0,54 (0,86)	<0,001	3,23 (0,74)	3,46 (0,49)	0,23 (0,74)	0,06
Ejercicio	1,99 (1,01)	2,05 (1,01)	0,06 (1,13)	0,73	1,80 (0,81)	1,95 (0,75)	0,15 (0,87)	0,28
Control del peso	2,75 (0,88)	3,35 (0,79)	0,60 (1,10)	<0,001	2,78 (0,69)	3,46 (0,76)	0,69 (0,99)	<0,001
Manejo del estrés	2,47 (0,84)	3,42 (0,91)	0,94 (0,95)	<0,001	2,50 (0,54)	3,52 (0,76)	1,02 (0,87)	<0,001
Adherencia	78,82 (11,23)	90,10 (14,93)	11,27 (16,29)	<0,001	80,68 (11,47)	91,57 (11,77)	10,90 (14,79)	<0,001
Cuidador	Pre*	Post [†]	Delta	p [‡]	Pre*	Post [†]	Delta	p [‡]
Conocimiento	19,83 (4,65)	27,70 (4,94)	7,88 (5,83)	0,3	21,35 (5,31)	29,00 (2,87)	7,65 (5,97)	<0,001
Unicidad	26,48 (5,15)	34,42 (4,06)	7,95 (5,96)	<0,001	25,13 (5,28)	34,50 (3,48)	9,38 (6,53)	<0,001
Instrumental	17,38 (3,93)	22,67 (3,21)	5,30 (4,41)	<0,001	18,50 (3,93)	23,10 (2,78)	4,60 (4,02)	<0,001
Disfrutar	26,58 (5,09)	33,15 (4,14)	6,57 (6,13)	<0,001	24,00 (4,56)	32,20 (5,99)	8,20 (6,47)	<0,001
Anticipación	12,00 (2,94)	16,67 (3,16)	4,68 (3,29)	<0,001	12,23 (3,44)	17,08 (2,82)	4,85 (3,61)	<0,001
Relación	30,50 (5,14)	35,08 (2,62)	4,57 (5,32)	<0,001	30,25 (5,57)	35,03 (3,39)	4,78 (5,39)	<0,001
Total	132,75 (18,52)	169,70 (19,53)	36,95 (25,22)	<0,001	131,45 (19,97)	170,90 (18,72)	39,45 (25,52)	<0,001

*Pre = Pre intervención; [†]Pos = Post intervención; [‡]p = Valor p a través de prueba t de Student pareada

Tabla 4 - Diferencia cruda y ajustada de los deltas de los puntajes de la competencia para el cuidado y adherencia entre el grupo intervención y el grupo control. Bucaramanga, Colombia, 2022

Variable	Grupo control				Grupo intervención				Diferencia entre deltas			Diferencia ajustada		
	n*=40				n*=40									
	Delta	IC95% [†]	Delta	IC95% [†]	Delta	IC95% [†]	Delta	IC95% [†]	Media	IC95% [†]	p [‡]	Media	IC95% [†]	p [§]
Adherencia	11,27	6,07	16,48	10,9	6,17	15,63	-0,38	-7,3	6,55	0,91	0,99	-4,9	6,89	0,74
Competencia para el cuidado del paciente	28,38	17,92	38,83	26,78	16,34	37,2	-1,6	-16,1	12,93	0,83	-1,27	-15,7	13,23	0,86
Competencia para el cuidado del cuidador	36,95	28,88	45,02	39,45	31,29	47,61	2,5	-8,79	13,79	0,66	1,36	-7,15	9,87	0,75

*n = Número de díadas paciente-cuidador; [†]IC95% = Intervalo de confianza; [‡]p = Valor p a través de ANOVA; [§]p = Valor p a través de ANCOVA

Discusión

Este estudio evaluó la eficacia de un programa de transición al alta hospitalaria comparada con la atención habitual sobre la adherencia terapéutica y la competencia para el cuidado en la díada paciente con condición crónica cardiovascular y el cuidador familiar. Los resultados más relevantes del presente estudio son el aumento del puntaje en las dimensiones y del puntaje global de la competencia para el cuidado tanto en pacientes como cuidadores familiares post intervención. Sin embargo, esta diferencia entre el grupo control e intervención no fue estadísticamente significativa. Asimismo, aumentaron los puntajes de los factores y la adherencia al tratamiento del paciente post intervención, sin embargo no hubo diferencias al comparar el grupo control e intervención.

Por otra parte, los resultados obtenidos en la caracterización sociodemográfica son similares a los encontrados en otros estudios. En cuanto al género, en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá, Colombia, la muestra tanto de pacientes (59,3%) como de cuidadores (73,8%), en el grupo control y en la intervención, estaba conformada en su mayoría por mujeres⁽¹⁶⁾. Otro estudio llevado a cabo en cinco regiones de Colombia determinó que, tanto en el grupo de pacientes como de cuidadores, en su mayoría eran mujeres⁽¹⁷⁾. Similar a lo encontrado en otro estudio desarrollado en dos instituciones de salud en Pasto, Colombia, en el cual el 71% de los cuidadores familiares pertenecían al género femenino⁽¹⁸⁾. Esto puede deberse a lo que se espera de los roles masculino y femenino, donde la mujer adquiere el rol del cuidar, ya que tiende a estar mayormente comprometida con el bienestar y la calidad de vida de la persona cuidada⁽¹³⁾.

Además, se observa que el grado máximo de escolaridad alcanzado por los participantes es bajo, dado que en su mayoría no tienen ningún tipo de estudio completo o tal vez completaron la primaria. También que los participantes en su mayoría son de bajos recursos económicos, prevalecen el estrato socioeconómico 1 y 2, se dedican a las labores del hogar y practican la religión católica. Ello es similar a lo encontrado en otros estudios^(11,18-20), lo cual implica que el bajo nivel de escolaridad y de recursos económicos genera la necesidad de brindar un soporte educativo y social a las personas para el manejo de la enfermedad crónica, adaptado a sus necesidades y conocimientos, es decir, con enfoque personalizado, para lograr un mejor manejo de su condición crónica y mayor adherencia⁽¹⁶⁾.

Con respecto a la competencia para el cuidado, después de la intervención educativa aplicada, en el presente estudio se observó un aumento en las

dimensiones conocimiento, unicidad, instrumental, disfrutar, anticipación, relación y en el puntaje global; según lo esperado, debido a que la intervención utilizada en el estudio incluye temas como la importancia de la adherencia al tratamiento, educación sobre estilos de vida saludable, como alimentación y actividad física, y signos de alarma. No se encontraron estudios similares a este, lo cual dificulta la comparación con hallazgos previos y su discusión, esto evidencia la relevancia y novedad de este estudio al evaluar el Plan Transicional de Alta Hospitalaria en la competencia para el cuidado y adherencia del paciente. Por lo tanto, se realizó un contraste entre este estudio y otros con población objeto e intervención parecidas, y se encontraron similitudes en el efecto de las intervenciones educativas en el alta hospitalaria.

Es así como en Taiwán se evaluó la eficacia de un programa de planificación del alta para adultos mayores con accidente cerebrovascular y sus cuidadores familiares (158 díadas; 86 en el grupo control y 72 en el grupo intervención). El programa incluyó educación en salud para pacientes hospitalizados y servicios de derivación, seguimientos telefónicos posteriores al alta y visitas domiciliarias; además, seis enfermeras de investigación fueron las encargadas de ejecutar el programa, el cual estaba diseñado para satisfacer las necesidades del alta de los cuidadores, mejorar el equilibrio entre las necesidades de contar con competencias de los cuidadores y mejorar la preparación de los cuidadores antes del alta. Los cuidadores del grupo experimental tuvieron una evaluación de enfermería y autoevaluación de la preparación significativamente mejor después de la intervención que en la medición inicial. También, estos resultados fueron significativamente mejores en el grupo intervención que en el grupo control después de implementar el programa⁽²¹⁾.

En Australia, se evaluó la implementación de un programa de apoyo inmediatamente después del alta basado en evidencia, sistemático y específico para cuidadores familiares de adultos mayores hospitalizados con enfermedades agudas (141 díadas; 62 en el grupo intervención y 79 en el grupo control), con el fin de que los cuidadores se sintieran preparados para brindar atención en el hogar. El programa fue impartido por una enfermera, quien realizó la capacitación por vía telefónica e incluyó los siguientes aspectos: ayuda para facilitar la comprensión de la carta del alta del paciente, evaluación de las necesidades de apoyo del cuidador, priorización de los cuidadores de las necesidades urgentes, y orientación colaborativa de la enfermera con respecto al acceso a la ayuda. En comparación con los controles, la preparación para la atención mejoró en el grupo intervención del momento 1 (4 días posteriores al alta), al momento

2 (15 a 21 días después del alta) y del momento 1 al momento 3 (6 semanas después del alta). Estas mejoras correspondieron a un cambio de aproximadamente 2 puntos en el instrumento preparación para el cuidado⁽²²⁻²³⁾.

Asimismo, en Hong Kong, se evaluó la efectividad de un programa psicoeducativo orientado a la fortaleza sobre la competencia para el cuidado, las habilidades de afrontamiento para la resolución de problemas, los síntomas depresivos del cuidador, la carga y los recursos del cuidado de la salud física en sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares, en 128 díadas paciente-cuidador (64 en el grupo control y 64 en el grupo intervención). Los cuidadores familiares del grupo intervención recibieron un programa psicoeducativo que fue impartido por una enfermera registrada con experiencia en condiciones de salud psiquiátricas y generales. El programa está compuesto por: a) experiencia afectiva, que orienta a los cuidadores hacia una respuesta emocional positiva al estrés cotidiano, (b) regulación conductual, que modifica las habilidades y hábitos de cuidado para promover la salud de los cuidadores y (c) el dominio cognitivo, que replantea la percepción de los problemas y fortalece las habilidades y destrezas para resolver problemas. El grupo intervención demostró mejoras significativamente mayores a lo largo del estudio en términos de competencia para el cuidado, habilidades de afrontamiento para la resolución de problemas y satisfacción con el apoyo social⁽²⁴⁾.

En el ámbito nacional, los hallazgos son similares a los de otro estudio donde se quiso conocer el efecto de una intervención educativa para cuidadores familiares de personas con cáncer en cirugía, que presentó cambios significativos en la categoría de conocimiento en el grupo intervención⁽¹⁶⁾.

Como lo señala otro estudio llevado a cabo en Pasto en el que se evaluó el impacto de la intervención pedagógica en la competencia para el cuidado, se constata que es necesario generar intervenciones educativas e integrales que contribuyan al aumento del nivel educativo de la díada paciente-cuidador con respecto a la enfermedad, para fortalecer así sus conocimientos, propiciar cambios en el comportamiento y mejorar las habilidades del cuidado⁽¹⁸⁾; dado que se ha observado un nivel de conocimiento bajo en las personas con enfermedades crónicas⁽¹⁹⁾.

Por otra parte, otras categorías que mejoraron en los cuidadores del grupo intervención fueron unicidad y disfrutar. La unicidad se refiere a aquellas herramientas y habilidades con las que cuentan las personas para el afrontamiento de los problemas⁽⁶⁾, similar a lo encontrado en otros dos estudios en los cuales los cuidadores obtuvieron un alto puntaje en esta categoría^(19,25). El disfrutar indica el grado de bienestar de la persona

y la percepción que tiene sobre su calidad de vida⁽⁶⁾, en otros estudios esta categoría suele obtener puntaje bajo, debido a dos aspectos principales: que no perciben satisfacción personal al momento de desempeñar el rol de cuidadores y que la alta cantidad de horas que dedican al cuidado no les permite desarrollar su plan de vida y llevar a cabo sus proyectos personales, lo que visibiliza la sobrecarga de los cuidadores^(19,25).

Por último, en la categoría anticipación, que se refiere a las nociones e ideas que se tienen para anticiparse a las necesidades y problemas que se le pueden presentar a la díada paciente-cuidador familiar⁽⁶⁾ se observó puntaje favorable en dos estudios^(19,25), lo que indica que en los cuidadores está presente el estar atento a lo que pueda requerir la persona receptora del cuidado en su presente y futuro. Se podría plantear si esto aplica para los cuidadores sobre sí mismos, ya que esto sería un aspecto fundamental para tener en cuenta en el autocuidado, con el fin de prevenir o disminuir la sobrecarga de los mismos.

En contrapartida, no se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adherencia terapéutica comparada entre el grupo control y el intervención en el presente estudio, lo cual difiere de un estudio cuasi experimental desarrollado en Colombia, que quiso determinar la efectividad de una intervención de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión. En el mismo se observó una mejora en la adherencia en el grupo experimental gracias a la intervención adaptada "Desplegando mis recursos personales", es decir, se demostró la efectividad de una intervención psicosocial para mejorar la adherencia terapéutica en el grupo experimental, que obtuvo 86,6% contra el 11,4 del grupo control % del grupo control⁽⁸⁾. Ello demuestra que es necesario desplegar diferentes tipos de intervenciones que aborden desde distintos ángulos la adherencia que puede tener una persona a su tratamiento. Ya que no solo implica la toma de su tratamiento farmacológico, sino que se debe tener en cuenta el conocimiento del paciente, sus necesidades, deseos y acceso a servicios de salud que puedan mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, dentro de las implicaciones prácticas de este estudio se identifica la necesidad imperante de procurar una adecuada transición del cuidado desde el ámbito clínico hacia el ámbito comunitario de la persona con condición crónica y su cuidador familiar. Dado que es un momento de mayor riesgo⁽¹⁷⁾ y a su vez una gran oportunidad para afianzar en la díada los conocimientos, las habilidades, los comportamientos y las actitudes imprescindibles para incrementar la calidad de vida y el bienestar de la díada. Y es aquí donde el determinar la competencia para el cuidado de la díada

paciente-cuidador se torna útil para orientar programas e intervenciones integrales ya que el enfermero juega un papel importante en la creación e implementación de los mismo, porque es parte de la red de apoyo para el paciente crónico y su cuidador⁽²⁰⁾.

Como fortalezas del estudio se destaca que este es uno de los pocos estudios que ha evaluado el impacto de un programa de transición al alta hospitalaria sobre la competencia para el cuidado en la díada paciente-cuidador con condición crónica en un país de ingresos medio-bajo. También se encuentra el uso de instrumentos validados como la escala del cuidar y la escala de carga del cuidador; además, las características basales tanto en el grupo intervención como en el grupo control no presentaron diferencias estadísticamente significativas, es decir, los grupos son comparables debido a la aleatorización, con ello se procuró disminuir el sesgo de información y selección, respectivamente. Se evitó la contaminación de la muestra, dado que los pacientes aleatorizados a un grupo no compartían información ni interactuaban con el otro, además, la educación a la díada paciente-cuidador se llevó a cabo de forma personalizada en el cubículo o habitación personal o en una sala privada en la institución de salud. También, se realizó doble enmascaramiento, del evaluador y de quien analizaba los datos.

Por otra parte, las limitaciones del estudio fueron el tamaño de la muestra y la pérdida en el seguimiento al mes de algunas de las díadas, debido a dos factores importantes: por motivo de fallecimiento del paciente y porque algunas díadas residen en zonas apartadas de Santander, lo que dificultó la comunicación y el atendimento de los seguimientos telefónicos, debido a los múltiples quehaceres que deben realizar principalmente los cuidadores y también por el difícil acceso a señal telefónica y de datos que tuvieron algunos de los participantes en ciertas áreas. Sin embargo, las pérdidas fueron similares en los dos grupos (valor p 0,78) y se realizó análisis por intención a tratar, asumiendo que las díadas perdidas no presentaron cambios en las variables en el seguimiento.

Adicionalmente, en la valoración basal hubo diferencias estadísticamente significativas en el nivel de sobrecarga percibido de los cuidadores familiares en el grupo control e intervención, fue mayor la sobrecarga intensa en el grupo intervención, lo cual pudo influir en que no se encontraran diferencias entre el grupo intervención y control. Además, no fue posible enmascarar a los participantes del estudio debido a la naturaleza de la intervención.

A pesar de que los participantes del estudio, en su mayoría, hacen uso del celular y de aplicaciones de mensajería instantánea como *WhatsApp*, por ejemplo, esto no garantiza que la intervención educativa brindada

por medio telefónico cumpla con su objetivo debido a otros posibles factores que pueden influir en la adquisición y transferencia del conocimiento.

Otro aspecto que pudo influir en la ausencia de diferencias entre los grupos puede ser que el grupo control recibió una educación básica sobre adherencia y cuidados transicionales en la institución con ayuda de un folleto, lo cual pudo ser semejante a la intervención principal del plan transicional y subestimar el efecto, dado que en ambos grupos se observaron deltas significativos post intervención tanto en los pacientes como en los cuidadores.

Conclusión

El programa de transición al alta hospitalaria permitió aumentar la competencia para el cuidado tanto del paciente como del cuidador y la adherencia al tratamiento terapéutico del paciente, dado que obtuvo valores significativos post intervención comparado con los pre intervención; sin embargo al comparar estos efectos con los obtenidos en el grupo control, no se evidenciaron diferencias entre los grupos, este hallazgo posiblemente se deba a que el grupo control recibió el plan de transición habitual por parte de la institución y la ayuda de un folleto educativo básico por parte del grupo de investigadores, conforme a una solicitud del comité de ética, lo cual pudo hacer que sea semejante a la intervención principal del plan transicional y subestimar o diluir el efecto de la misma.

Por lo tanto, las actividades que se realicen en el marco del Plan Transicional de Alta Hospitalaria para el paciente con condición crónica cardiovascular y su cuidador familiar orientadas a mejorar la adherencia, estilo de vida y seguimiento de indicaciones ejecutadas en la institución de salud permiten aumentar la puntuación de la competencia para el cuidado tanto del paciente como del cuidador familiar, dado que constituyen una herramienta para educar, apoyar y orientar el cuidado domiciliario con el fin de evitar o reducir las complicaciones y mejorar el bienestar tanto del paciente como del cuidador familiar. Asimismo, resulta útil para la institución de salud contar con una estrategia estandarizada para brindar atención y facilitar el proceso de alta hospitalaria con ayuda de un material educativo y recomendaciones orientadas al control de la enfermedad y mantenimiento de la salud, lo cual puede aumentar la calidad del cuidado. Se sugiere para futuras investigaciones complementar el plan de transición con actividades orientadas a mejorar la adherencia terapéutica y brindar otras alternativas además del seguimiento telefónico, como, por ejemplo, consulta de enfermería o atención domiciliaria, apoyo de tecnologías

de la información, aumentar el tamaño de la muestra, hacer una clara diferenciación de las actividades del grupo intervención y control y, por último, un periodo de seguimiento mayor para determinar la sostenibilidad del efecto de la intervención a lo largo del tiempo.

Referencias

1. Toscan J, Mairs K, Hinton S, Stolee P. Integrated transitional care: Patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture. *Int J Integr Care*. 2012;12:e13. <https://doi.org/10.5334/ijic.797>
2. Joo JY, Liu MF. The Experience of Chronic Illness Transitional Care: A Qualitative Systematic Review. *Clin Nurs Res*. 2022;31(2):163-73. <https://doi.org/10.1177/10547738211056166>
3. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014;14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>
4. Sánchez B, Carrillo GM, Barrera L. Transition and discharge hospital planning and its effect in health care: an integrated review. *Rev U.D.C.A Act Div Cient*. 2014;17(1):13-23. <https://doi.org/10.31910/rudca.v17.n1.2014.936>
5. De Maria M, Vellone E, Ausili D, Alvaro R, Di Mauro S, Piredda M, et al. Self-care of patient and caregiver DyAds in multiple chronic conditions: A LongITudinal study (SODALITY) protocol. *J Adv Nurs*. 2019;75(2):461-71. <https://doi.org/10.1111/jan.13834>
6. Carrillo Gonzalez GM, Sanchez Herrera B, Vargas Rosero E. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento "cuidar" - versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016;48(2):222-31. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016007>
7. Carrillo GM, Rosero EV, Ramírez OJG. Validation of the competency scale for cancer patient in-home care. *Rev Cuidarte*. 2021;12(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1210>
8. Garzón NE, Díaz Heredia LP, Romero HG, Cañon-Montañez W. Effectiveness of tailored intervention with a salutogenic approach to improve adherence in adults with hypertension: a non-randomized trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2022;21(2):135-42. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab030>
9. Garzón NE, Heredia LPD. Validity and reliability of the treatment adherence questionnaire for patients with hypertension. *Invest Educ Enferm*. 2019;37(3):1-13. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e09>
10. Dye C, Willoughby D, Aybar-Damali B, Grady C, Oran R, Knudson A. Improving chronic disease self-management by older home health patients through community health coaching. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(4):660. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040660>
11. Rojas Barbosa JC, Quemba Mesa MP. Díadas de cuidado y competencia para cuidar al alta hospitalaria en un hospital de Bogotá. *Rev Investig Salud Univ Boyacá*. 2020;7(1):71-86. <https://doi.org/10.24267/23897325.417>
12. Arias Pinzón V, Castillo Galvis MP, Contreras Rincón JS, García Arenas SA, Sarmiento Maldonado MC, Suárez Plazas JD, et al. Plan transicional "Intervención educativa" [Internet]. 1. ed. Bucaramanga: Universidad de Santander; 2022 [cited 2022 Dec 04]. Available from: <https://isbn.camlibro.com.co/catalogo.php?mode=detalle&nt=401916>
13. Chaparro L, Sánchez B, Carrillo GM. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica. *Rev Ciencia Cuid [Internet]*. 2014 [cited 2022 Dec 04];11(2):31-45. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/196>
14. Carrillo GM, Herrera BS, Arias Rojas EM. Validation of an instrument to assess the homecare competency of the family caregiver of a person with chronic disease. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(3):449-55. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a08>
15. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chile [Internet]*. 2009 [cited 2022 Dec 04];137:657-65. Available from: <https://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/414>
16. Carrillo GM, de la Luz Laguna M, Gómez OJ, Díaz LC, Carreño SP. Effect of an Educational Intervention for Family Caregivers of Individuals with Cancer in Surgery. *Enferm Global*. 2021;20(1):408-19. <https://doi.org/10.6018/eglobal.419811>
17. Carrillo-González GM, Barreto-Osorio RV, Arboleda LB, Gutiérrez-Lesmes OA, Melo BG, Ortiz VT. Competence for home health care in colombian people with chronic illness and their caregivers. *Rev Fac Med*. 2015;63(4):665-75. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50322>
18. Gallardo Solarte R, Ortiz Nievas V. Impact of pedagogical intervention on care competence. *Rev Cien Salud*. 2021;19(2):1-15. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10282>
19. Peñaranda-Pabón EH, Rico-Medina YA, Rozo-Hurtado YA, Vega-Angarita OM. Family caregivers: Competence in the care of the chronically ill. *Rev Cien Cuidado*. 2018;15(1):7. <https://doi.org/10.22463/17949831.1227>
20. Vega Angarita OM, Gonzalez Escobar DS. Soporte social percibido y competencia para el cuidado en

- el hogar, Ocaña, Colombia. *Nova*. 2019;17(32). <https://doi.org/10.25058/24629448.3638>
21. Shyu YIL, Chen MC, Chen ST, Wang HP, Shao JH. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *J Clin Nurs*. 2008;17(18):2497-508. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02450.x>
22. Toye C, Parsons R, Slatyer S, Aoun SM, Moorin R, Osseiran-Moisson R, et al. Outcomes for family carers of a nurse-delivered hospital discharge intervention for older people (the Further Enabling Care at Home Program): Single blind randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2016;64:32-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.012>
23. Toye C, Moorin R, Slatyer S, Aoun SM, Parsons R, Hegney D, et al. Protocol for a randomised controlled trial of an outreach support program for family carers of older people discharged from hospital. *BMC Geriatr*. 2015;15(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0065-5>
24. Cheng HY, Chair SY, Chau JPC. Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2018;87:84-93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>
25. Vega-Angarita OM. Os prestadores de cuidados e competência no cuidado de suas famílias. *Revista Ciencia y Cuidado [Internet]*. 2016 [cited 2022 Dec 04];13(2):9-22. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/732>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Astrid Nathalia Páez Esteban, Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño. **Obtención de datos:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Juan Sebastian Rincón Contreras, Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas. **Análisis e interpretación de los datos:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Astrid Nathalia Páez Esteban, Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño, Juan Sebastian Rincón Contreras,


Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas. **Análisis estadístico:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Astrid Nathalia Páez Esteban, Juan Sebastian Rincón Contreras, Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas. **Obtención de financiación:** Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño. **Redacción del manuscrito:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Astrid Nathalia Páez Esteban, Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño, Juan Sebastian Rincón Contreras, Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Astrid Nathalia Páez Esteban, Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño, Juan Sebastian Rincón Contreras, Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 29.12.2022
Aceptado: 07.10.2023

Editor Asociado:
Ricardo Alexandre Arcêncio

Autor de correspondencia:
Maria Stella Campos de Aldana
E-mail: al.campos@mail.udes.edu.co
 <https://orcid.org/0000-0002-6190-181X>

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.