

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR CUIDADOR SOBRE EL CUIDADO
ENFERMERO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II EN UN
HOSPITAL DE ESSALUD – CHICLAYO, 2017**

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

AUTORA

ELIDA NATIVIDAD DAVILA CONCHA

ASESORA

**Mtro. FRANCISCA CONSTANTINO FACUNDO
<https://orcid.org/0000-5494-5806>**

Chiclayo, 2019

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dedicar este trabajo de investigación a Dios que me ayudó siempre a tomar la mejor decisión, un ser incondicional y sin él no sería la persona que ahora soy. Él espera de mi parte lo mejor y así será.

A la memoria de mi mamá, a quien llamaba mi nona. Sé que no nací de tus extrañas, pero para mí fuiste la mejor madre del mundo y sé también ahora que me cuidas desde el cielo como lo hacías cuando estabas a mi lado. Gracias por la paciencia que has tenido para enseñarme, por el amor que me diste, por tus cuidados en el tiempo que hemos vivido juntas, por los regaños que me merecía y que no entendía.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todas mis profesoras, por apoyarme cuando más las necesite, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias profesoras, siempre las llevo en mi corazón.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora de tesis, Mtro. Francisca Constantino Facundo, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También quiero agradecer a los miembros del jurado por sus valiosos aportes; y a mis profesores de toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y agradecer en especial a mis compañeros de trabajo por el apoyo incondicional.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
I. INTRODUCCIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	12
2.2 BASE TEÓRICO CONCEPTUAL.....	14
III. MATERIALES Y MÉTODOS	22
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	22
3.2. ABORDAJE METODOLÓGICO	22
3.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN	24
3.4. ESCENARIO	25
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
3.6. PROCEDIMIENTO	26
3.7. ANÁLISIS DE DATOS.....	27
3.8. CRITERIOS ÉTICOS.....	28
3.9. CRITERIOS RIGOR CIENTÍFICO	29
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
VIII. ANEXOS	53

RESUMEN

Estudio de tipo cualitativo, que utilizó como abordaje metodológico estudio de caso. Sus objetivos fueron caracterizar, analizar y comprender la percepción del familiar cuidador sobre el cuidado enfermero en pacientes con diabetes mellitus II en un hospital de Essalud-Chiclayo. Para la obtención de datos se aplicó la entrevista semiestructurada a profundidad a 20 participantes, estos datos se procesaron a través del análisis de contenido temático. El estudio se desarrolló basándose en los principios éticos y de rigor científico. Las categorías emergidas fueron: Categoría A: Priorización de procedimientos en el cuidado enfermero con sus subcategorías: Monitoreo de signos vitales, control de glicemia capilar, administración de medicamentos y curación de heridas. Categoría B: Humanización y Deshumanización en el cuidado enfermero y Categoría C: Participación del familiar cuidador en el cuidado básico del enfermo. Los resultados demostraron que los familiares perciben el cuidado enfermero como oportuno, responsable y puntual enfocado en la realización de procedimientos básicos que ayudan a satisfacer las necesidades de la persona hospitalizada. Para ellos la priorización de procedimientos en la práctica diaria de enfermería constituye el eje principal del cuidado que brinda la enfermera, dando a entender que es parte esencial del cuidado enfermero a un paciente con diabetes mellitus tipo II. Así mismo refieren estar satisfechos con la atención del enfermero y como participan ellos en el cuidado, pero también solicitan, en sus propias palabras, más carisma de los profesionales, mejor trato y una relación más empática entre enfermero - paciente y familia.

Palabras clave: Percepción, familiar cuidador, atención de enfermería, hospitalización, diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Qualitative study, which used a case study as a methodological approach. Its objectives were to characterize, analyze and understand the perception of the family caregiver about nursing care in patients with diabetes mellitus II in a hospital in Essalud-Chiclayo. To obtain data, the in-depth semi-structured interview and non-participant observation were applied, these data were processed through thematic content analysis. The study was developed based on ethical principles and scientific rigor. The categories emerged were: Category A: Prioritization of procedures in nursing care with its subcategories: Monitoring of vital signs, control of capillary glycemia, administration of medications and wound healing. Category B: Humanization and Dehumanization in nursing care and Category C: Participation of the family caregiver in the basic care of the patient. The results showed that family members perceive nursing care as timely, responsible and timely focused on performing basic procedures that help meet the needs of the hospitalized person. For them, the prioritization of procedures in daily nursing practice constitutes the main axis of care provided by the nurse, implying that it is an essential part of nursing care for a patient with type II diabetes mellitus. Likewise, they report being satisfied with the care of the nurse and how they participate in the care, but they also request, in their own words, more charisma of the professionals, better treatment and a more empathic relationship between nurse - patient and family.

Keywords: Perception, family caregiver, nursing care, hospitalization, diabetes Mellitus

I. INTRODUCCIÓN

La persona es definida como un ser biopsicosocial, formado por diversas dimensiones: psicológica, cultural, económica, social y física donde cada una están en armonía y se relacionan entre sí, sin embargo pueden verse resquebrajadas por diversas enfermedades; una de ellas es la diabetes mellitus. Enfermedad crónica originada por la producción inadecuada de insulina elaborada por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas o a un defecto de la acción de la hormona en los tejidos orgánicos, o ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, cuyo principal indicador es la hiperglucemia. La causa puede ser vírica, ambiental o autoinmune, o bien una combinación de ambos factores.(1)

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos son los mayores de 18 años y las cifras han ido en aumento del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014, y este se ha dado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. La diabetes adquiere gran importancia por las complicaciones que causa en la persona que lo padece pues ocasiona ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Se estima que en 2015, la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes, y que otros 2,2 millones de muertes eran atribuibles a la hiperglucemia en 2012. Aproximadamente, la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad, y para el 2030, de acuerdo a la OMS la diabetes será la séptima causa de mortalidad, se puede tratar la diabetes y prevenir con una dieta saludable, actividad física normal, peso adecuado, evitar el consumo de tabaco.(2)

En el Perú, según el Instituto de Estadística e Informática (INEI), en el año 2016, el 2,9% del total de la población de 15 y más años de edad reporto tener diabetes diagnosticada por un profesional de la salud, conforme el documentado de “Indicadores de programas Presupuestales 2013 - 2015”. Asimismo, se reportó que el 73,6% de las personas de 15 y más años de edad con diagnóstico de diabetes recibieron tratamiento en los últimos doce meses, acorde al área de residencia en la zona urbana fue el 74,6% y en la rural el 68,2%. Por región natural, en la Selva el 78,6% de la población con diagnóstico de diabetes recibieron tratamiento en los últimos doce meses, en la Costa el 78,0% y en la Sierra con el 53,5%. Cabe destacar, que la población del área rural de la Selva es la que en

mayor proporción ha seguido un tratamiento a comparación con la del área rural de la Costa (75,9%) y Sierra (55,0%). (3)

También, el 4,0% de la población que reside en la Costa reportó tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud, siendo la zona urbana donde se registra mayor incidencia de esta enfermedad (4,1%) y en el área rural solo el 2,7%. Le siguen las regiones de la selva con 1,9%, la zona urbana registra el 2,7% y rural el 1,1%, en tanto que, la sierra figura con 1,6%, el área urbana 2,5% y rural con 1,0%. Del total de las personas de 15 y más años de edad, el 35,5% se encuentra con sobrepeso, siendo el mayor porcentaje en el área urbana (38,4%). En tanto que, el 17,8% de la población tiene obesidad, siendo Tacna (30,4%), Tumbes e Ica (26,2%).(3)

El coordinador regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Miguel Malo Serrano, precisó que la falta de políticas públicas coherentes, frente a los problemas de salud que aquejan a un gran porcentaje de peruanos, es responsabilidad de las autoridades locales y nacionales, ya que son ellas las que deben regular, ordenar y hasta prohibir ciertas prácticas que solo incentivan el porcentaje de personas con diabetes, hipertensión y problemas cardíacos. Un reporte de la Dirección Regional de Salud (DIRESA)-Piura asegura que en la región la tasa de población que padece diabetes se encuentra entre un 8%.(4)

Por otra parte el Ministerio de Salud (MINSA), en Lambayeque, hasta diciembre del 2016 registro una Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en los diferentes establecimientos de salud 992 casos, sumando un total de 8.5 %, la mayor frecuencia se presentó en el sexo femenino en comparación con el sexo masculino, y en lo que se relaciona a la edad fue el grupo de 60 y 74 años de edad. (5)

A nivel local, acorde la estadística mensual del servicio de Medicina Interna del Hospital II Luis Heysen Incháustegui de Essalud, reporta que se hospitalizan un promedio de 15 pacientes al mes por Diabetes Mellitus II; esta demanda de pacientes con esta enfermedad constituye un reto para la enfermera, pues esta enfermedad crónica, y sus complicaciones producen una serie de cambios en la rutina diaria, no solo de la persona afectada sino también en la de su familia, amigos y personas que lo rodean; siendo necesario que exista una persona encargada de cuidar, asistir a la persona afectada durante su estadía hospitalaria y en el momento que requiera de su cuidado.(6)

La percepción es un proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje la memoria y la simbolización. También es un proceso de la que se pone en juego el referente ideológico y cultural que reproduce y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas. Uno de los elementos importantes, el reconocimiento que definen a la percepción, ordenarlas porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas e interactuar con el entorno. (6)

Un enfermo crónico necesita un acompañamiento constante, que un profesional de la salud no puede brindarle. Por eso, los cuidadores familiares entran a cumplir un papel importante en el desarrollo de esta función, lo que hace vital que adquieran un conocimiento del problema y comiencen a entender la experiencia como es el caso de los pacientes hospitalizados con diabetes mellitus II; a esta persona se le denomina familiar cuidador es el miembro de una familia o grupo; así mismo el enfermo crónico y su cuidador familiar social que asume la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo. Es quien representa una solución ante la necesidad de atender a la persona enferma, sin que se haya llegado, en muchos casos, a acuerdo explícito entre los miembros de la familia; este también tiene que modificar su vida para asumir tareas especiales, generando con frecuencia sobrecargas, preocupaciones y estrés, dados por la responsabilidad de cuidar a otra persona, dependiente en los aspectos de la vida diaria, y por tener que enfrentar la toma constante de decisiones que afectan la propia existencia y la del ser querido; este también tiene que modificar su vida para asumir tareas especiales, generando con frecuencia sobrecargas, preocupaciones y estrés, dados por la responsabilidad de cuidar a otra persona, dependiente en los aspectos de la vida diaria, y por tener que enfrentar la toma constante de decisiones que afectan la propia existencia y la del ser querido.(7)

La investigadora se identificó con esta enfermedad porque tiene un familiar cercano con esta patología , el cual fue hospitalizado en varias oportunidades, asimismo durante las practicas pre profesionales se pudo presenciar los momentos difíciles que pasaban los familiares y amigos de las personas hospitalizadas con esta enfermedad crónica y que en la mayoría son hospitalizados

como consecuencia de las complicaciones propias de la diabetes mellitus, siendo las más frecuentes los problemas renales, hipertensión arterial, retinopatía, pie diabético, entre otros, que hacen necesario la hospitalización de la persona enferma. Durante, la hospitalización el familiar siempre están buscando a la enfermera para preguntarles acerca del tratamiento, la enfermedad e incluso a veces para compartir sus preocupaciones, con el fin de encontrar una respuesta acerca de la situación por la que atraviesa su paciente, ya que muchas veces vieron que sus familiares día a día se fueron deteriorando más, llegando muchas veces a la amputación o a una insuficiencia renal incluso necesitando diálisis.

Frente a esta realidad, la investigadora se planteó las siguientes interrogantes: ¿Cómo percibe el familiar cuidador el cuidado que la enfermera le brinda al paciente con diabetes? ¿El familiar del paciente percibe de manera positiva el cuidado que brinda a su paciente?, todas estas interrogantes llevaron a la investigadora a plantearse la siguiente premisa ¿Cómo es la percepción del familiar cuidador sobre el cuidado que brinda el enfermero a los pacientes con Diabetes Mellitus II en un Hospital de Essalud-2017? Planteándose como objetivo: Describir, analizar y comprender la percepción del familiar cuidador sobre el cuidado enfermero en pacientes con diabetes mellitus en un Hospital de Essalud - Chiclayo, 2017. El objeto de estudio fue: Percepción del Familiar Cuidador sobre el Cuidado Enfermero en Pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus II.

El presente estudio se justificó porque a nivel internacional y nacional existe un incremento de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo II. Esta enfermedad ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos, al mismo tiempo esta enfermedad acarrea diversas complicaciones que comprometen aún más la salud y bienestar de la persona, llegando a necesitar hospitalizaciones frecuentes y cuidados prolongados. En este sentido el familiar cuidador se convierte en el apoyo no solo de su paciente sino también del personal de enfermería, pues es quien pasa más tiempo con su paciente y puede brindar información que contribuye en el cuidado y mejoría de la persona cuidada. Por lo tanto es importante conocer su percepción para mejorar el cuidado de enfermería que se brinda a este tipo de pacientes.

También esta enfermedad crea incapacidad e imposibilidad a la persona a realizar su propio cuidado y muchas veces a ser hospitalizado, surgiendo la necesidad de recibir cuidados de otras

personas para su mantenimiento, estos cuidados muchas veces está bajo la responsabilidad de un familiar, quien tiene una historia de vida y que deja todo para cuidar a su familiar durante su hospitalización.

En este sentido la importancia de la investigación radica en que los resultados servirán de reflexión a todo el equipo de salud, estudiantes de enfermería, e incluso de toda la sociedad de profesionales Enfermeros, considerando a los pacientes y cuidadores como seres únicos, diferentes uno del otro, y brindar un cuidado de calidad individualizado, humano, interdisciplinario y cultural que se refleja en el habitual, además permitirá propiciar actividades educativas dirigidas a los familiares cuidadores para que éstos puedan adquirir conocimientos y habilidades para cuidar a un adulto con diabetes. Así asimismo, los hallazgos servirán como punto de partida para posteriores investigaciones, dando espacio para nuevos trabajos relacionados a cómo perciben los familiares el cuidado enfermero en pacientes con diabetes hospitalizados.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Se realizó una búsqueda minuciosa del tema de investigación a nivel internacional, nacional y local y se encontraron los siguientes artículos que se presentaron como antecedentes.

A nivel internacional se encontró las siguientes investigaciones.

Jiménez M, Fuentes R. en el año 2017 realizaron una investigación titulada “Percepción de la calidad del Cuidado de Enfermería en pacientes Diabéticos hospitalizados”. Su investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, teniendo como población los pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital de Sogamoso. Cuyo objetivo principal fue describir la percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. Obteniendo como resultados que: las categorías percibidas por los participantes con un nivel alto de satisfacción fueron: "accesibilidad" y "monitorea y hace seguimiento"; categorías que evalúan principalmente la habilidad técnica del profesional en Enfermería. Las categorías percibidas con un nivel bajo de satisfacción fueron: "explica y facilita", "conforta" y "se anticipa", determinadas por cuidados de Enfermería tangibles. (8)

Montesdeoca J, Zambrano E. en el año 2018 realizaron una investigación titulada “percepción de los pacientes con pie diabético sobre los cuidados de enfermería en la curación avanzada de heridas de la consulta externa del hospital general del norte de Guayaquil”- Ecuador. La cual tuvo como objetivo describir cuál es la percepción que tiene el paciente sobre los cuidados que le brindan el profesional a través de la curación avanzada de herida, se realizó una metodología cuantitativa ya que se admite la recolección de datos usando la técnica de investigación como es la encuesta, también presenta un estudio de corte transversal. Obteniendo como resultados de acuerdo a la escala de Likert por parte de los pacientes que refieren estar totalmente de acuerdo con la atención en la Unidad de Pie Diabético con un 85% de aceptación, donde se concluye que la percepción que tienen los pacientes sobre los cuidados recibidos en el momento de la curación avanzada de su herida que cumple con sus expectativas, puesto que han evidenciado la mejoría, recuperación o cese de su área afectada. (9)

A nivel nacional se encontró la siguiente investigación:

Mandamientos F. en el año 2016 realizó una investigación titulada: “Percepción y expectativas del familiar sobre el cuidado de enfermería en pacientes con secuela de accidente cerebro vascular en la unidad de cuidados intermedios – Piura, 2016”. La investigación fue de tipo cualitativa, historia de vida. Tuvo como objetivo identificar la Percepción y expectativas de familiar sobre el cuidado de enfermería en pacientes con secuela de ACV en la UCIN, 2016. Teniendo como resultado que la atención de salud por el sistema de Essalud del asegurado, que incluyen las siguientes subcategorías: Trato del familiar por vigilantes y falta de ambiente ordenado para espera del familiar, gastos adicionales asumidos por el familiar del paciente. Cuya conclusión principal fue que los familiares entrevistados, manifestaron un fuerte estrés emocional y preocupación en la atención de enfermería, lo cual se agrava por la poca comunicación entre enfermera y familiar e incertidumbre por si recibirá una adecuada capacitación cuando su familiar sea dado de alta, también mostraron rechazo al trato inhumano por el personal de vigilancia y a la falta de un ambiente adecuado para los familiares de pacientes hospitalizados en UCIN.(6)

A nivel local se encontraron.

La investigación realizada por. Barrios J, Orellano L; “percepción del familiar del paciente de la unidad de cuidados intensivos, sobre el cuidado que le brinda la enfermera, en un hospital de MINSA – Chiclayo, 2016”; es una investigación de tipo cualitativa descriptiva. El objetivo fue: describir cómo es la percepción del familiar del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos, sobre el Cuidado que le brinda la enfermera. Los familiares perciben un cuidado humano por parte del profesional de enfermería a través del trato empático, muestras de fe y esperanza e información brindada, así mismo perciben diferencias, limitaciones, desconfianza en el cuidado enfermero entre los VIII profesionales y muestras de indiferencias frente al dolor y sufrimiento, las cuales se muestran por múltiples factores ya sea por carga laboral aumentada, horarios restringidas y entre otros. Palabras claves: Percepción, familia, cuidado enfermero, cuidado humano.(10)

Dávila G, Pinzón R. en el 2016 en su investigación “Percepción de las personas cuidadoras en relación al programa de atención domiciliaria para adultos mayores ESSALUD”, de tipo cualitativa, con abordaje de estudio de caso, el objetivo fue: describir, analizar y comprender la percepción de las personas cuidadoras en relación al Programa de Atención Domiciliaria

(PADOMI) para adultos mayores. Como resultado final obtuvieron escasa participación de la enfermera durante la atención domiciliaria del paciente; limitaciones organizacionales para el cumplimiento de la atención domiciliaria; rutinización del equipo de salud durante la visita domiciliaria; y ventajas de la atención domiciliaria para los familiares. (11)

2.2 BASE TEÓRICO CONCEPTUAL

Para el desarrollo de las bases conceptuales, la investigadora tuvo en cuenta diversos autores para profundizar los conceptos fundamentales, siendo las siguientes: percepción según King y Morris; cuidador familiar por Quero y Kozier y Waldow para cuidado.

Todos los seres humanos normalmente tienen los mismos órganos sensoriales y capacidades perceptuales. Sin embargo, nuestra individualidad influye en lo que recibimos: nuestras motivaciones, valores, expectativas, estilos cognoscitivos e ideas culturales. Entonces, la percepción es el proceso de crear patrones significativos a partir de la sensación pura.(12)

Pinillos¹⁴ define la percepción como una aprehensión de la realidad a través de los sentidos; también dice que es un proceso sensocognitivo en el que las cosas se hacen manifiestas como tales en un acto de experiencia. Tal experiencia no es, por otra parte un reflejo pasivo de la acción estimular, ni una captación puramente figura de los objetos; percibir extraña un cierto saber acerca de las cosas percibidas y sus relaciones, que alberga de algún modo una pretensión de verdad; las relaciones de la percepción con otras funciones cognoscitivas, imaginativas, intelectuales, son profundas. Tampoco es posible desgajar la percepción de la afectividad, de los motivos, ni de la actividad con las cosas como toda las funciones psíquicas superiores que posee una naturaleza abierta a la interpretación con las demás, justamente, la percepción se inicia como un proceso con esa apertura a la realidad que se llama atención. (13)

Papalia¹⁵ refiere: Percepción es la manera como nuestro cerebro organiza los sentimientos para interpretarlos, es decir el reconocimiento de los objetos que provenían de combinar las sensaciones con la memoria de experiencias sensoriales anteriores. (14)

Por otra parte, King, (15)nos dice que la percepción es la representación de la realidad en cada ser humano. Es una conciencia de personas, objetos y acontecimientos. Aunque uno presupone que los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, los individuos difieren en lo que seleccionan para que penetre en su medio perceptual. Los instrumentos perceptuales, sensoriales (funcionamiento de los órganos de los sentidos), intelectuales (proceso mentales), varían según cada persona.

Sin embargo, una percepción se relaciona con experiencias pasadas, con el concepto de uno mismo, con la herencia biológica, con los antecedentes educativos y con los grupos socioeconómicos. Además, presenta características que son: Percepción universal en donde todas las personas perciben a otros individuos y objetos en el ambiente, y estas experiencias proporcionan información acerca del mundo; la percepción subjetiva, personal y selectiva para cada persona porque permite que entre algún estímulo del ambiente. Igualmente, sus experiencias varían en relación espaciales temporales, debido a que es una acción orientada en el presente. En el mundo se aprecia según la información de que se dispone. Asimismo, en las percepciones influyen interés actual, necesidades y metas futuras. La percepción son interacciones, todos los individuos entran en una situación como participantes activos, y que su existencia en la interacción afecta su identidad. (15)

En tal sentido, para la investigadora en el presente estudio percepción está constituido por el conjunto de expresiones dadas por el familiar cuidador respecto al cuidado brindado por la enfermera al paciente con diabetes mellitus II, generadas a través de la observación durante la hospitalización.

Es evidente que, la persona enferma con diabetes mellitus hospitalizada requiera de un cuidado que le permita mejorar sus condiciones de salud lo cual implica un acto humano y a la vez la puesta en práctica de valores, como respeto, libertad, solidaridad y amor. Las personas que padecen de esta enfermedad, necesitan cuidado oportuno por parte de la familia y del equipo de salud. El cuidado es definido por King, citado por Kerouac como un proceso de interacción recíproca entre la enfermera, la persona y el entorno conduciendo a transacciones y a conseguir objetivos, dirigidos a un estado funcional de salud.(16)

Para, Waldow (17), el cuidado constituye un modo de ser, una actividad humana de ayuda mutua, que promueve el crecimiento, la autorrelación y tiene una dimensión ética y moral. Cuidar consiste también en un modo de conocer, de percibir e incluye la intuición, la sensibilidad, el deseo de paz y amor, expresado en la enfermería no es un fenómeno abstracto, si no personal, que incluye conocimientos, también refiere que el proceso de cuidar es la forma en que se da el cuidado. Es un proceso interactivo entre cuidador y ser cuidado, en el que la primera tiene un papel activo, pues desarrolla acciones acompañadas de comportamiento de cuidar. El segundo, el ser cuidado, tiene dependiente temporalmente.

Asimismo define que el cuidado que caracteriza la enfermera debe ser una experiencia vivida, comunicada intencionalmente, en una presencia autentica a través de una interrelación persona a persona esta relación es vivida en el momento. Las relaciones de cuidado son explicitas y definidas por Waldow, que opina que nuestra relación de estar en el mundo es un compromiso el yo (self) para con el otro y con el todo o cosmos.(17)

Con respecto al cuidado se caracteriza por su no linealidad, es un proceso energético, tiene movimiento; el cuidado es dialectico, es la luz y la oscuridad, pues así como existe el cuidado existe el no cuidado. Los objetivos del cuidar abarcan entre otros, aliviar promover, restablecer, restaurar, dar hacer, etc. El cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedades, discapacidades o durante el proceso de la muerte. El cuidado humano sin duda esta imbuido de valores, los cuales, priorizan la paz, la libertad, el respeto y el amor. (17)

Sin embargo, Pérez(18) , el cuidado en el ámbito familiar es voluntad, gesto dar de sí para los otros, además de las cosas o de las acciones, este cuidado es dado con amor y en el momento preciso, para ello la familia crea estrategias, organiza y coordina sus movimientos cotidianos, conversan e interaccionan con otros. Así pues, el cuidado es la esencia de la profesional de enfermería y que lo brinda en cualquier contexto donde se encuentra la persona que lo necesita, ya sea un hospital, casa o comunidad, pues la enfermera no solo cuida a la persona enferma sino también a la persona sana. En esta investigación el sujeto de cuidado es el cuidador familiar de una persona hospitalizada por lo que es importante conocer el contexto en donde se desarrolla.

Por otro lado, Anunciacao da Silva, (19) refiere que la hospitalización generalmente, es considerada un problema, debido a las implicancias emocionales, económicas y sociales que ella presenta para personas enfermas y sus familiares.²¹ esta se dan en organizaciones denominadas hospitales que son establecimientos destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermeros donde a menudo se practican la investigación y la docencia. Para ser hospitalizado la persona enferma o herida necesita ser ingresada con la finalidad de que se le realice un examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del equipo de salud. Asimismo, la hospitalización está considerada como el período de tiempo que una persona enferma o herida pasa en un hospital hasta obtener el alta médica. Los pacientes que padecen diabetes mellitus II son hospitalizados cuando presentan alguna complicación que pone en riesgo su vida por lo que son internados para recibir asistencia médica y los cuidados de enfermera para ayudar aliviar su dolor.

También, durante la hospitalización la persona muchas veces se encuentra incapacitada para realizar su autocuidado siendo necesario que tenga la ayuda de alguien, como cuidador a este también se le denomina cuidador familiar que es la persona encargada de prestar atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes, entre otros. El cuidador se caracteriza por ser también un supervisor, porque proporciona un cuidado activo, apoya, participa en la toma de decisiones, identifica las necesidades del paciente y verifica el desarrollo de acciones, como toma de medicamentos, cambios en los hábitos alimenticios, fomento de la actividad física, visitas rutinarias a los centros asistenciales, realización de exámenes de control; además de motivar y apoyar emocionalmente, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.(20)

Para, Quero(21), los cuidadores familiares integran lo que se ha denominado Sistema Informal de Cuidados de Salud y que forma parte de un abanico más amplio y general de actuaciones del Sistema Social sobre la Salud, entendido este como la globalidad de respuestas, medidas y actuaciones que tratan de satisfacer las necesidades de la salud de toda la comunidad. Bajo el concepto de “cuidados informales” se han agrupado aquellos cuidados que son prestados, por familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y otras personas. Los elementos claves de este

sistema informal, y que cada vez más comienza a denominarse sistema familiar son: carácter no institucional, no remunerado, se presta en y desde el ámbito doméstico, se regula mediante relaciones no explícitas, de modo que pasan hacer invisibles y no reconocidas, se mueve en terreno de lo privado y se asienta sobre las relaciones personales, se aplica gracias a la relación de parentesco, en la que existen lazos de afectividad y un carácter de compromiso duradero entre sus miembros.(21)

En definitiva, el sistema informal de salud se desarrolla en base a relaciones marcadas por el afecto y la reciprocidad. El sistema informal de cuidados genera muy pocos gastos directos al sistema público de salud, aunque se produce algunos gastos indirectos generales, que comprenden conceptos como jornadas de trabajo perdidas, desplazamientos, hospedajes, etc. A esto, hay que añadir los gastos que se originan desde el punto de vista de salud, a causa del deterioro físico y emocional de los cuidadores informales. Si bien la expresión “cuidar al cuidador” se ha generalizado en la esfera de la Atención Primaria y existen programas de apoyo para dichas personas, esta situación está aún muy lejos de ser siquiera considerada en el interior de los hospitales, “donde aún no se ha visualizado” la presencia de las cuidadoras familiares que permanecen invisibles para el sistema sanitario y sobre para todos los profesionales hospitalarios.(21)

Por otra parte, este marco de relación de cuidados del espacio domiciliario se amplía, extiende y traslada al entorno hospitalario y a la cuidadora familiar doméstica se convierte en cuidadora familiar hospitalaria. De esta forma, en el hospital se produce la confluencia entre el sistema informal y el sistema formal de cuidados; ambos sistemas conviven y comparten un espacio, marcados por relaciones de desigualdad en el uso del mismo y en el reconocimiento social e institucional de los servicios que prestan a la comunidad.(21)

Por otro lado, a nivel conceptual una cuestión que se ha suscitado sobre el término “sistema informal” es si su denominación es correcta y precisa, las diferencias aparecen a la hora de aplicarles un término apropiado. Por otro lado, la expresión cuidador informal, origina un debate en cuanto a su terminología en el entorno español, en la medida que se considera que no existe ninguna informalidad en el tipo de cuidados que prestan. El término cuidador principal

habitualmente utilizado, no es aceptado totalmente, porque muestra una destacable ambigüedad a la hora de determinar dicho “rango principal”, entre las diferentes personas que cuidan (cuidador principal/cuidador secundario) y el termino no discrimina entre aquellas cuidadoras que pertenecen a las instituciones sanitarias. Otros términos que se han venido utilizando son los de “cuidador no profesional” y sobre todo el de “cuidador familiar” que comporta una nota especial, en cuanto que la familia es la protagonista del cuidado y además la que “soporta y sufre” el impacto de la enfermedad. La familia es el marco de referencia y de las expectativas del cuidado. (21)

En este sentido, durante la hospitalización se hace necesario que el familiar cuidador este presente para apoyar en el cuidado de su paciente en todo el desarrollo del proceso, debido a que el hospital es un ambiente desconocido muchas veces por el paciente y el tener a su familiar cuidador junto a él, va a proporcionar seguridad y protección.

Así, cuidador familiar, es la persona que presta atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución.

Es así que Cantillo C, Ramírez c, Perdomo A. Definen el papel del cuidador es sin lugar a dudas importante en el proceso de recuperación del enfermo, pero no es fácil para ninguno de los dos, ambos deben afrontar una serie de condiciones sociales que, sumadas a su estado emocional y al drama derivado de la enfermedad, los enfrentan a diversos obstáculos; es ahí donde la preparación del cuidador juega un papel primordial, al recaer en él la confianza, tranquilidad y seguridad que el enfermo temporalmente ha perdido y seguramente recuperará a medida que el cuidador vaya asumiendo su rol. Así mismo esa persona que desempeña la importante labor de cuidar y atender las necesidades de personas desde su casa y a partir de los recursos disponibles, sobrecarga las funciones propias de su rol familiar y social, adaptándose a nuevas condiciones para mejorar la salud y bienestar de quien cuida. El cuidado se convierte en un batallar diario contra la enfermedad, las tareas monótonas y repetitivas producen sensación de falta de control sobre el resultado de dicha labor hasta agotar las reservas psicofísicas del cuidador, produciendo sobrecarga y afectando la calidad de vida. (22)

Por otro lado, Kozier, menciona que el cuidador familiar cumple un rol o papel importante, que tradicionalmente ha incluido las actividades, que asiste al paciente de forma física y psicológica.(23)

En el presente estudio, cuidador familiar es aquella persona copartícipe, orientada a subsistir junto a su paciente, para brindarle el apoyo necesario en lo que sea preciso: corporal, espiritual y emocionalmente que va a cumplir un papel importante en el cuidado del paciente hospitalizado. Es por ello, que el familiar cuidador es un ser primordial para la persona con Diabetes Mellitus, siempre está junto en su vida diaria enfrenta diversos obstáculos que se pueden presentar y ayuda a si al afrontamiento de esta enfermedad.

Según, el Manual de Enfermería, la Diabetes Mellitus , es una enfermedad crónica debido a un aumento de producción inadecuada de la insulina que elaboran las células beta y los istoles de Langerhans del páncreas, dando un efecto de la mala acción de la hormona en los tejidos órganos, teniendo un mal resultado metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, así mismo, las grasas y las proteínas cuyos principales indicadores son aumentar o disminuirla glucosa, de acuerdo a las causas, puede ser de carga genética, también vírica, vinculadas al medio ambiental o autoinmune.(1)

Asimismo, es considerada por Baynes J como un trastorno del metabolismo de los combustibles, que se caracteriza por un aumento de la glucosa, igualmente más tarde por lesiones vasculares. Presentando dos componentes fundamentales: la hiperglucemia y las complicaciones vasculares. Al mismo tiempo, la clasifica en cuatro tipos de diabetes mellitus: siendo la diabetes tipo 1 (DT1), luego diabetes tipo 2 (DT2), diabetes secundaria y finalmente diabetes (gestacional).(24)

La forma de llevar a cabo el cuidado es a través del desarrollo de un vínculo enfermero-paciente. Este vínculo está dado por diversas características del profesional, las habilidades técnicas, el conocimiento y las actitudes como la empatía, respeto y la autenticidad. Donde los pacientes hospitalizados con diabetes mellitus II logran una buena calidad como es: la nutrición; hábitos alimenticios (dieta diaria, número de comidas, horarios, hábitos; esto es fundamental para controlar

los niveles de glucosa en sangre. La eliminación; tanto los hábitos intestinales para educar su corrección mediante la dieta si existe alguna eventualidad, como la necesidad de mantener el balance hidroelectrolítico para explicar el porqué de la presencia de poliuria o polidipsia, así como, los signos de hiperglucemia y el desequilibrio que se puede desencadenar en caso de que persista. Ejercicio-reposo; el equilibrio entre ambos es fundamental para controlar sus niveles de glucosa. Sensación-percepción; en el caso de que exista déficit sensorial, disminución de la visión, audición o presencia de una incapacidad física, nos puede hacer variar los objetivos de la educación y priorizar, dando especial importancia a los cuidados de los pies, la circulación. Educar para evitar un deterioro circulatorio y el reconocimiento de sus signos o síntomas para su prevención, y aspectos psicológicos, a la adaptación y/o relación con su enfermedad. Temores o ansiedades en relación con la enfermedad, causas de estos estados de apatía o depresión, perfil de cumplimiento terapéutico, alteraciones en la función sexual.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo cualitativa(25)(26) ya que permitió a la investigadora describir, analizar y comprender los acontecimientos y fenómenos relacionados con la percepción del familiar cuidador sobre el cuidado enfermero en pacientes con diabetes mellitus II hospitalizado, intentando encontrar el sentido de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden, es decir, desde la percepción de los familiares, de sus experiencias en el contexto hospitalario. Este tipo de investigación es congruente con la filosofía holística de Enfermería pues se centra en la comprensión de la globalidad de las experiencias humanas.

3.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

La investigación se abordó con la metodología estudio de caso (27) permitiendo realizar un análisis de las expresiones y manifestaciones de los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados con diabetes mellitus, los cuales presentaron características únicas, dentro de un contexto real, el hospital, utilizando diversas fuentes de información, además la construcción de un conocimiento más profundo sobre la percepción del familiar sobre el cuidado que brindan los enfermeros.

Por ser un estudio de caso se tuvo en cuenta los principios planteados por Menga Ludke y André citado por Bernal.(28)

1. Los estudios de caso se caracterizan por dirigirse al descubrimiento, donde la investigadora partió de algunos presupuestos teóricos iniciales, sin embargo, estuvo atenta a nuevos elementos que fueron relevantes durante el proceso de estudio. Se recopiló y buscó información respecto al objeto de estudio de la investigación. Consecuentemente, se registró y analizó los testimonios del familiar cuidador, ya que, se exploró la subjetividad de cómo ellos perciben el cuidado enfermero.
2. Los estudios de caso enfatizan la interpretación en el contexto. En esta investigación se tuvo en cuenta el contexto en donde se sitúa el objeto a analizar “Percepción del familiar cuidador sobre el cuidado enfermero en pacientes con diabetes mellitus II”. Se centró en el contexto del Hospital II Luis Heysen Incháustegui, que cuenta con el servicio de medicina interna, donde la enfermera interactúa con los familiares durante el tiempo que dura la

hospitalización, período que sirvió para conocer cómo percibe el familiar el cuidado que brinda la enfermera a la persona hospitalizada

3. Los estudios de casos buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. En la investigación se enfatizó en analizar de manera profunda las declaraciones, comprendiendo los puntos de vista del familiar cuidador sobre el cuidado enfermero en pacientes con diabetes mellitus II. Posteriormente, se utilizó un lenguaje claro, transparente, concreto, sencillo y completo al momento de interactuar con los familiares cuidadores; logrando un mejor entendimiento por parte de sujeto de estudio obteniendo datos verídicos.
4. Los estudios de casos usan una variedad de fuentes de información, Por ello, para dar cumplimiento a este principio la investigadora realizó una entrevista semiestructurada a profundidad a los familiares de los pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo II, y la observación libre, con la finalidad de contrastar la variedad de información.
5. Los estudios de casos revelan experiencias secundarias pero importantes y permiten generalizaciones naturalísticas. Para cumplir este principio, se identificaron experiencias significativas y representativas acerca de cómo perciben el cuidado enfermero los familiares de los pacientes hospitalizados, permitiendo describir de manera minuciosa el contexto y caracterizar a los sujetos que participaron en el estudio, logrando la generalización naturalísticas en otra realidad, que presente características similares al contexto donde se realizó la investigación.
6. Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación. El informe final fue relatado en forma clara y sencilla, tratando que no se aparte de la realidad estudiada y permita al lector hacer nuevas investigaciones a partir de esta.

La investigación se desarrolló teniendo en cuenta las fases propuestas por Nisbet y Watt, citado por Ludke(29), los cuales explican que los estudios de caso se desarrollan en tres fases:

- a. Durante la fase exploratoria o abierta se empezó hacer algunos cuestionamientos que la investigadora se planteó a partir de la realidad observada. La misma interrogante estuvo examinada conjuntamente con la literatura. De igual forma se realizó varias visitas al

Hospital de Essalud, permitiendo evidenciar de forma directa la realidad que motivó a investigar el objeto de estudio.

- b. Fase sistemática o de delimitación del estudio:, la investigadora recolectó información utilizando la entrevista semiestructurada, que se aplicó a los sujetos de estudio logrando obtener datos sobre la percepción del familiar cuidador sobre el cuidado enfermero en pacientes con diabetes mellitus II .
- c. Fase de análisis sistemático y elaboración del informe, esta fase se inició con la transcripción de las entrevistas realizadas al familiar cuidador, luego, se realizó la lectura y relectura de los datos obtenidos; posteriormente, se llevó a cabo la descontextualización de los datos donde las declaraciones fueron separadas en segmentos, constituyéndose las unidades de significado, lo que permitió elaborar categorías con los elementos suficientes para su mayor comprensión.

3.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de estudio fueron 20 familiares cuidadores de los pacientes con diabetes mellitus II que se encontraban hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Luis Heysen Incháustegui; los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión, ser cuidadores principales, ser familiares que voluntariamente accedieron a colaborar con la investigación previo consentimiento informado para familiares (ver anexo 02) , que hayan cuidado al paciente desde el primer día de hospitalización, edad entre los 18 a 60 años, que permanezca más de ocho horas al día con el paciente; y que este tenga como mínimo tres días de hospitalización. Y como único criterio de exclusión los familiares que presenten algún problema de disartria y/o sordomudez.

Para, asegurar el anonimato, los familiares tuvieron códigos para su identificación. Los familiares se identificaron con: FC1, FC2, FC3.....FC 20 y el tamaño de muestra se determinó por saturación y redundancia dejando de aplicar la guía de entrevista cuando ya no se encuentren elementos nuevos en los datos recolectados.

3.4. ESCENARIO

El escenario de la investigación fue el servicio de medicina interna del Hospital II Luis Heysen Incháustegui. Este hospital existe desde el 19 de febrero del 2010 y se encuentra ubicado en el km. 3.5 de la carretera a Pimentel, distrito de Chiclayo, provincia del Departamento de Lambayeque, al norte del Perú.

El servicio de medicina Interna, cuenta con la siguiente infraestructura: 1 sala de espera, 1 tópic de medicina, un estar de enfermería, y 30 camas de hospitalización, cuenta con 12 habitaciones, que las utilizan según la necesidad del usuario de acuerdo y diagnóstico médico, género, grado de dependencia, de esa manera se agrupan en habitaciones personales, bipersonales, y aislados, el mismo que se caracteriza por ser amplio, con iluminación y ventilación de acuerdo a los estándares del Ministerio de Salud.

El total de personal que labora en el servicio de medicina interna, es de 10 enfermeras, 5 técnicos, 08 médicos. Se atiende un promedio mensual de treinta pacientes: de los cuales un promedio de doce a quince ingresan con el diagnóstico de diabetes mellitus II. La mayoría de ellos tienen un familiar acompañante, en forma permanente, aunque en el horario de visitas que es desde las 16:00 – 18:00 pm reciben la visita del resto de familiares y amigos.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos utilizada en la presente investigación fue la entrevista semiestructurada abierta a profundidad. Definida como un proceso comunicativo y conversacional entre dos o más personas con la finalidad de obtener información, datos o hechos sobre el problema donde el entrevistado y entrevistador crean un ambiente de confianza con el propósito de obtener datos verídicos que permitan la construcción del objeto de estudio. Aquí la investigadora creó un ambiente de confianza con los sujetos de estudio al momento de realizar la entrevista, permitiendo que exprese libremente su punto de vista obteniendo datos verídicos.

Además, en esta investigación se usó el instrumento guía de entrevista (anexo N° 01), dirigida al familiar cuidador del paciente hospitalizados con DM II en un hospital de Essalud, elaborada por la investigadora, constituida en tres partes: la primera contiene datos informativos, código, edad, sexo, ocupación, grado de parentesco, grado de instrucción, la segunda parte: pregunta norteadora, finalmente seis preguntas abiertas que permitió dirigir las respuestas a la pregunta de investigación.

En la recolección de la información la investigadora para registrar la totalidad de las entrevistas utilizó una grabadora de voz para garantizar la credibilidad de la información brindada por los sujetos de estudio. Asimismo se afianzo de un cuaderno de campo para registrar el lenguaje no verbal del familiar cuidador, así como el tono de voz, los silencios etc., que permitió una mejor interpretación de lo versado.

La guía de entrevista semiestructurada fue validada por juicio de expertos³³, esta validación consistió en someterla a una revisión de cuatro expertos: 1 enfermera que labora en el área de medicina interna, con más de 13 años de experiencia asistencial y tres enfermeras expertas en la metodología, e investigación cualitativa, con grados de magísteres en Ciencias de Enfermería, que proporcionaron sugerencias que fueron consideradas para la realización final del instrumento.

3.6. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se realizó la inscripción del presente proyecto de investigación en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería y con la aprobación de Comité Metodológico de dicha escuela, se presentó un ejemplar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina para su respectiva aprobación.

Una vez obtenida la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, se realizó una prueba piloto con los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados con DM, que consistió en entrevistar por lo menos a cinco familiares cuidadores para comprobar que las preguntas establecidas en la guía de entrevista son entendidas y que las respuestas responden al objeto de estudio. Luego de ello, de ser necesario, se reformuló preguntas que no cumplan con este criterio.

Posteriormente la investigadora gestiono el permiso para lograr obtener la carta de aceptación de la investigación, la cual fue aceptada por el jefe de departamento y la comisión de ética de Investigación de la Red Asistencial de Lambayeque Essalud, quienes dieron la autorización correspondiente para la ejecución; posteriormente se presentó dicha carta al director del Hospital de ejecución, Jefa de Enfermeras y Coordinadora del servicio.

En seguida, se solicitó la lista de pacientes hospitalizados con diabetes mellitus II en el servicio de Medicina Interna, después de obtener la lista de pacientes, se buscó un primer contacto con el

familiar cuidador principal de los pacientes hospitalizados de acuerdo a la disponibilidad de los sujetos de estudio, donde se dio a conocer acerca de la investigación, proporcionándoles la hoja de información y consentimiento informado para la firma respectiva a aquellos familiares que aceptaron participar y que cumplían con los criterios de inclusión.

Posteriormente las entrevistas fueron realizadas en el tópico del Servicio de Medicina Interna, ambiente que reunía las condiciones necesarias para garantizar la privacidad y evitar distractores, con un tiempo de duración de 20 minutos cada una. En la recolección de la información la investigadora para registrar la totalidad de las entrevistas utilizó una grabadora de voz para garantizar la credibilidad de la información brindada por los sujetos de estudio. Asimismo se afianzo de un cuaderno de campo para registrar el lenguaje no verbal del familiar cuidador, así como el tono de voz, los silencios etc., que permitió una mejor interpretación de lo versado. Por último se les entregó un tríptico acerca de los cuidados en una persona con diabetes mellitus II.

Finalmente la información brindada por los sujetos de estudio fue transcrita en el programa Microsoft Word para su procesamiento y análisis respectivo. Esta información se conservará 2 años con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de la presente investigación.

3.7. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos fue mediante el análisis de contenido, por ser una técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas, que pudieron aplicarse a un contexto. El análisis de contenido que se realizó en la investigación, comprendió tres etapas.(29)

La primera etapa es el pre-análisis, en esta fase se realizó la lectura superficial del material, con la finalidad de seleccionar los datos más relevantes que se sometieron análisis, logrando la familiarización de la investigadora con el contenido. Esto permitió tener una idea general de los resultados y establecer una posible esquematización de los mismos, durante esta fase se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva con el fin de seleccionar información, así mismo, se consideró que la información esté relacionada con los objetivos planteados en la presente investigación.

La segunda etapa es la codificación, donde se clasificó los datos en torno a ideas, temas y conceptos que fueron emergiendo de la lectura del propio material de estudio, y en confrontación con el marco teórico. Es el proceso por el cual los datos rústicos fueron transformados sistemáticamente en unidades que permitieron una descripción precisa de las características del contenido. La investigadora, realizó una transformación del material original a los datos útiles, es decir, se separaron los textos, catalogando los elementos de tal manera que los datos que se obtengan del Emic se conviertan en un lenguaje del Etic, con la finalidad de alcanzar los fines de la investigación. Se inició con el proceso de codificación, propiamente dicho, mediante la identificación de palabras, párrafos que se consideró que tenían una significación destacable en relación a lo objeto de estudio.

La tercera etapa es la categorización, operación que consistió en una clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por género a partir de criterios previamente definidos. La investigadora agrupó los elementos seleccionados por similitud en cuanto a su significado, estableciendo conexiones entre las mismas contrastando la realidad, con otras literaturas y con el punto de vista de la investigadora; luego realizó el análisis de los datos con literatura científica. De esta manera se obtuvieron las categorías.

3.8. CRITERIOS ÉTICOS.

Los principios éticos utilizados en la presente investigación fueron según, Elio Sgreccia, desde la perspectiva de la Bioética Personalista. Desarrollándose en toda la investigación los siguientes principios éticos. (30) (31)

Principio de respeto a la dignidad humana, en todo momento se respetó el valor fundamental de la persona. Partiendo de este principio se aseguró que los sujetos que participaron en la investigación no fueran utilizados como un medio para lograr los objetivos, pues fueron considerados como persona en su totalidad de valor, cuidando que no fueran dañados en ninguna dimensión (físico, emocional y espiritual).

Además, se aseguró a los sujetos la confidencialidad, ya que los datos proporcionados no fueron divulgados públicamente de manera que puedan ser identificados y de que dicha información no quedó a exposición de terceros, excepto de quienes estuvieron implicados en el estudio. Cabe

resaltar que, sólo se publicaron los resultados generales en forma de artículo científico en alguna revista científica, protegiendo la identidad de los sujetos a través de códigos: denominándose familiar cuidador (FC1, FC2, FC3, FC4, FC5....., F20) y la base de datos que se obtuvo fue guardada, previo consentimiento y autorización, por un periodo de dos años.

Principio de libertad y responsabilidad, la participación de los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados con DM II, fue voluntaria, para lo cual contaron con información adecuada y oportuna respecto a la investigación, que fueron capaces de comprenderla, la cual les permitió aceptar o declinar libremente su participación en la investigación, para ello, se le explicó detalladamente la naturaleza de la investigación, los procedimientos que se utilizaron para que obtuvieran la información y los derechos de los cuales gozaron, los riesgos, los beneficios, etc. de tal forma que les permitió adoptar decisiones informadas (información completa, clara y sencilla) y para ello, se les proporcionó una hoja informativa, dirigida a la firma del consentimiento informado, que garantizó su participación en esta investigación, manifestándoles que la información expuesta fue solamente de conocimiento de la investigadora, quien garantizó el derecho a su privacidad.

Principio de sociabilidad y subsidiaridad, esta investigación contribuyó a la sociedad, la ciencia y la disciplina de enfermería, porque todos estuvimos involucrados en la vida de los demás, comprometiendo a los familiares cuidadores y personal de enfermería a promover la vida y salud de todos y cada uno, asimismo, respetando siempre los derechos de la persona través de la difusión a nivel de relación con el paciente, es decir atender sus necesidades sin sustituirle su capacidad de actuar.

3.9. CRITERIOS RIGOR CIENTÍFICO

Los criterios de rigor científico que se aplicaron en la presente investigación cualitativa fueron: la credibilidad, la adaptabilidad o confirmabilidad, transferibilidad o aplicabilidad. (32)

La credibilidad, este criterio tuvo valor, puesto que todo lo que se expuso en el informe final estuvo sustentado con base científica, además, porque los datos se recolectaron de los sujetos involucrados en el fenómeno en estudio: Los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados con DM II.

Además, la veracidad se tuvo en práctica desde la recepción de los datos, ya que éstos fueron guardados en un grabador de voz, y luego fueron transcritos sin alteración; también se evidenciaron el uso de la credibilidad, a través del chequeo de participantes en la que los sujetos de estudio pudieron verificar el contenido de sus relatos y también fueron capaces de corregir los errores de interpretación de entrevistas, para tener clara dicha información.

La Auditabilidad, este criterio permitió que esta investigación sea punto de partida para otras investigaciones, accediendo que otros investigadores puedan examinar los datos obtenidos y lleguen a conclusiones iguales y similares ya que el tema abordado acerca de los cuidadores familiares de los pacientes hospitalizados con Diabetes Mellitus II, fue un tema de gran importancia y poco estudiado.

Transferibilidad, en el presente estudio se realizó una descripción minuciosa y exhaustiva de las características de los sujetos participantes y el escenario de investigación; de modo que permitió una comparación con otro contexto diferente en el que se realizaron la investigación, para descubrir lo común y lo específico con otros estudios.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante la hospitalización del paciente diabético es común que este acompañado de su familiar, el cual se mantiene atento y observa el cuidado enfermero, en el contexto del estudio los pacientes básicamente están relativamente estables, por ello las enfermeras priorizan actividades y procedimientos para valorar signos vitales, control de glucosa, administración de medicamentos y curación de heridas. Algunos perciben dicotomía en el trato, por un lado sienten cuidado humanizado y por otro deshumanización; reconociendo su participación y aprendizaje en los cuidados básicos de enfermería.

En ese sentido, el análisis minucioso de las entrevistas de los familiares cuidadores de los pacientes con diabetes mellitus II hospitalizados en el servicio de medicina, permitió establecer elementos significativos en relación a la percepción que tienen del cuidado enfermero, dichos elementos fueron agrupados de acuerdo a su sentido semántico y posteriormente se obtuvieron las siguientes categorías y subcategorías:

Categoría A: Priorización de procedimientos en el cuidado enfermero

A.1.- Monitoreo de signos vitales.

A2.- Control de glicemia capilar.

A.3- Administración de medicamentos y curación de heridas.

Categoría B: Humanización y Deshumanización en el cuidado enfermero

Categoría C: Participación del familiar cuidador en el cuidado básico del enfermo

CATEGORÍA A: PRIORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN EL CUIDADO ENFERMERO.

Priorizar se define como un proceso de selección y ordenación de necesidades en salud identificadas tras un diagnóstico. La priorización de estas es indispensable durante el cuidado enfermero, porque permite elaborar planes de cuidados y realizar intervenciones que ayudan en la recuperación del paciente hospitalizado. En este sentido los familiares de los pacientes hospitalizados refieren que las enfermeras durante su cuidado priorizan diferentes procedimientos, con el afán de brindar una atención de calidad.(33)

Según Pérez, define un procedimiento como aquel seguimiento de una serie de pasos bien definidos que permitirán y facilitarán la realización de un trabajo de la manera más correcta y exitosa posible. Los procedimientos asistenciales de enfermería son una serie de pasos definidos bajo un protocolo establecido para una acción de enfermería. En efecto, los procedimientos asistenciales son instrumentos de protocolización que se definen como una secuencia pormenorizada de acciones que se han de llevar a cabo en una situación dada, tratando de sistematizar cuáles son y cómo se han de proporcionar los cuidados. Además, tienen un carácter claramente normativo, aspecto que vincula al profesional con su práctica constituyendo en sí mismos un respaldo legal, que proporciona a los profesionales seguridad en su quehacer cotidiano.(34)

En este sentido un procedimiento es una actividad que la enfermera debe realizar en el cuidado de las personas durante el turno programado, como son: el control de signos vitales, toma de hemoglucotest, curaciones de heridas, administración de medicamentos, entre otras, todos estos procedimientos son necesarios cumplirlos cuando se brinda el cuidado a los pacientes con diabetes mellitus II, pues ayudan al tratamiento y a detectar posibles complicaciones, que perjudiquen la salud de la persona hospitalizada, y que son percibidos por el familiar cuidador.

Para que el cuidado sea de calidad, hay que priorizar estos procedimientos y así lo perciben y refieren los familiares de los pacientes hospitalizados. De la priorización de los procedimientos de Enfermería surgen las siguientes sub categorías:

A.1.- Monitoreo de signos vitales

La observación de los pacientes es una parte importante de los cuidados de enfermería porque permite monitorizar el progreso del paciente y garantizar una temprana detección de sucesos adversos o recuperación retardada. La observación de los signos vitales, tradicionalmente consiste en presión sanguínea, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria.

En consecuencia, el término signos vitales sugiere la medición de funciones fisiológicas vitales. Por ello la monitorización de estos es un factor clave en el seguimiento estricto del estado clínico del paciente con diabetes mellitus tipo II, aunque el nivel de gravedad nos obligará a una monitorización más o menos cruenta.(35)

En este sentido el familiar cuidador percibe que el cuidado de enfermería como indispensable y que dentro de su trabajo diario debe monitorizar estas constantes vitales para que su paciente no presente ninguna complicación tal como lo menciona en los siguientes discursos:

“En los días que mi mamá está hospitalizada, la enfermera viene a controlarle la presión arterial, le pregunta cómo se siente y se retira, y eso para mí es indispensable...” (FC1)

“...la enfermera del servicio donde está hospitalizado mi familiar, controla todos los días la presión arterial y la temperatura y además siempre trata de conversar conmigo y mi madre...” (FC3)

“...todas las enfermeras de turno controlan la presión arterial en los horarios de mañana, tarde y noche...” (FC4)

“...las enfermeras de medicina le controlan temperatura, le miden la presión arterial y se acercan a la habitación a preguntar cómo se siente su paciente, si ha presentado alguna molestia...” (FC7)

De lo descrito, podemos mencionar la satisfacción que sienten los familiares acerca de los cuidados que realizan las enfermeras con su paciente diabético hospitalizado. La valoración de los signos

vitales como la temperatura, presión arterial, pulso, respiración, saturación de oxígeno nos permite saber cómo se encuentra la persona hemodinamicamente y como está el funcionamiento de los sistemas orgánicos más importantes del cuerpo humano, para el mantenimiento de la vida.¹⁷ Estos datos son corroborados con la investigación realizada por Fernández M y colaboradores en la cual obtuvo que la medición de signos vitales es una intervención independiente de enfermería y forma parte de la valoración integral del paciente, la cual se realiza de manera constante en las Instituciones de Salud. Además la toma de signos vitales, es una actividad prioritaria y de gran valor para la seguridad del paciente, siendo un estándar de desempeño del 63.67%, además son elementos indispensables para la toma de decisiones en salud.(36)

También en los discursos se evidencia que los familiares perciben el control de signos vitales no solo como un medio para saber el estado del paciente, sino, que es aprovechado por algunas enfermeras para dialogar y lograr la empatía con ellos. En Enfermería la actitud empática empieza con el primer contacto, en el cual surge una corriente de simpatía y confianza entre ambos, logrando finalmente una comunicación asertiva tal y como se refleja en los discursos. La escucha activa forma parte de la comunicación efectiva; el ser cuidado así como el familiar acompañante comparte sus dudas, sus miedos, temores, esperanza, confianza e ilusiones con la enfermera, más que con otro profesional de la salud.

Jiménez M. y Fuentes refieren que la satisfacción en el cuidado, es un indicador de calidad y que la aceptación del trabajo de enfermería le permite brindar calidad y cuidado siendo considerado la percepción, como el eje central de una interacción activa y efectiva entre el profesional de Enfermería y el paciente y que no solo se basa en la parte física como la monitorización de signos vitales; si no que se orienta a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno; es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende; entonces, la intervención de enfermería va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales y creencias para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integridad.(37)

A2.- Control de la glicemia capilar.

La toma del Hemoglucotest y su interpretación es considerada un cuidado primordial para valorar el estado de su glicemia y así evitar complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente. El Hemoglucotest es un procedimiento que ayuda a determinar el control de glucosa en sangre

periférica mediante un dispositivo electrónico llamado glucómetro, el procedimiento consiste en realizar una punción en los dedos, esta es una técnica bastante sencilla que se puede hacer en casa y que se realiza en la mayoría de hospitales. Los resultados mantienen una correlación muy fiable con los análisis hechos en laboratorio.(38)

La toma de Hemoglucotest es una actividad de enfermería y es percibido por los familiares cuidadores como un procedimiento prioritario para mantener controlada la enfermedad que tiene su paciente y evitar complicaciones, por eso se interesa en conocer los resultados de este procedimiento ya que muchos de ellos conocen el tratamiento a seguir, tal y como lo manifiestan a continuación en los siguientes discursos.

“...la enfermera durante cada turno se acerca a la cama de mi mamá y le controla su glucosa...pero no siempre me dice cuanto tiene y defrente viene y le coloca insulina...deberían tomarnos en cuenta si estamos aquí” (FC3)

“...todos los días la enfermera por las mañanas se acerca con una maquinita y le controla su glucosa... ” (FC4)

“...la enfermera viene por las noches y le toma la glucosa, Y me dice que está en sus valores normales...pero a veces no dice nada y eso a mí me preocupa porque siento que a veces no nos toman en cuenta” (FC5)

“...yo siempre pregunto lo que le están haciendo a mi mamá, por eso cuando le controlan la glucosa indago si está bien o de lo contrario pido su medicamento para darle de inmediato y si no pido que le den...” (FC6)

“...siempre que la enfermera le controla la glucosa a mi familiar le pregunto cuanto tiene para saber si sus valores son normales porque yo sé que debe estar entre 90 a 110 mg/dl...” (FC7)

En los discursos la monitorización de glucosa son considerados cuidados rutinarios que realizan las enfermeras durante cada turno y que al presentarse alguna alteración actúan administrando

insulina, también se evidencia que no se brinda la información adecuada respecto a los valores de glucosa y los familiares no son tomados en cuenta por el personal de enfermería para el cuidado de su paciente.

Por otra parte, la enfermera para detectar y establecer rápidamente las prioridades de las complicaciones debe tener conocimiento científico, y estar capacitada en el cuidado de las complicaciones como la hiperglucemia e hipoglucemia, esto ayudará a diferenciar los resultados obtenidos y actuar de manera correcta teniendo en cuenta que los valores normales de la glucosa según la Asociación Americana de la Diabetes sugiere los siguientes niveles para adultos con diabetes: la glucosa plasmática preprandial es de 80 – 130 mg/dl, la glucosa plasmática postprandial es menor de 180 mg/dl.(39)

A.3.- Administración de medicamentos y curación de heridas.

La utilización y aplicación de la terapéutica medicamentosa constituye para el profesional de enfermería, una de las mayores responsabilidades que asume en la interacción con la persona cuidada, ya que es una actividad propia de enfermería y no de otro profesional de la salud. Asimismo, los profesionales de enfermería, juegan un importante papel en la seguridad del paciente respecto a los errores de medicación, no solo porque están involucrados muy directamente en todo el proceso de utilización de los medicamentos sino también por que actúan como “filtro” de errores cometidos por otros profesionales.

Por otro lado es importante destacar, que dentro de la práctica del cuidado al paciente con alguna complicación de diabetes mellitus como pie diabético, los profesionales de enfermería deben realizar curaciones diarias, por lo que es indispensable que posean habilidades, destreza y conocimientos científicos para realizarlos de manera correcta, eficaz y segura.(34)

El pie diabético es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus que no ha sido correctamente tratada. Muchas de las complicaciones del Pie Diabético a menudo ocasionan daño de los nervios periféricos del pie e infección. Debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se produce gangrena. Los daños a los nervios periféricos de los pies provocan trastornos sensoriales, úlceras de la planta del pie, atrofia de la piel. Es frecuente en los pacientes diabéticos que las

lesiones propias del denominado pie diabético trascurren sin dolor, debido a lo cual se suele agravar la lesión antes de que el paciente pida ayuda especializada. (40)

Los familiares de los pacientes hospitalizados perciben el cuidado de enfermería como oportuno, responsable y puntual con relación a la administración de medicamentos y curación del pie diabético, todo esto lo manifiestan los siguientes discursos:

“...en todos los turnos la enfermera viene a ponerle el suero, darle su pastilla y a preguntarle cómo se siente...se ve que es muy responsable y eso es bueno.” (FC1).

“...cuando el medicamento que le está pasando a mi mamá se termina, yo llamo a la enfermera y ella acude de inmediato y eso me hace sentir contenta...” (FC2).

“...la enfermera siempre está atenta en el cuidado de mi paciente por ejemplo cuando se le termina el suero ella viene y lo cambia y si la vía ya no está permeable realiza el cambio correspondiente... (FC5)

“...la enfermera cuando su glucosa ha estado elevada le ha puesto su insulina tan pronto vio el resultado alterado, también en todos los turnos que mi mamá necesitaba curación de su herida siempre lo hacen...” (FC3).

“...especialmente en las noches el personal de enfermería viene a realizar la curación del pie de mi mamá y esto ayuda mucho a su recuperación...” (FC19)

Los discursos muestran que los familiares están satisfechos con el cuidado que brinda el enfermero; esta percepción deja mucho que decir sobre los cuidados brindados y ayuda a la recuperación del paciente, evitando otras complicaciones.

Chuquilla A. menciona en su investigación que de los 66 encuestados, 91% toman en cuenta los cinco correctos a la hora de administrar un medicamento, mientras que el 9% no lo hacen. De la población estudiada podemos decir que en su mayoría toman en cuenta la aplicación de estas normas de bioseguridad puesto que la administración de medicamentos es uno de los

procedimientos que requiere mayor concentración y verificación en cada una de las acciones a desarrollar, ya que un error en alguna de las acciones puede resultar fatal.(41)

Por otro lado Gómez G. Ha declarado que la prevalencia del pie diabético está situada entre el 8% y 13% de los pacientes con diabetes mellitus. Esta entidad clínica afecta mayormente a la población diabética entre 45 y 65 años. El riesgo de amputaciones para los pacientes diabéticos es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes/año.(40)

En este sentido la administración de medicamentos y curación de heridas son procedimientos de enfermería prioritarios en el paciente con diabetes mellitus y así lo perciben los familiares, refiriendo que este es oportuno, responsable y puntual.

Categoría B: Humanización Y deshumanización en el cuidado enfermero.

Cuidar de otros en el ámbito clínico, requiere de una serie de elementos que facilitan la tarea de la enfermera, sin embargo reducir la comunicación humana tanto con el equipo de trabajo, como con las personas a las que otorga el cuidado, repercutirá en una experiencia poco gratificante y deshumanizante. Humanizar, enfocado al mundo sanitario, se refiere al hombre en todo lo que se hace para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua (RAE) humanización, es acción y efecto de humanizar o humanizarse, así mismo, según este mismo diccionario cuidado es la acción de cuidar (asistir, guardar, conservar).(42)

En este sentido la humanización de los cuidados hace referencia a personas en interacción, que saben clarificar sus necesidades, reconocen sus sentimientos y se enfocan positivamente. Para ello, se requiere formar una enfermera con empatía, capaz de otorgar un cuidado familiar, significativo y gratificante. Cuidar en enfermería implica el conocimiento de la persona a quien se brindará cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos que posee la enfermera, requiere manifestarse como persona: única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.(43)

Sin embargo actualmente se vive tiempos en que la humanización ha sido reemplazada por la deshumanización. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua (RAE) deshumanización, es acción y efecto de deshumanizar, así mismo según este mismo diccionario descuidar es no cuidar de alguien o no atenderlo con la diligencia debida (desatender, olvidar). El descuido de la enfermera de dejar la atención puesta en algo (Real Academia de la Lengua, 2018).(42)

El tema de la deshumanización se ve reducida la relación enfermero-paciente; ya que el profesional solo se encarga de la parte biológica, perjudicando así el cuidado que es la actuación simple y cotidiana, al tratar de definirla como una profesión tecnificada. (42)

Por otro lado Jean Watson y su teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Es así que el cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud. (44)

En este sentido a pesar de que existe literatura que nos invoca a brindar cuidados holísticos y humanizados, el cuidado brindado por la enfermera es percibido como humanizado y deshumanizado, descuidando el contacto de personas que cuidan personas, generando un desabastecimiento de este recurso tan necesario en un cuidado integral y holístico, por lo que se han presentado situaciones negativas en la interacción sujeto de cuidado y el cuidador, generando miedo y desconfianza en el paciente que es atendido por este profesional.(45) Tal y como se menciona en los siguientes discursos:

“... algunas de las licenciadas brindan un buen trato hacia mi paciente, otras no es tan bueno...porque saludan, la llaman a mi familiar por su nombre...” (FC1)

“...bueno la enfermera durante el tiempo que ha cuidado nos ha dado buen trato, cuando mi esposo que está delicado tiene dolor, le comunico a la enfermera y viene rápidamente y le pone el medicamento para el dolor, nunca he tenido ninguna queja de ella...” (FC11)

“...el cuidado que brindan la enfermera a mi familiar es bueno, están pendientes al llamado y no he tenido problemas con ellas...” (FC11)

“...yo creo que el personal de enfermería deberían de tener un poco más de consideración con las personas que están hospitalizadas en este servicio de medicina, deberían de ser más humanos para atender...” (FC4)

“... señorita me gustaría que mejoren en el trato, con el paciente y los familiares...que nos tomaran en cuenta” (FC8)

“...en algunas oportunidades la atención es pésima por parte del personal de enfermería, uno como familiar pide que le brinden atención pero con decir en un momento regreso y nunca se aparecen a la habitación del paciente... (FC10)

“... como hija me siento agradecida por los cuidados que recibe mi familiar de la parte enfermera...” (FC12)

“...bueno en momentos cuando tuvo dolor han venido rápido y han administrado la medicina para quitarle el dolor, también lo han ayudado a comer, también a cambiarse...” (FC2)

Por lo expuesto, los familiares afirman que las enfermeras tratan al paciente y familiar con amabilidad, preocupación, le brindan apoyo, etc.; mientras que otras tiene que mejorar en cuanto al trato humanizado.

En este sentido el cuidado es la esencia y la razón de ser de la enfermería, cuya finalidad es proteger y amparar a los demás, viéndolos como seres holísticos, para incrementar la dignidad humana y así ayudarlos a enfrentar y asimilar sus limitaciones. También, el cuidado humanizado significa el manejo del paciente de manera integral, tomando en cuenta su esfera biopsicosocial y no sólo su esfera física, es decir, considerar al ser humano de manera holística.(46)

Por ello el cuidado se ha transformado en la esencia de la profesión de enfermería. Se muestra en él la aplicación de la humanización como corriente, a la vez que ésta se valora como un elemento trascendental para el buen cuidado del paciente. Se discute también cómo el quehacer tradicional de la enfermería ha sido desplazado por la creciente utilización de las tecnologías actuales y distorsionando al mismo tiempo por el recargo de funciones, entre otras circunstancias. Para el análisis de esta realidad se propone el pensamiento filosófico de Emmanuel Levinas, en tanto fundamento epistemológico que permite establecer aplicaciones para reconsiderar la atención humanizada. Se concluye el planteamiento sobre la necesidad de llevar a cabo una reflexión acerca de la práctica actual de la enfermería, en la cual se incorpore y retome la mirada desde “el otro” (el paciente) como el centro del cuidado. (47)

Categoría C: Participación del familiar cuidador en el cuidado básico del enfermo.

El impacto que sufre el paciente y su familia debe ser aminorado por el cuidado que entrega la enfermera, quien debe brindar herramientas que permitan recuperar el bienestar físico y emocional alterado por la hospitalización. La enfermera deberá ser un vehículo facilitador en la expresión de sentimientos y emociones de todos aquellos que se involucran en momentos de enfermedad, permitiendo y facilitando la reinserción en la vida cotidiana de cada uno de ellos.

El ingreso de un paciente a un hospital implica un gran desafío, tanto a nivel personal como familiar. Si bien la enfermera trabaja directamente con el paciente, la familia es un componente muy importante en la hospitalización de éste; ya que es una situación estresante que genera desequilibrio en la vida habitual de la persona. Así, las enfermeras, a través de las conductas de cuidado, permitirán evitar el estrés que se alcanza cuando las demandas sobrepasan la capacidad de adaptación de la familia y empleará herramientas y conocimientos para sustentar e incluso mejorar los cuidados de enfermería que brinda.

Es importante reconocer que la participación del familiar acompañante en el cuidado es de suma importancia para la recuperación del paciente. Sin embargo, si la familia recibe escaso apoyo y atención, se puede caer en el error de sobrecargarla. Es más, incluso, se puede distorsionar el fundamento de involucrar a la familia en el proceso de cuidado, porque la familia es importante para el paciente, o porque supone un recurso para los profesionales y alivia la carga de trabajo y cuidado de los mismos.(48)

La familia del paciente en estado crítico tiene necesidades de cercanía e interacción, de manera que el profesional de enfermería, con base en el enfoque holístico del cuidado, se debe brindar los cuidados necesarios para satisfacer la necesidades del paciente y su familia, teniendo en cuenta, la integralidad del ser y su inseparable relación con el entorno. El proceso de participación familiar y la práctica de enfermería desde la conceptualización de Parse permiten la vinculación gradual del familiar en el cuidado, en función de sus posibilidades para promover y facilitar la recuperación del paciente.

Zomeño aporta que, los familiares colaboran con la supervisión del cuidado de las enfermeras en el hospital y dan un toque de colaboración cuando algo no marcha bien, avisando con oportunidad para que ellas intervengan, ellos se sienten que colaboran con la recuperación del paciente; sin

embargo, es importante reafirmar, que la enfermera para la intervención de la familia establecerá una coordinación clara, que garantice el cuidado seguro, hasta que esté en condiciones del alta y continúe sus cuidados en el hogar.(49)

Desde esta perspectiva, implicar a la familia en el cuidado del paciente conlleva ver a esta como un recurso para la atención y el cuidado. Sin embargo, entender a la familia como objeto de cuidado significa cuidar de toda la unidad familiar, incluido el paciente, asumiendo un enfoque integrador y sistémico en la atención. (48)

En los siguientes discursos los cuidadores expresan que ellos colaboran en el cuidado de su familiar, los cuales se muestran a continuación.

“... La licenciada de turno se acerca a la cama de mi familiar a ponerle sus medicamentos que le corresponde, yo colaboro con ella administrándole el tratamiento de vía oral que me deja, asimismo las inhalaciones ...” (FC1)

“... mi mama sufre de gases la señorita me deja unas gotitas de gaseovet para darle y asimismo estoy pendiente de que por las noches le dejen un vasito de avena como adicional, yo le doy a las 9 pm....” (FC5)

“... en muchas oportunidades mi paciente ha tenido su glucosa elevada la enfermera le ha puesto su insulina para corregir su glucosa, yo ayudo a cuidarlo...cualquier cosa que sucede y veo que no es normal le aviso a la enfermera” (FC9)

“...la enfermera me enseña cómo cambiarle el pañal y hacerle la higiene en cama, para cuando salga de alta yo lo haga en casa, esto me hace pensar que la enfermera confía en mí” (FC11)

“... la enfermera de turno me pide que colabore y le avise cualquier situación en que la necesite, yo le puedo decir que he aprendido mucho cuidando a mi familiar...” (FC7)

Estos discursos apuntan a una relación asertiva y comunicativa entre la familia y los profesionales, reflejan una verdadera "alianza" y relación de colaboración. Esta última significa que ambos, profesionales y familia, contribuyen igualmente en el proceso de cuidado. Por lo tanto en la mayoría de los casos, son las familias quienes hacen mayores contribuciones en términos de trabajo físico, emocional e intelectual.(20)

En consecuencia la familia normalmente, es la unidad fundamental de cuidados, especialmente en los procesos crónicos y en los que producen incapacidades. A menudo el apoyo es un importante papel en la neutralización del estrés. Igualmente las relaciones familiares disfuncionales pueden producir, precipitar y contribuir al mantenimiento de los síntomas.

Por ello cabe recalcar que el familiar cuidador de las personas con diabetes deben conocer el tratamiento indicado para este, el cual tiene como objetivo normalizar la glicemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías por eso debe ser partícipe del cuidado de su familiar, teniendo en cuenta que es un mediador entre el paciente y la enfermera, que puede encargarse de algunos cuidados, como nutrición, higiene, ejercicio físico, cuidado de los pies, administración de medicamentos orales, etc. Procedimientos que no tengan ningún riesgo con la seguridad del paciente.

V. CONCLUSIONES

Después de caracterizar y analizar la percepción del familiar cuidador sobre el cuidado enfermero en pacientes con diabetes mellitus II en un hospital de Essalud” – Chiclayo, Perú, 2017. Se llegaron a las siguientes consideraciones finales en relación al grupo en estudio.

El familiar cuidador percibe el cuidado de enfermería como oportuno, responsable y puntual enfocado en la realización de procedimientos básicos que ayudan a satisfacer las necesidades de la persona con diabetes mellitus, evitando de esta manera complicaciones a largo plazo. Sin embargo exigen que se mejore el trato y atención a su familiar queriendo ser tomados en cuenta durante el tiempo que dura la hospitalización de su paciente.

La priorización de procedimientos en la práctica diaria de enfermería en esta investigación, constituye el eje principal del cuidado que brinda la enfermera y así lo percibe el familiar cuidador, dando a entender que parte esencial del cuidado enfermero a un paciente con diabetes mellitus tipo II es realizar la monitorización de signos vitales, control de glucosa, administración de medicamentos y curación de heridas, sin embargo hacen hincapié que estos cuidados deben, sean realizados en el momento oportuno y que ellos pueden participar de este cuidado.

La humanización del cuidado se ha desplazado a un segundo plano, descuidando el contacto de personas que cuidan personas, generando un desabastecimiento de este recurso tan necesario en un cuidado integral y holístico, por lo que se han presentado situaciones negativas en la interacción sujeto de cuidado y el cuidador, generando miedo y desconfianza en el paciente que es atendido por este profesional.

La participación del familiar cuidador en la hospitalización del paciente con diabetes mellitus, en general es positiva pues refieren estar satisfechos con la atención del enfermero y como participan ellos en el cuidado de su familiar, pero también solicitan, en sus propias palabras, más carisma de los profesionales y una relación más empática entre enfermero con el paciente y su familia. Sin embargo estos cuidados en la mayor parte están enfocados en la dimensión física, descuidando las otras dimensiones que caracterizan a la persona como emocional, cultural, económica, espiritual y social.

VI. RECOMENDACIONES.

La participación de la familia es indispensable en el cuidado que brinda la enfermera por lo tanto se sugiere implementar en los cuidados de enfermería el trabajo con la familia.

Se sugiere al servicio y por tanto a las enfermeras una continua capacitación de humanización que incluyan aspectos como empatía con el paciente y su familiar, solidaridad, comprensión, control de emociones y decisiones para mejorar el cuidado a pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Implementar en los servicios de hospitalización de medicina interna, talleres sobre los cuidados más comunes que necesita el paciente con diabetes mellitus como: cuidados de la piel, movilizaciones, alimentación, cambios posturales, de esta manera los familiares podrán ayudar en el cuidado de sus pacientes.

Educación para los cuidados en el hogar y estilos de vida.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermería M de. Guía interactiva de Enfermería. Oceano, editor. Barcelona; 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la diabetes [Internet]. 2016. 2018 [cited 2018 Oct 30]. Available from: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú 3 de cada 100 personas de 15 y más años reportan tener diabetes [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 10]. Available from: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-3-de-cada-100-personas-de-15-y-mas-anos-reportan-tener-diabetes-8993/>.
4. Organización Mundial de la Salud. Perú - Piura incidencias de diabetes e hipertensión [Internet]. 2015. Available from: file:///F:/referencias bibliograficas 2019 tesis/OPS_OMS Perú - Piura tiene una de las mayores incidencias de diabetes e hipertensión.html%0D
5. Cuadra C y C. Boletín epidemiológico del Perú [Internet]. Vol. 7. 2017. p. 1374–416. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/07.pdf>
6. Rubio S. Percepción y expectativas de familiar sobre el cuidado de enfermería en pacientes con secuela de ACV en la UCIN, 2016 [Internet]. Uladech; 2017. Available from: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/7919/EXPECTATIVAS_FAMILIAR_MANDAMIENTOS_MAMANI_FAUSTINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y12/6/19.
7. Barrera L, Pinto N, Sanchez B, Carrillo G, Chaparro L. Cuidando a los cuidadores Familiares de personas con enfermedad crónica. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2010. Available from: http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf
8. Jimenez O ; Fuentes N. Percepción de la calidad del Cuidado de Enfermería en pacientes Diabéticos hospitalizados. 2017;5–30. Available from: <http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/319>

9. Eduardo J, Montez de Oca G, Pasmíño E. Curacion de Heridas en pacientes diabeticos en un Hospital de Guayaquil, 2018 [Internet]. 2018. Available from: <file:///F:/referencias bibliograficas 2019 tesis/Portada Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Enfermería - PDF.html>
10. Barrios J, Orellano L. Percepcion del familiar del paciente de la unidad de cuidados intensivos, sobre el cuidado que le brinda la enfermera, en un Hospital de Minsa, Chiclayo 2016. [Internet]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018. Available from: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/2927>
11. Davila G, Pinzon R. Percepción de las personas cuidadoras en relación al programa de atención domiciliaria para adultos mayores Essalud”, 2016 [Internet]. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2016. Available from: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/599>
12. Morris C, Maisto A. Introducción a la Psicología. Pearson, editor. Mexico; 2011.
13. Pinillos J. Principios de la psicología. Universal A, editor. Madrid; 2006.
14. Papalia D. Percepcion. Interamericana M, editor. Mexico;
15. King I. Enfermería como Profesión. D.F, editor. Mexico; 1984.
16. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El Pensamiento Enfermero. MASSON S.A, editor. España; 1996.
17. Waldow V. Cuidar: expresión humanizadora. Lta V, editor. Mexico; 2008.
18. Pérez J, Andrés J. Pensar la Familia: Estudios Interdisciplinarios. España; 2001.
19. Anunciacao da Silva M. Apessoa Eferma e a Hospitalizacao. Anna Nery, editor. Brasil; 2001.
20. Gutiérrez B. Efectividad de la Consejería de Enfermería para Cuidadores Familiares de Pacientes Pos operados de Catarata en el Hogar. Tricentena. Peru; 2018.
21. Quero A. Cuidados terminales en el Hospital Ruiz Aida de Granada. 2007.
22. Cantillo C, Ramírez C, Perdomo A. Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de

- personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida [Internet]. 2018. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100216.
23. Kozier B, Eber G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería Conceptos, procesos y práctica. 7th ed. McGRANW-HILL-INTERAMERICANA;, editor. España; 2005 p.
 24. Baynes J, Dominiczak M. Bioquímica Médica. Elsevier. 2015;
 25. Sampieri R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. . 6^a ed. Hill MG, editor. Mexico; 2014.
 26. Katayama J. Introducción a la Investigación Cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas [Internet]. 1. Lima, editor. Lima Peru Julio de 2014; Available from: [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/20.500.11818/559/1/INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.pdf](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/20.500.11818/559/1/INTRODUCCIÓN_A_LA_INVESTIGACIÓN_CUALITATIVA.pdf)
 27. Bernal C. Metodología de la Investigación. 2nd ed. Pearson E, editor. Mexico; 2013.
 28. Lüdke M, André M. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo-Brasil; 1988.
 29. Vitores A. Curso de investigación Cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos. [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 17]. Available from: [http://antalva.uab.es/liniguez/aula/ic análisis informacion.pdf.%0A%0A](http://antalva.uab.es/liniguez/aula/ic_análisis_informacion.pdf.%0A%0A)
 30. Sgreccia E. Manual de Bioética II. 6th ed. Mc Graw-Hill Interamericana, editor. Mexico; 2014. 24(1), 115.
 31. Sgreccia E. Persona humana y personalismo. Mexico; 2013;24(1):115.
 32. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6th ed. Mc Graw-Hill Interamericana, editor. Mexico; 2014. 35 p.
 33. Sánchez E, Ledesma A, Pérez N, Vázquez I, García A, Fernández A. La priorización comunitaria en el programa Barcelona Salut als Barris - ScienceDirect [Internet]. 2017. Available from: <file:///F:/referencias bibliograficas 2019 tesis/La priorización comunitaria en el programa Barcelona Salut als Barris - ScienceDirect.html>
 34. Perez D, Villegas S. Esta investigación denominada, Mas Allá de los cinco correctos en la

- administración de medicamentos desde la percepción de los profesionales de enfermería H.N.A.A.A-2012 [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. Available from: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/439/1/TL_PerezAgipDiana_VillegasAdanaqueShirley.pdf
35. Berry J, Silverston H, Le P, Henrys D. Signos Vitales. 1999;3(3):6–9. Available from: https://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/1999_3_3_SIGNOSVITALES.pdf
 36. Fernández M, Zárate R, Ochoa J, Ramírez M. La evaluación de la calidad de los signos vitales como indicador de proceso en la Gestión del Cuidado de Enfermería. Mexico; 2010 Dec;41. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en103d.pdf>
 37. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermarios definiciones y clasificación [Internet]. España; 2015. Available from: revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/download/319/430/
 38. Niño M. Atención de Enfermería a pacientes con diabetes tip II ingresados al servicio de medicina interna del Hospital San Vicente de Paul, Canton Ibarra. [Internet]. Universidad Técnica del Norte; Available from: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6274/1/PG_415_TRABAJO_GRADO.pdf
 39. American Diabetes Association. Control de la glucosa. [Internet]. 2015. Available from: [file:///F:/referencias_bibliograficas_2019_tesis/Control de la glucosa_ American Diabetes Association@.html](file:///F:/referencias_bibliograficas_2019_tesis/Control_de_la_glucosa_American_Diabetes_Association@.html)
 40. Gomez G. Características epidemiológicas, clínicas y manejo terapéutico de pacientes con pie diabético en el servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. [Internet]. Universidad Jorge Basadre Grohmann Tacna,; Available from: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3280/1334_2018_gomez_huarachi_ga_fac medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 41. Universidad Técnica de Abanto. Aplicación de las normas de bioseguridad del profesional de enfermería y su relación con la administración de medicamentos en el Hospital Provincial General Latacuna en el periodo Agosto 2013- Julio 2014. [Internet]. Universidad Técnica de Abanto,; 2014. Available from:

[http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8342/1/Chuquilla Almachi%2C Rosa Alexandra.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8342/1/Chuquilla%20Almachi%20Rosa%20Alexandra.pdf)

42. Diccionario de la lengua española. Aprendizaje [Internet]. 2018. Available from: file:///F:/referencias bibliograficas 2019 tesis/aprendizaje _ Definición de aprendizaje - «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario.html%0D
43. Gonzales L, Velandia A, Flores V. No Title [Internet]. 2009. p. 40–3. Available from: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3633444.pdf
44. Niño R. Percepción del Paciente sobre el Cuidado Enfermero. Una evaluación desde los Postulados de J. Watson. Servicio de Medicina, Hospital II-1 MINSA. Lambayeque, 2017 [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2019. Available from: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1777>
45. Perleche G. Percepción de las familias del pueblo joven Santo Toribio de Mogrovejo sobre el cuidado que les brindan las estudiantes de enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2013. [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. Available from: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/599>
46. Martínez M. No El cuidado enfermero desde la percepción del paciente hospitalizado en el servicio de medicina. Hospital Provincial Docente Belén -Lambayeque, 2017 [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017. Available from: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/965/1/TL_MartinezGutierrezMarciaDaniela.pdf.pdf
47. Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización. [Internet]. 27 de febrero de 2019. 2011 [cited 2019 May 25]. p. 51. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>
48. Reto J. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017 [Internet]. Universidad San Pedro; 2017. Available from: http://www.repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8738/Tesis_59365.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
49. Ayala E, Miranda I. Humanizar el cuidado en enfermería desde la dignidad humana. Una

consideración fenomenológica [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 7]. p. 55. Available from: http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/179/Ayala_Miranda_tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=8&isAllowed=y

VIII. ANEXOS

Anexo N°01: Guía de entrevista semiestructurada.



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

GUIA DE ENTREVISTA ABIERTA

SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A FAMILIARES CUIDADORES:

La presente entrevista tiene como finalidad recopilar información acerca de la percepción que usted tiene frente al cuidado de enfermería en pacientes con diabetes mellitus II durante la hospitalización. Toda la información será utilizada en la investigación que se realizará. Su participación es voluntaria y sus respuestas a las preguntas deberán ser con responsabilidad, veracidad. Asimismo se le solicita la asignación de un seudónimo referente a un nombre, distinto al propio.

I.- DATOS PERSONALES:

Código:

Edad:

Ocupación:

Sexo:

Grado de parentesco:

Grado de instrucción:

Horas de permanencia:

Tiempo de hospitalización:

II.- DATOS ESPECÍFICOS:

Pregunta Norteadora:

1. ¿Qué le parece a usted. El cuidado que recibe su familiar por parte de la enfermera?

III.- PREGUNTAS PARA LA INVESTIGACIÓN:

- 1.- ¿Qué cuidados de enfermería ha recibido su familiar durante la hospitalización podría describir?
- 2.- ¿En qué situaciones enfermera le brindo cuidados a su familiar?
- 3.- ¿Qué otros cuidados cree usted que la enfermera puede hacer algo más por su familiar?
- 4.- ¿En general cómo califica el cuidado que recibe su familiar, por parte de la enfermera? Y por qué.
- 5.- ¿Algo más que desea agregar sobre el tema?

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Anexo N° 02.

GUIA DE ENTREVISTA ABIERTA

SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A FAMILIARES CUIDADORES:

La presente entrevista tiene como finalidad recopilar información acerca de la percepción que usted tiene frente al cuidado de enfermería en pacientes con diabetes mellitus II durante la hospitalización. Toda la información será utilizada en la investigación que se realizará. Su participación es voluntaria y sus respuestas a las preguntas deberán ser con responsabilidad, veracidad. Asimismo se le solicita la asignación de un seudónimo referente a un nombre, distinto al propio.

I.- DATOS PERSONALES:

Código:	Edad:
Ocupación:	Sexo:
Grado de parentesco:	Grado de instrucción:
Horas de permanencia:	tiempo de hospitalización:


II.- DATOS ESPECÍFICOS:

Pregunta Norteadora:

1. ¿Qué le parece a usted. El cuidado que recibe su familiar por parte de la enfermera?

III.- PREGUNTAS PARA LA INVESTIGACIÓN:

- 1.- ¿Qué cuidados de enfermería ha recibido su familiar durante la hospitalización podría describir?
- 2.- ¿En qué situaciones la enfermera le brindo cuidados a su familiar?
- 3.- ¿Qué otros cuidados cree usted que la enfermera puede hacer a su familiar?
- 4.- ¿En general cómo califica el cuidado que recibe su familiar, por parte de la enfermera? Y por qué.
- 5.- ¿Algo más que desea agregar sobre el tema?


 UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
 COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
 FACULTAD DE MEDICINA

- .2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted trabaja o estudia y a la universidad.
- 3.- finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo, y de ser necesario se suspenderá la entrevista.

Beneficios:

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista, mediante una consejería personalizada del cuidado en pacientes diabéticos. Se les otorgará un tríptico informativo.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio, igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO


UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MUGROVEJO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Elida Natividad Dávila Concha al tel.979640120, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Participante
Nombre:


DNI:

Fecha

Investigador
Nombre:

DNI:

Fecha


UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA


**UNIVERSIDAD CATÓLICA
 SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**
 Chiclayo - Perú

Escuela: Enfermería
**TRÍPTICO: DIABETES
 MELLITUS**

Estudiante: Dávila
 Concha Elida.

Ciclo: IX



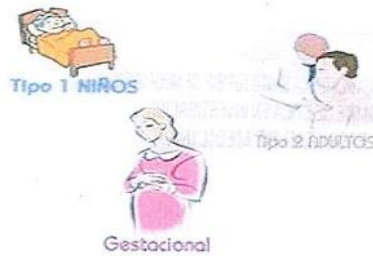
Handwritten signature
 UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
 COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
 FACULTAD DE MEDICINA



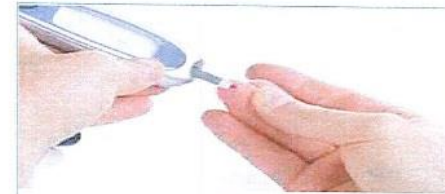
¿QUÉ ES?

La diabetes mellitus (DM), es una enfermedad crónica debido a la producción inadecuada de la insulina elaborada por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, o a un defecto de la acción de la hormona en los tejidos orgánicos, o ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, cuyo principal indicador es la hiperglucemia. La causa puede ser vírica, ambiental o autoinmune, o bien una combinación de ambos factores

Tipos de Diabetes



ETIOLOGÍA




Por lo común, aunque no siempre, es consecuencia de la destrucción de las células beta del páncreas por un fenómeno auto inmunitario que se acompaña de la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre. Es un trastorno complejo causado por mutaciones de varios genes, y también por factores

DIABETES CONOCE LOS SÍNTOMAS



SI PADECES ALGUNO, ACUDE AL MÉDICO.

Tipos de Diabetes



Tipo 1 NIÑOS

Tipo 2 ADULTOS

Gestacional

TIPOS DE DIABETES.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

La diabetes de tipo 1 se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.

La diabetes de tipo 2 tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.

DIAGNOSTICO.

Se realiza una serie de pruebas para confirmar el diagnóstico de diabetes. Estas pruebas son:

Glucosa sanguínea en ayuno.

Tolerancia oral a la glucosa.

Glucosa sanguínea a cualquier hora del día.



Martín
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MORGORVEJO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA

PREVENCIÓN:

Siga el plan de comidas saludables que elaboraron usted y su médico o dietista.

Realice actividad física durante 30 minutos casi todos los días. Pregunte a su médico qué actividades son las mejores para usted.

Tome sus medicamentos según las indicaciones.

Mídase los niveles de glucosa en la sangre todos los días. Cada vez que lo haga, anote el resultado en la hoja de registro.

Revítese los pies diariamente para ver si hay cortaduras, ampollas, llagas, hinchazón, enrojecimiento o si tiene las uñas doloridas.

Controle su presión arterial y colesterol.



Leyenda que describe la imagen o el gráfico