



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON NEUROPATÍA
DIABÉTICA. CENTRO DE SALUD PECHICHE 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

AUTOR (ES):

CAÑAREJO MANOBANDA EVELIN TATIANA

RODRÍGUEZ BERNABÉ DAMIAN GEORGE

TUTORA:

LIC. HERRERA PINEDA ISOLED DEL VALLE, PHD.

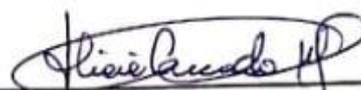
**PERÍODO ACADÉMICO
2019 – 1**

TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Sáenz Ozaetta Carlos, Mgt.

DECANO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD



Lic. Cercado Mancero Alicia, PhD

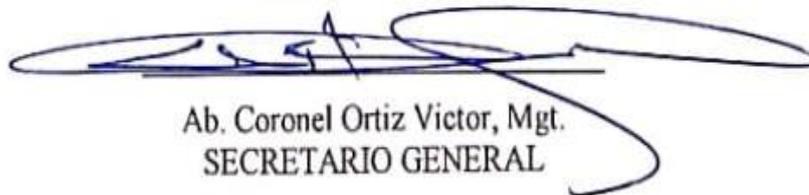
DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA



Lic. Aida García, Msc.
PROFESOR DE ÁREA



Lic. Herrera Pineda Isoled del Valle PhD.
DOCENTE - TUTORA



Ab. Coronel Ortiz Victor, Mgt.
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 04 de Octubre del 2019

APROBACIÓN DE LA TUTORA

En mi calidad de Tutora del proyecto de investigación: **“PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON NEUROPATÍA DIABÉTICA. CENTRO DE SALUD PECHICHE 2019”** elaborado por la Srta. **EVELIN TATIANA CAÑAREJO MANOBANDA** y el Sr. **DAMIAN GEORGE RODRÍGUEZ BERNABÉ**, egresados de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Licenciados en Enfermería, me permito declarar que luego de haber orientado, y revisado, la apruebo en todas sus partes.

Atentamente



.....
LIC. HERRERA PINEDA ISOLED DEL VALLE, PHD.

DOCENTE - TUTORA

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos vida, fuerza y sabiduría para cumplir con nuestra meta de ser Licenciados en Enfermería.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, gracias por abrirnos sus puertas y brindarnos su apoyo en toda nuestra etapa estudiantil.

A nuestros queridos maestros, por habernos impartido sus conocimientos en el ámbito profesional, preparándonos día a día para superar cualquier adversidad que se nos presente en la vida. Al Lic. Carlos Saavedra por los sabios consejos, experiencias y apoyo que nos brindó durante nuestra etapa estudiantil.

A todas las instituciones hospitalarias que nos abrieron sus puertas para poner en práctica lo aprendido a lo largo de nuestra etapa universitaria, gracias por habernos acogido y confiado en nosotros.

A nuestra tutora, Lic. Isoled del Valle Herrera, gracias por brindarnos su tiempo y dedicación durante las tutorías, por encaminarnos hacia nuestra meta para poder hacerla realidad.

A nuestros familiares, por el apoyo que nos dieron durante este largo y duro camino, por darnos fuerza para seguir adelante, sacrificando un poco de su tiempo para la culminación de este trabajo de titulación.

A nuestro grupo de pacientes diabéticos, que de forma tan cariñosa y desinteresada estuvieron prestos a colaborar en nuestra investigación

Muchas gracias a todas las personas que se vieron involucradas en la culminación de esta tesis, fueron de gran apoyo para cumplir con una meta más de nuestras vidas, ser Licenciados en Enfermería.

EVELIN Y DAMIAN

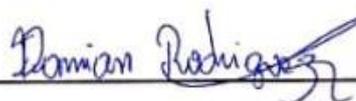
DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de nuestra responsabilidad, el Patrimonio Intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena



Cañarejo Manobanda Evelin Tatiana

CI: 100474368-6



Rodriguez Bernabé Damian George

CI: 240002479-6

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	i
APROBACIÓN DE LA TUTORA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARACIÓN	iv
ÍNDICE GENERAL	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
Introducción	1
CAPÍTULO I	4
1. Planteamiento del problema.....	4
1.1. Descripción del problema.....	4
1.2. Enunciado del problema.....	7
1.3. Objeto de estudio.....	8
1.4. Campo de acción	8
1.5. Justificación.....	8
1.6. Objetivos	9
1.6.1. Objetivo general	9
1.6.2. Objetivos específicos.....	9
1.7. Viabilidad y factibilidad.....	10
CAPÍTULO II.....	11
2. Marco teórico.....	11
2.1. Marco institucional.....	11
2.1.1. Marco legal.....	12
2.1.1.1. Constitución de la República del Ecuador (2008).....	13
2.1.1.2. La Ley Orgánica de Salud (2006).....	13
2.1.1.3. Código Orgánico de Salud (2016).....	14
2.1.1.4. Ley de Prevención, Protección y Atención de la Diabetes (2004)	14
2.1.1.5. Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 – Toda Una Vida	15
2.1.1.6. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural – MAIS – FCI (2018)	15

2.2. Marco contextual.....	16
2.2.1. Antecedentes investigativos	16
2.2.2. Fundamentación científica	18
2.2.2.1. Teorías para estudiar a la familia de María Ortiz.....	18
2.2.2.2. Teoría familiar sistemática de Murray Bowen.....	19
2.2.2.3. La familia	20
2.2.2.3.1. Funciones de la familia.....	20
2.2.2.3.2. Tipos de familias	21
2.2.2.3.3. Genograma familiar.....	21
2.2.2.3.4. Ficha familiar.....	22
2.2.2.3.5 Apgar familiar.....	23
2.2.2.4. Diabetes.....	23
2.2.2.4.1. Diabetes mellitus tipo 2.....	24
2.2.2.4.2. Complicación más frecuente de la diabetes mellitus tipo 2.....	25
2.2.2.4.2.1. Neuropatía diabética.....	25
2.2.2.5. Anatomía del páncreas	27
2.2.2.6. Insulina	28
2.2.3. Fundamentación de enfermería	28
2.2.3.1. Nola Pender – Modelo de promoción de la salud	28
2.2.3.2. Dorothea Orem – Modelo del autocuidado.....	29
2.2.3.3 Teoría de sistemas de cuidado de la salud de Betty Neuman.....	30
2.3. Definición conceptual de términos utilizados en el desarrollo de la investigación.	31
2.4. Hipótesis, variables y operacionalización	31
2.4.1. Hipótesis	31
2.4.2. Asociación empírica de variables	32
2.4.3. Operacionalización de variables.....	32
CAPÍTULO III.....	34
3. Diseño metodológico	34
3.1. Tipo de estudio.....	34
3.2. Universo y muestra.....	34
3.3. Técnicas e instrumento.....	35
3.4. Procesamiento de la información	38
CAPÍTULO IV.....	39

4.1. Análisis e interpretación de resultados	39
4.2. CONCLUSIONES	42
4.3. RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
APÉNDICES Y ANEXOS	
GLOSARIO	

RESUMEN

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que ha ido en gran aumento en la población a nivel mundial, debido a diversos factores como: el estilo de vida inadecuado que llevan los mismos, factores genéticos u otros, la cual sin un tratamiento y cuidado adecuado conlleva a la aparición de diversas complicaciones siendo una de ellas la neuropatía diabética, las mismas que afectan el estado de salud y calidad de vida de estos pacientes y a su vez, se ve involucrado el núcleo familiar y su funcionamiento, debido a que los familiares intervienen en el cuidado del paciente dentro del hogar, el cual se puede ver alterado o no llega a ser óptimo por diversas causas. El objetivo general fue determinar la participación familiar en el cuidado del paciente con neuropatía diabética en el cantón Santa Elena parroquia Chanduy, Centro de Salud Pechiche, la misma que se desarrolló con enfoque cuantitativo, no experimental, tipo descriptivo y transversal. Las técnicas empleadas fueron la observación directa y la aplicación de encuestas, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de conocimientos de diabetes de Villagómez, el test de sobrecarga del cuidador de Zarit y el Apgar familiar del Dr. Gabriel Smilkstein. La muestra estuvo constituida por 40 familiares de pacientes con neuropatía diabética, cuyos resultados indicaron que el 58% de los familiares mantienen un conocimiento inadecuado acerca de la patología, el 50% de los mismos presente una sobrecarga intensa. Podemos concluir que se logró determinar las causas más relevantes que conllevan al desarrollo de esta complicación de la diabetes mellitus y están relacionadas con la falta de conocimiento en cuanto al tema, al abandono del familiar enfermo y la sobrecarga del cuidador.

Palabras claves: neuropatía diabética; participación familiar; cuidado; calidad de vida

ABSTRACT

Diabetes mellitus is one of the chronic non-communicable diseases that has been increasing in the population worldwide, due to various factors such as: the improper lifestyle they lead, genetic or other factors, which without a treatment and adequate care leads to the appearance of various complications, one of them being diabetic neuropathy, which affects the health status and quality of life of these patients and in turn, the family nucleus and its functioning are involved, because family members are involved in the care of the patient within the home, which can be altered or not optimal for various reasons. The general objective was to determine the family participation in the care of the patient with diabetic neuropathy in the canton Santa Elena Parish Chanduy, Pechiche Health Center, which was developed with a quantitative approach, not experimental, descriptive and transversal type. The techniques used were direct observation and the application of surveys, the instruments used were the Villagomez diabetes knowledge questionnaire, the Zarit caregiver overload test and the family Apgar of Dr. Gabriel Smilkstein. The sample consisted of 40 relatives of patients with diabetic neuropathy, whose results indicated that 58% of the relatives maintain an inadequate knowledge about the pathology, 50% of them present an intense overload. We can conclude that it was possible to determine the most relevant causes that lead to the development of this complication of diabetes mellitus and are related to the lack of knowledge regarding the issue, the abandonment of the sick relative and the caregiver's burden.

Key word: diabetic neuropathy; family participation; watch out; quality of life

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017 define a la familia como el conjunto de individuos que conviven bajo un mismo techo (hogar) y que a su vez se encuentran organizados en diferentes roles que deben cumplir, tales como: padre, madre, hermano u otros, los mismos que pueden tener vínculos de consanguinidad o no y con sentimientos afectivos que los unen.

Del mismo modo, en América Latina se considera a la familia como una organización social de gran importancia para el hombre, donde las personas se encuentran unidas por un vínculo legal como el matrimonio o por vínculos de consanguinidad. Dentro de la familia cada individuo cumple diversos roles que permiten mantener el equilibrio y funcionalidad de todos los miembros, impartiendo valores y sujetándolos a las reglas y normas que rigen a la sociedad, aceptando la cultura de su grupo y del país (Benítez, 2017).

Por consiguiente, la familia influye altamente en la salud y enfermedad de sus miembros, como la salud de cada miembro influye a la familia. Esta relación expresa que el núcleo familiar posee factores protectores o de riesgo que determinan la alteración en la salud, en la forma en que reaccionan a la enfermedad como cuidadora y la forma en que se organiza el funcionamiento familiar.

Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, por eso, al alterarse el equilibrio del mismo por determinadas circunstancias, ocasiona que se produzca alguna patología. Para detectar la presencia de una disfuncionalidad familiar se ha de emplear el Apgar familiar, el cual mediante 5 preguntas indica en grado de satisfacción que tiene la persona encuestada en cuanto a la funcionalidad de su familia (Martín, Cano, & Gené, 2014).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2018 afirmó que la prevalencia de la diabetes mellitus a nivel de todo el mundo en los adultos ha aumentado del 4,7 % en 1980 al 8,5 % en 2014, la misma que aumenta con gran rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. Aproximadamente de 108 millones de personas con diabetes que hubo en 1980 al 2014 ha aumentado a 422 millones, llegando a producirse 1,6 millones de defunciones durante el año 2015 que tenían como causa directa a la diabetes mellitus.

En efecto, la diabetes mellitus en la actualidad es una enfermedad con gran impacto en la población a nivel mundial, ocasionada en su mayoría por llevar un estilo de vida inadecuado, las personas que padecen esta patología deben recibir tratamiento farmacológico y un cuidado adecuado tanto en higiene como en alimentación, caso contrario, se generan ciertas complicaciones como: retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética, entre otras; que afectan la calidad de vida de estos pacientes.

En consecuencia, la aparición de dichas complicaciones, en este caso de la neuropatía diabética se ve relacionada con un déficit de autocuidado del paciente y la falta de participación familiar en el cuidado del mismo, por diversas causas como: falta de conocimiento, disfunción familiar, sobrecarga del cuidador, entre otras. Todo esto conlleva a que tanto en el paciente como en los familiares se vea afectada la calidad de vida y el estado de salud.

Por consiguiente, este estudio permitió conocer la situación actual que vive el paciente con neuropatía diabética y su familia de la Parroquia Chanduy del Centro de Salud Pechiche de la provincia y cantón Santa Elena, con respecto al déficit de participación de la familia en el cuidado de estos pacientes como problema base en la aparición de este tipo de complicación de la diabetes mellitus tipo 2 y la mala calidad de vida que llevan los mismos.

La presente investigación es observacional, con enfoque cuantitativo, no experimental, tipo descriptivo y transversal, la misma se basó en una revisión documental y está orientada a determinar cuál es la participación familiar en el cuidado del paciente con neuropatía diabética en el cantón Santa Elena parroquia Chanduy, Centro de Salud Pechiche 2019, además de descubrir el funcionamiento de la familia, el nivel de conocimiento en cuanto a la enfermedad, tratamiento y cuidado, más la existencia de sobrecarga del cuidador que poseen los participantes del estudio.

Tras el análisis e interpretación de resultados se puede afirmar que de los 40 familiares de los 10 pacientes con neuropatía diabética pertenecientes al Centro de Salud de Pechiche, el 58% presentan un conocimiento inadecuado sobre la diabetes, sus complicaciones, el tratamiento y cuidado óptimo que deben recibir este tipo de pacientes, así mismo, el 50% presenta una sobrecarga intensa debido a diversos factores como: falta de tiempo, miedo, estrés, estado de salud, insatisfacción con la vida, ingreso económico, convirtiéndose en el desencadenante de la falta de participación familiar.

Por otra parte, con lo que respecta al cuidado que brindan los familiares a sus pacientes enfermos se puede interpretar que del 100% de los familiares de los pacientes diabéticos con neuropatía, el 50% presentan una disfunción severa, es decir, que los miembros enfermos del núcleo familiar no están satisfechos con los cuidados y apoyo que les brindan sus familiares.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

1.1. Descripción del problema

La familia constituye uno de los grupos humanos que conforman la sociedad, la familia se integra y desarrolla en base a la situación económica, política y social que le rodea. Es la primera forma de organización social y su existencia es comprobada desde las civilizaciones de la antigüedad. La familia se define como el núcleo fundamental de la sociedad, ya que sin su existencia la vida sería inadmisibles (Martínez, 2015). Es por ello que se le debe prestar atención especial pues son múltiples las funciones y las formas que en los tiempos actuales han adoptado esos núcleos.

De igual manera, la familia como unidad de atención, sigue siendo poco estudiada, sin tomar en cuenta que casi el 80% de los cuidados para mantener la salud se producen en el contexto informal de la familia. Aun conociendo el papel importante que juega la familia en el cuidado del enfermo, se desconoce o se infravalora la gran importancia que tienen para realizar un manejo eficiente de las enfermedades crónicas o problemas psicosociales (Martín, Cano, & Gené, 2014). El buen o mal funcionamiento de la familia influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades.

En efecto, Pérez, Berenguer, Inclán, Dacal & Enrique (2018) refiere que la participación familiar son acciones que hacen los miembros de la familia, en beneficio del enfermo y de los demás, esta es mutua, centrada en el aprendizaje y basada en la confianza y respeto. La familia cumple un papel importante en el cuidado del paciente con diabetes mellitus, la información que tenga sobre esta afección es determinante para apoyar al afectado y se relaciona con un mejor control metabólico. Constituye un importante grupo de riesgo y su capacitación es importante para adoptar estilos de vida saludables y prevenir este problema de salud.

Por otra parte, el apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace, una correcta funcionalidad de la familia permite la adaptación, solidaridad, el afecto y la capacidad para la solución de problemas. Poseer el adecuado conocimiento sobre la patología, el tratamiento terapéutico, el apoyo familiar y social es indispensable para lograr una mejor calidad de vida. La educación sanitaria es importante porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para controlar, prevenir o retardar las complicaciones en el seno de la familia.

Por esta razón, se define al autocuidado como una práctica donde el individuo o familia desarrollan acciones que beneficien el mantenimiento de la vida, salud y de su bienestar biopsicosocial, siendo los mismos partícipes activos en relación con el cuidado y las directrices que indica el profesional de salud. A su vez es considerado como un componente principal del tratamiento complejo que asume una persona diabética y su familia, exigiendo conocimiento y habilidad para mantener un autocuidado adecuado (Oliveira, Lopes, Lopes, & Jácome, 2017).

Al mismo tiempo, la diabetes mellitus (DM), es una enfermedad crónica de gran impacto a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en subdesarrollados. Esta se caracteriza por una alteración del metabolismo en el páncreas, llegando a producir un déficit de la hormona insulina o un mal uso de la misma por parte del organismo, lo que ocasiona un exceso de niveles de azúcar en sangre, provocando una hiperglicemia (Reyes, Pérez, Figueredo, Ramírez, & Jiménez, 2016). Esta enfermedad conlleva a múltiples complicaciones, que afectan la calidad de vida, y produce severas limitaciones y discapacidad.

En relación, la prevalencia de la DM ha aumentado paralelamente con la epidemia de la obesidad. Se calculó que la DM aumentó 10 veces su prevalencia alrededor de todo el mundo, obteniendo en total 500 millones de casos. Las dietas poco saludables y el estilo de vida sedentario han dado paso a que se produzcan altos índices de diabetes (Kasper, Fauci, & Hauser, 2017). La DM crece con gran rapidez en países de bajos y medianos ingresos, además provoca daños a largo plazo en varios órganos del cuerpo por lo que es considerada como la quinta causa de muerte a nivel mundial.

Por otra parte, la neuropatía diabética es una de las complicaciones frecuentes de la diabetes mellitus, se caracteriza por presentar daño en el sistema nervioso, su cuadro clínico se manifiesta con la aparición de un dolor severo que llega a producir discapacidad, debilidad muscular y además se presenta una alteración en la sensibilidad, lo que aumenta la posibilidad de la aparición de úlceras (Flores, Cuevas, López, & Vásquez, 2018).

Del mismo modo, en Estados Unidos, durante el año 2015 se presentaron 1,5 millones de casos nuevos de diabetes en la población > 18 años. En cambio, alrededor de 23,1 millones de personas estadounidenses, pertenecen al grupo de pacientes con diabetes. Durante el año 2014 se registraron en Estados Unidos 7,2 millones de casos de altas hospitalarias donde se estableció como un diagnóstico secundario la diabetes. Durante el año 2015 la diabetes fue la séptima causa de muerte y se registraron 79 535 defunciones donde se relacionó la diabetes como causa (CDC, 2017).

Así mismo, en la investigación que se llevó a cabo durante el año 2015 en Estados Unidos, se identificó ciertos factores de riesgo que predisponen a que se produzca una complicación de la diabetes, los cuales son: tabaquismo con un 50,4 %, el sobrepeso y la obesidad con un 87,5 %, falta de actividad física con un 40,8 %, la hipertensión arterial con un 73,6 %, hiperlipidemia con un 58,2 % y la hiperglucemia con un 15,6 %.

Por otra parte, en América Latina, existe un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial la diabetes mellitus, debido al envejecimiento demográfico. Se considera que para el año 2050 el 25 % de esta población superará los 60 años de edad, con lo cual la carga que representarán estas enfermedades y en especial la DM, será importante.

Ahora bien, a nivel del Ecuador, la diabetes mellitus tuvo una prevalencia del 5,8 % durante el año 2018, convirtiéndose en un problema de gran magnitud para el sistema sanitario, ya que en la actualidad las cifras de diabetes van en aumento (Murillo, 2018). Esta enfermedad crónica no transmisible fue determinada como la primera causa de muerte en el género femenino y la séptima causa de muerte en el género masculino en el año 2008.

Al mismo tiempo, el aumento progresivo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus a alrededor de todo el mundo, muestra la necesidad de desarrollar planes que garanticen una mejor calidad de vida a las personas que padecen de esta enfermedad. Para lograr cambios positivos en estos pacientes no solo debe haber participación de las instituciones médicas sino también del gobierno, además brindar información sobre esta patología a la población y la familia para que el paciente diabético reciba un cuidado óptimo (Rivas, Zerquera, Hernández, & Vicente, 2017).

En relación con las implicaciones, en el Centro de Salud de Pechiche ubicado en la parroquia Chanduy, perteneciente al cantón Santa Elena, en calidad de internos de enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, pudimos detectar que existe un grupo de 10 pacientes con diagnóstico de neuropatía diabética que pertenecen a este establecimiento de salud, de los cuales sus núcleos familiares constituyen un total de 40 familiares cuidadores.

Por ende, en el Centro de Salud Pechiche se pudo observar la poca importancia que tienen los familiares o cuidadores de los pacientes que padecen esta patología debido a que asisten solos al chequeo médico o a las reuniones del club de diabéticos, teniendo como problema base el déficit de autocuidado, debido a la falta de conocimiento tanto en el paciente como en el cuidador, ocasionando la falta de participación familiar.

En consecuencia, el déficit de autocuidado se ve evidenciado por la mala prestación de cuidados que se dan a sí mismos, ya que algunos de estos pacientes presentan heridas por un mal procedimiento en el corte de uñas o por no uso de calzado, presentan alimentación inadecuada, en ocasiones asisten al establecimiento de salud con hiperglicemia por la falta de adherencia al tratamiento.

Al mismo tiempo, los familiares de estos pacientes mantienen una escasa relación en cuanto al cuidado de su familiar enfermo por diversas causas, como: la falta de conocimiento acerca de la patología y sus cuidados, por desinformación, falta de interés, falta de tiempo, falta de ingresos económicos, problemas familiares, estrés, u otros. Debido a esto se ve alterada la participación familiar, afectando la calidad de vida y el bienestar no solo del enfermo sino de la familia en general.

Por esta razón, los pacientes no tienen una mejoría en su condición de salud ya algunos de ellos son incapaces de autocuidarse, por lo que recurren al cuidado por parte de sus familiares, los mismos que no pueden brindarle el correcto cuidado por presentar desconocimiento en cuanto al cuidado que debe recibir el paciente con neuropatía diabética para mejorar su calidad de vida.

Consecuentemente es muy importante dar a conocer y concientizar a la comunidad y en especial a los familiares de los pacientes diabéticos el correcto cuidado que debe llevar este tipo de pacientes para evitar futuras complicaciones y así mejorar su condición de vida ejerciendo las acciones de promoción y prevención que cada profesional de enfermería por vocación debe efectuar.

1.2. Enunciado del problema

Con el antecedente expuesto ¿Cuál es la participación de la familia en el cuidado del paciente con neuropatía diabética?

1.3. Objeto de estudio

Familiares de pacientes con neuropatía diabética del Centro de Salud Pechiche de parroquia Chanduy.

1.4. Campo de acción

Comunidad de la Parroquia Chanduy – Centro de Salud Pechiche

1.5. Justificación

El presente trabajo de investigación que se realizó tiene como propósito determinar la participación familiar en cuanto al cuidado que debe recibir el paciente con neuropatía diabética. Por lo tanto, el fin de los autores es comprobar si la inadecuada relación cuidador – paciente influye en el estilo de vida del paciente con neuropatía diabética.

En la actualidad se ha demostrado que el déficit de conocimientos afecta el rol del cuidador: “...se observa que los cuidadores sin capacitación formal, cumplen deficientemente los cuidados básicos al usuario.” Es decir que el cuidador no brinda cuidados específicos que debe recibir este tipo de paciente por la falta de conocimiento sobre la enfermedad, y el desconocimiento acerca de las necesidades básicas que los pacientes deben satisfacer para llevar un estilo de vida saludable.

“A pesar de la resistencia de los cuidadores, éstos deben ser capacitados formalmente en cuidados básicos para mejorar sus habilidades en el cuidado... y quede al cuidado del paciente alguien confiable, y que esto no signifique problema alguno para el paciente.” es decir existirá una mejor relación, interacción e integración entre el paciente con neuropatía diabética y su cuidador, el cuidador sabrá como brindar los cuidados adecuados para que su paciente tenga una vida saludable y no presente complicaciones propias de la patología, en fin se beneficiaran tanto cuidador como el paciente con neuropatía diabética. (Luengo, Pagliotti, & López, 2010)

Los resultados obtenidos del presente trabajo de investigación contribuirán a que la población en estudio adquiera nuevos conocimientos en relación a los cuidados que se le debe brindar a un paciente diabético. Por lo tanto, con la solución de este problema a investigar habrá beneficio para los pacientes diabéticos, ya que tendrán un correcto cuidado integral por parte del cuidador y así surgirá un cambio total en los mismos.

Al establecimiento de salud “Centro de Salud Pechiche” apporto información actualizada sobre la situación actual que viven los pacientes diabéticos permitiendo así formular estrategias como la implementación de un programa de salud enfocado a realizar actividades educativas paciente – cuidador con el fin de favorecer la recuperación y adecuado control, también que los familiares estén capacitados en el reconocimiento de los principales signos y síntomas, la correcta alimentación, ejercicios adecuados y la adopción de estilos de vida saludables para disminuir el riesgo de complicaciones.

Mediante el presente trabajo de investigación, se dejará un legado de aprendizajes para al individuo y las familias, dado que el tema encuadra con los conocimientos que nos fueron impartidos durante la etapa de formación académica, por lo tanto, se aportará información actualizada y con bases científicas para que mejore el nivel de trabajo investigativo que la universidad necesita.

Por lo tanto, es propósito que este documento sirva de guía para orientar futuras investigaciones en el campo de salud y lo social que estén direccionadas a la resolución del problema, con el fin de reducirlo de forma significativa en la población vulnerable y lograr que los familiares de los pacientes con neuropatía diabética pueden mejorar los niveles de conocimiento en cuanto a la patología y su cuidado para que ejerzan un cuidado óptimo de sus miembros del hogar enfermos, logrando así la satisfacción eficaz de las necesidades básicas y logren una mejor calidad de vida en el paciente.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Determinar la participación familiar en el cuidado del paciente con neuropatía diabética en el cantón Santa Elena parroquia Chanduy, Centro de Salud Pechiche 2019

1.6.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento del familiar acerca de la enfermedad a través del cuestionario sobre la Diabetes para corroborar la calidad del cuidado que se le brinda al paciente con neuropatía diabética.
- Determinar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores mediante el test de sobrecarga de Zarit para contrastar la participación que tiene el familiar con el paciente con neuropatía diabética.

- Evaluar la funcionalidad familiar en relación al cuidado que brindan los familiares por medio del Apgar familiar para estimar el grado de satisfacción de los pacientes con neuropatía diabética.

1.7. Viabilidad y factibilidad

El presente proyecto de investigación es factible, porque existe la aprobación de la Carrera de Enfermería y la autorización Distrital de Salud 24D01, además se cuenta con el apoyo de la directora del Centro de Salud de Pechiche y los familiares de los pacientes diabéticos con neuropatía diabética quienes, mediante su consentimiento expreso, se convirtieron en los actores principales para la realización de la investigación, los mismos que nos apoyaron en el aporte y recolección de datos.

Es viable, porque se cuenta con los recursos humanos, económicos, materiales, bibliográficos, tecnológicos e instrumentos necesarios, validados nacional e internacionalmente, además se cuenta con la disponibilidad de tiempo y organización de los investigadores, mediante el seguimiento de cronogramas elaborados por los mismos.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco institucional

Esta investigación se llevará a cabo en la región litoral, en la provincia de Santa Elena, la cual tiene una población de 308.693 habitantes, aunque se estima una población de 401.178 habitantes para el año 2020, en el cantón Santa Elena, parroquia Chanduy, donde se encuentra ubicado el Centro de Salud Pechiche, que corresponde al Distrito de Salud 24D01. Esta institución de salud tiene asignada una población de 7.988 habitantes entre la comuna Pechiche y El Real.

Según el INEC (2010) la población general de la provincia de Santa Elena corresponde en un 50,8% al sexo masculino y en un 49,2% al sexo femenino. De acuerdo al grupo etario el INEC los clasifica de la siguiente forma: de 0 a 14 años con un 33,8%, de 15 a 64 años con un 60,6% y de 65 años en adelante con un 5,6%. A nivel nacional la morbilidad de la diabetes mellitus fue de 1,4% en mujeres y de 2,1% en hombres y la mortalidad fue de 9,1% en mujeres y 5,7% en hombres.

Ahora bien, la parroquia de Chanduy perteneciente al cantón y provincia de Santa Elena, tiene su origen en el Gran Imperio Chimú, Chanduy es un nombre autóctono que se deriva de la lengua chimú y significa Llano Alto. Este dialecto fue hablado por los pueblos del Sur de nuestro litoral y algunos pueblos del Norte de Perú. El Gran Imperio Chimú supera en antigüedad al Tahuantinsuyo, por tal motivo Chanduy es la población más antigua de Santa Elena, porque existió desde antes de la conquista española (GAD Parroquial Chanduy, 2019).

En efecto, Chanduy en el año 1835 era considerada como parroquia del cantón El Morro perteneciente a la provincia del Guayas, luego en la Presidencia del General Gabriel García Moreno y bajo el decreto del poder ejecutivo del 29 de mayo de 1861 fue anexada al Cantón Santa Elena. Se encuentra ubicada al sur de la provincia de Santa Elena, posee una extensión de 865 km² y una población de 16.363 habitantes.

Asimismo, los límites de Chanduy son los siguientes: al norte con las parroquias Santa Elena y Simón Bolívar, al sur con el océano pacífico, al este con la provincia de Guayas, cantones General Villamil (Playas) y Guayaquil, al oeste con la parroquia Atahualpa de la provincia de Santa Elena. A su vez posee sectores marcados geográficamente como el filo costero donde existen extensas camaroneras y el sector de desarrollo pesquero e industrial, el cual se desenvuelve en la zona de Puerto Chanduy.

Por otro lado, la principal oferta de salud está constituida por los Centros de Salud de Chanduy, Pechiche, Puerto de Chanduy y Zapotal, cuatro dispensarios del Seguro Social Campesino: Engunga, Pechiche, San Rafael y Bajada de Chanduy, además cuenta con un centro de Rehabilitación denominado FUNDIS (Fundación para Discapitados), el cual funciona en la cabecera parroquial y en la comuna Pechiche.

La comuna Pechiche, cuenta con una población de 4.031 habitantes de los cuales el 50,86 corresponde al sexo masculino y el 49,14% al sexo femenino habitantes. Esta comuna se encuentra subdividida en 10 Barrios, los cuales son: Eloy Alfaro, 1ero de Mayo, 12 de Octubre, Paraíso, Las Peñas, 3 de Noviembre, 10 de Agosto, 9 de Octubre, Roldós Aguilera y Simón Bolívar.

Igualmente, la comuna Pechiche cuenta con instalaciones de redes de agua potable en todo el poblado, suministradas por la empresa de Aguapen, la energía eléctrica y el alumbrado público es suministrado por la Empresa Eléctrica Pública Estratégica Corporación Nacional de Electricidad – CNEL EP. El drenaje de las aguas servidas se da por medio de letrinas y pozos sépticos, además los desechos se dan por recolección de basura 3 veces a la semana.

Además, en esta comuna se encuentra el Centro de Salud Pechiche correspondiente al primer nivel de atención de salud, el cual pertenece al Ministerio de Salud Pública, el mismo que corresponde al Distrito de Salud 24D01 – Zona 5. Se encuentra ubicado en el Barrio Las Peñas en la Av. Principal Pechiche, parroquia Chanduy, cantón Santa Elena, provincia de Santa Elena.

2.1.1. Marco legal

El presente proyecto de investigación se asentará en los siguientes sustentos legales que amparan a la familia y al paciente diabético:

2.1.1.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)

Título II. Capítulo Segundo: Derechos del Buen Vivir. Sección séptima – Salud:

Art. 32.- señala que: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Título II. Capítulo Sexto: Derechos de libertad

Art. 67.- señala que: Se reconoce a la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes.

2.1.1.2. La Ley Orgánica de Salud (2006)

En el texto de la Ley Orgánica de Salud (Congreso Nacional del Ecuador, 2006) con su Registro Oficial el viernes 22 de diciembre del 2006 y reformada, señala lo siguiente:

Capítulo III: Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud:

Art. 7.- señala que: Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;

Libro I: De las acciones de salud. Título I. Capítulo III: De las enfermedades no transmisibles:

Art. 69.- señala que: La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico – degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

2.1.1.3. Código Orgánico de Salud (2016)

Capítulo II: Garantía y principios generales. Sección I: Derecho a la salud:

Art. 4.- Derecho a la salud, señala que: El derecho a la salud consiste en el acceso universal, permanente, oportuno y continuo a la atención de salud de manera integral e integrada, de acuerdo a la política establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional, para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y de largo plazo.

2.1.1.4. Ley de Prevención, Protección y Atención de la Diabetes (2004)

La Ley De Prevención, Protección y Atención Integral de las personas que padecen Diabetes (Congreso Nacional Del Ecuador, 2004) Con su registro oficial el 11 de marzo del 2004 en la República del Ecuador, expresa:

Art. 1.- El Estado ecuatoriano garantiza a todas las personas la protección, prevención, diagnóstico, tratamiento de la Diabetes y el control de las complicaciones de esta enfermedad que afecta a un alto porcentaje de la población y su respectivo entorno familiar.

Art. 9.- Las personas aquejadas de Diabetes no serán discriminadas o excluidas por su condición, en ningún ámbito, sea este laboral, educativo o deportivo.

Art. 16.- El Ministerio de Salud Pública iniciará de manera inmediata, el Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes, para lo cual los centros hospitalarios contarán con los recursos económicos, técnicos y humanos necesarios y especializados para brindar un servicio de calidad, a través de la Unidad de Diabetes.

2.1.1.5. Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 – Toda Una Vida

En el texto Plan Nacional Del Buen Vivir (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2017) se constituye en los objetivos nacionales de desarrollo el eje 1: Derechos para todos durante toda la vida, el cual comprende el objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas:

Política 1.6

“Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural”.

Metas a 2021

“Aumentar la cobertura, calidad, y acceso a servicios de salud: incrementar el porcentaje de percepción positiva de los hogares con relación a servicios públicos de salud de calidad a 2021”.

2.1.1.6. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural – MAIS – FCI (2018)

Según el Ministerio de Salud Pública (2018), en su Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, expresa lo siguiente:

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS – FCI) es un conjunto de estrategias, normas y procedimientos que se encargan de organizar al Sistema de Salud para cubrir satisfactoriamente las necesidades de salud del individuo, familia o comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de la red de salud. Este define cómo interactúan los profesionales del sector público y privado con la comunidad para mejorar la calidad de vida.

Escenarios de la Atención – Atención Familiar:

La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros. El equipo de salud debe identificar los problemas y factores de riesgo de cada miembro de la familia, promover el autocuidado, brindar apoyo y seguimiento, educación y potenciar relaciones saludables.

Criterios de dispensarización para diagnóstico y seguimiento de las familias – Grupo III: Con patologías crónicas:

Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afectan su capacidad para desempeñarse normalmente en la vida. En este grupo se incluye: la HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas, entre otras. Se recomiendan 3 vistas de seguimiento a las familias que tengan un integrante en este grupo.

2.2. Marco contextual

2.2.1. Antecedentes investigativos

Mediante un análisis documental en trabajos de carácter investigativo, se pudo encontrar bibliografías que permitieron la consolidación de los antecedentes investigativos y el problema de la investigación. Estos estudios tratan temas desde otras perspectivas, pero a su vez aportan datos que contribuyen en la investigación.

Cabe recalcar tanto a nivel internacional como nacional se han realizado varias investigaciones con respecto a la neuropatía diabética, dirigidas específicamente al área de salud. En cuanto a la participación familiar en el cuidado del paciente con neuropatía diabética, los estudios son escasos. Los antecedentes que se van a exponer proporcionan una gama de posibilidades para el análisis del problema, entre las investigaciones se mencionan las siguientes:

En Perú se realizó una investigación en el 2018 sobre “calidad de vida en pacientes con neuropatía diabética periférica” y se determinó como problema “la neuropatía diabética y su influencia en la calidad de vida”, por lo que se planteó como objetivo: evaluar la asociación entre la presencia de neuropatía periférica y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su estudio fue transversal analítica con una población de 330 pacientes con diabetes mellitus. Se obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia de neuropatía diabética fue de un 44,2 % (Oliveros, Ávila, Ulloa, & Bernabe, 2018).

Es decir que mediante los datos y resultados obtenidos en la investigación de (Oliveros et al, 2018) los autores del presente trabajo de investigación pueden especular que si a los pacientes diabéticos no se les brinda un correcto cuidado de sus necesidades básicas no existirá una adecuada calidad de vida y que por lo tanto se verán afectadas tanto su esfera física como mental, por lo consiguiente es obligación de los profesionales de enfermería ofrecer una promoción de salud y a la vez prevención a este grupo de pacientes.

Ahora bien, en México se realizó una investigación en el 2017 sobre “neuropatía diabética: frecuencia, factores de riesgo y calidad de vida en pacientes de una clínica de primer nivel de atención” por lo que se planteó como objetivo: determinar la prevalencia de neuropatía diabética, identificar los factores de riesgo asociados y relacionarla con la calidad de vida y su estudio fue descriptivo, transversal y analítico con una población de 97 pacientes con neuropatía diabética. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 54,6 % de los pacientes padecía de hipertensión arterial, el 6,2 % consumían tabaco y alcohol y el 65,2 % estaban en control de la diabetes (Ramírez, Acevedo, & González, 2017).

En Cuenca se realizó una investigación en el 2015 sobre “Prevalencia de neuropatía diabética y factores de riesgo, en pacientes de los clubes de diabetes del distrito 01D01 de Cuenca-Ecuador, 2015” por lo que se planteó como objetivo: determinar la prevalencia de neuropatía simétrica distal en pacientes que integran los clubes de diabéticos del distrito 01D01 y su relación con sus estilos de vida y su estudio fue de tipo transversal - descriptivo con una población de 162 pacientes con neuropatía diabética. Se obtuvo el siguiente resultado: la prevalencia de neuropatía diabética fue de un 54,9 % (Ulloa & Bravo, 2015).

En Quito se realizó una investigación en el 2017 sobre “Neuropatía diabética valorada por The Michigan Neuropathy Screening Instrument y sus factores de riesgo en pacientes con diabetes del centro de salud de Chimbacalle” por lo que se planteó como objetivo: determinar la relación del control metabólico en la aparición de neuropatía periférica diabética en pacientes con diabetes tipo 2 y su estudio fue de tipo analítico – transversal con una población de 310 pacientes. Se obtuvo el siguiente resultado: la prevalencia de neuropatía diabética fue de un 40,6% (Cordero & Montero, 2017).

En Ambato se realizó una investigación en el 2015 sobre “Estrategias participativas, en el cuidado ambulatorio de pacientes con DM2, en el servicio de Medicina interna del Hospital José María Velasco Ibarra” por lo que se planteó como objetivo: desarrollar estrategias participativas, para el cuidado domiciliario de los pacientes con DM2 y su estudio fue cualitativo, cuantitativo, descriptivo con una población de 40 pacientes y familiares. Se obtuvo el siguiente resultado: se presentó gran desconocimiento con un 60% en alimentación, no toma la medicación con un 25% (Guevara, 2015).

Consecuentemente de los estudios mencionados se puede determinar que se ha demostrado a nivel mundial como nacional que en la mayoría de pacientes diabéticos los factores de riesgo inciden a que existan complicaciones en su salud y que además de la presente patología se asocian otras debido a los malos hábitos que conllevan en su vida diaria afectando más a los pacientes del sexo masculino que al femenino.

Por lo tanto, si se llegara a comprobar la hipótesis planteada de la investigación los investigadores deberán aplicar un sistema de apoyo-educación en la población de diabéticos en estudio tanto a los mismos pacientes como a sus cuidadores para evitar complicaciones de su patología y enfermedades asociadas a la misma por desconocer cómo contrarrestar los factores de riesgo puesto que se busca que este grupo de pacientes mejoren su calidad de vida y que lleguen a tener una muerte digna.

2.2.2. Fundamentación científica

2.2.2.1. Teorías para estudiar a la familia de María Ortiz

“El estudio de la familia se convierte en un gran reto, debido a que en la actualidad hay mucha diversidad y estilos de vida. Contempla 3 paradigmas: la evolutiva, la sistemática y la ecológica” (Silva, 2016):

2.2.2.1.1. Teoría evolutiva de la familia

Esta teoría fue creada para el estudio de los cambios sistemáticos que experimenta la familia como consecuencia de las demandas de los miembros del núcleo familiar y de la sociedad en la que está inmersa. Su origen se encuentra precisamente en el estudio del ciclo vital familiar. Esta teoría se encarga de:

- Incorporar el tiempo y la historia como componentes principales.

- Le interesa el desarrollo de la familia como un grupo de personas.
- Sus roles y estructura
- Su interacción y organización según normas sociales.

2.2.2.1.2. Teoría sistémica de la familia

Es una de las teorías más completas para el estudio de la familia, ofrece la posibilidad de unificar la ciencia y se basa en el uso de una jerarquía de sistemas: los inanimados, los vivientes y los simbólicos. Se trata de una teoría abstracta, aplicable tanto a los seres animados como a los inanimados. Los sistemas no vivos tienden a incrementar su desorden mientras que los vivos incrementan el orden y diferenciación.

2.2.2.1.3. Teoría ecológica de la familia

La ecología es el estudio de las interrelaciones entre los organismos y el ambiente, esta postura fue la que dio origen a la teoría ecológica de la familia. Dentro de esta teoría se toma en cuenta los siguientes puntos:

- **Ecología humana.** - se ocupa de la interacción de los humanos como individuos, grupos o sociedades con el ambiente, manteniéndolos como partes inseparables de un todo.
- **Los humanos.** - son organismos biológicos como seres sociales que se encuentran en constante interacción con el ambiente.
- **Teoría ecológica humana.** - concibe a la familia como un sistema de transformación con una relación de interdependencia del medio físico – biológico y sociocultural (Silva, 2016).

2.2.2.2. Teoría familiar sistemática de Murray Bowen

Esta teoría se enmarca en el comportamiento humano, donde se concibe a la familia como una unidad emocional. Utiliza el pensamiento sistémico para describir las interacciones dentro del núcleo familiar. Las familias afectan profundamente los pensamientos, sentimientos y acciones de sus miembros. Constantemente, las personas solicitan la aprobación, el apoyo y la atención de otros y reaccionan a las necesidades, expectativas y molestias que perciben de los demás (Rodríguez & Martínez, 2015).

2.2.2.3. La familia

La familia es la agrupación humana más elemental que conecta a los individuos con la sociedad, es por tal motivo que se la considera como la célula de la sociedad. Es dentro de la familia donde cada individuo se forma su identidad personal, mediante la transferencia de valores, creencias, normas, entre otros (Martínez & Del Pino, 2014). Es fundamental tomarla en cuenta a la hora de brindar atención a un paciente, ya que ésta influye bastante en el proceso de salud – enfermedad.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas, que son: biológica, económica y educativa – cultural y espiritual, este indicador es el que se utiliza para valorar el funcionamiento de la familia, es decir, que la familia sea capaz de cubrir y satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, actuando como un sistema de apoyo. La familia se encuentra susceptible a los cambios por lo que debe ser capaz de adaptarse a los mismos, para lograr la adaptación debe modificar sus límites, su sistema jerárquico, sus roles y reglas.

2.2.2.3.1. Funciones de la familia

Según Martínez & Del Pino (2014) la familia cumple con ciertas funciones que permiten un mantenimiento eficaz de las relaciones familiares, como:

- Mantenimiento económico.
- División del trabajo.
- Socialización de los miembros de la familia, es decir, la transferencia de creencias, valores, conocimientos y habilidades.
- Reproducción.
- Mantenimiento del orden.
- Integración de los miembros a la sociedad.
- Mantenimiento de la motivación y la moral.
- Comprende lo relacionado con las reglas, normas, límites, etc.
- Comprende todo lo relacionado con una buena comunicación.
- **Afectividad:** considerada como la relación entre el cariño y amor entre los miembros, transmitiendo apoyo en los momentos de crisis.
- **Apoyo:** puede ser afectiva, o económica.
- **Adaptabilidad:** adaptación a los cambios producidos en el seno de la familia.

- **Autonomía:** mantiene la integridad de los miembros en un equilibrio entre lo permitido y lo prohibido, la dependencia y la independencia.
- **Autoestima:** cada palabra, expresión facial o acto del progenitor envía un mensaje de autoestima a su hijo.

2.2.2.3.2. Tipos de familias

Las familias se pueden clasificar según el número de sus integrantes y el parentesco que los une, teniendo así:

- **Familia extensa:** incluye a los abuelos, tíos y primos que originariamente convivían en el mismo hogar.
- **Familia nuclear:** es la unidad familiar más sencilla, compuesta por el padre, la madre y los hijos.
- **Familia monoparental:** caracterizada por la disolución de un matrimonio, en la cual la madre se hace cargo y vive con los hijos.
- **Familia extendida o reconstituida:** caracterizada por la constitución de un nuevo matrimonio que vuelve a tener hijos.
- **Familia nuclear fusional:** son las familias nucleares que derivan a monoparental.
- **Familia postpatriarcal:** caracterizada por relaciones igualitarias, este tipo de familia puede derivar a monoparental o reconstituida (Roca & Caja, 2007).

2.2.2.3.3. Genograma familiar

El genograma es la representación gráfica de todos los miembros que conforman la familia, donde se registra información de los mismos y sus relaciones, mediante este se puede valorar como un problema clínico se relaciona con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo (Martín, Cano & Gené, 2014). En el genograma para representar a las personas se utilizan figuras y para representar las relaciones se utilizan líneas.

Para su construcción se emplean diversos símbolos, como: un círculo para la mujer y un cuadrado para el hombre, el paciente se lo representa con doble línea en el cuadrado o círculo, para indicar fallecimiento se pone una X en el interior indicando la edad, el matrimonio se representa por una línea que baja y cruza, una línea diagonal indica separación y dos líneas un divorcio, las figuras de los hijos se conectan a la línea que une a la pareja, un embarazo con un triángulo, un aborto espontáneo con un círculo de color negro y un inducido con una X.

Por lo tanto, la familia es considerada un sistema, por lo tanto, todo lo que haga cada miembro de la familia va a repercutir para bien o para mal en los otros miembros. Es de gran conocimiento que la familia influye en el estado de salud y enfermedad, las relaciones familiares afectan la salud, el bienestar físico, psicológico y emocional, la recuperación y el cumplimiento terapéutico (Martínez & Del Pino, 2014). Por ende, la familia afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afectará a la familia.

En efecto, una enfermedad es un problema que afecta a todo el núcleo familiar. Los roles y responsabilidades de la persona enferma se delegan a otros miembros de la familia. Cuando un integrante de la familia se enferma, genera ansiedad en el resto, la capacidad familiar para enfrentar el estrés por la enfermedad, dependerá de las habilidades de afrontamiento de los miembros. La familia que posee una buena comunicación es capaz de expresar sus sentimientos en relación con la enfermedad y cómo afecta al funcionamiento familiar.

El profesional juega un rol muy importante, debido a que atiende no solo al individuo sino a la unidad familiar. Por medio de esta interacción entre el profesional de enfermería – familia, se puede ofrecer apoyo e información, garantizando que todos los miembros de la familia comprendan la enfermedad, su tratamiento y el efecto que tiene en el núcleo familiar (Berman & Snyder, 2013). A su vez valora la disponibilidad familiar y capacidad para la atención en el hogar.

2.2.2.3.4. Ficha familiar

Según el Ministerio de Salud Pública (2018) en su Modelo de Atención Integral de Salud indica que la ficha familiar es un instrumento de archivo que no reemplaza a la historia clínica individual, sino que actúa como complemento. Este instrumento permite vigilar el estado de salud de la población, sus necesidades y el desarrollo de políticas de salud que garanticen la prestación de los servicios sanitarios. Sus objetivos fundamentales son medir las condiciones de vida y los determinantes sociales de salud.

En efecto, la ficha familiar es implementada en todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención, en coordinación con el líder de la comunidad y de la familia. Su apertura permite conocer la realidad social de las comunidades, la clasificación de los grupos de riesgos, establecer prioridades en la atención y desarrollar actividades de promoción y prevención, incrementando el acceso a los servicios de salud.

2.2.2.3.5 Apgar familiar

El Apgar familiar es un cuestionario que fue elaborado por Smilkestein en el año 1978 el cual consta de cinco preguntas que nos permiten valorar de forma sencilla el grado de satisfacción que poseen los encuestados en cuanto a la funcionalidad familiar. Este cuestionario sirve como pista de una posible disfunción familiar, lo que vendría afectando la funcionalidad de todos los miembros del hogar, en su bienestar y calidad de vida (Martín, Cano, & Gené, 2014).

2.2.2.4. Diabetes

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de alteraciones metabólicas que tiene como característica común una hiperglucemia, esta se puede clasificar según el proceso patógeno que desencadene la hiperglucemia, las alteraciones pueden ser las siguientes: la DM tipo 1 se produce por una deficiencia de la hormona insulina, la DM tipo 2 se caracteriza por una resistencia a la insulina, alteraciones en la secreción de insulina y la producción excesiva de glucosa hepática y la DM gestacional (Kasper, Fauci & Hauser, 2017).

Esta patología se caracteriza por la elevación de los niveles de glucosa en sangre y en orina, el tipo de diabetes que más predomina es la del tipo II, con un 80 a 90 % de la población diabética. Cada año la incidencia y prevalencia de esta enfermedad crónica no transmisible aumenta entre la población, por lo que se estima que esta enfermedad incrementa durante los próximos años, llegando a producir serios problemas de salud que afectarían la calidad de vida de la población a nivel mundial en todos los rangos de edades (Rivas, Zerquera, Hernández & Vicente, 2017).

Para el diagnóstico de esta enfermedad los valores deben ser > 126 mg/dl en ayunas o una glucemia casual > 200 mg/dl. La glucemia casual hace referencia cuando los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo se encuentran en concentraciones muy elevadas durante cualquier hora del día, sin necesidad de estar en ayuno, produciendo ciertos síntomas como son: poliuria, polidipsia, polifagia (Federación Internacional de Diabetes, 2017).

La Diabetes Mellitus se produce cuando el páncreas no regula normalmente la glucosa, por un déficit en la producción de la hormona insulina o problemas en el funcionamiento del mismo, es decir, el páncreas no produce la cantidad de insulina necesaria que requiere el organismo para la síntesis de la glucosa. La insulina permite la entrada de la glucosa en las células para utilizarla como combustible metabólico, al haber un déficit, el cuerpo no puede hacer uso de la glucosa, manteniéndose en concentraciones muy elevadas, por lo que el organismo debe ocupar otros combustibles metabólicos para su funcionamiento.

Del mismo modo, la diabetes genera a largo plazo complicaciones crónicas como son: la nefropatía diabética, causa más común de insuficiencia renal crónica terminal; retinopatía diabética, segunda causa de ceguera en el mundo; neuropatía diabética que puede provocar úlceras, artroartritis de Charcot y ser causa de amputaciones en miembros inferiores. A ello se añade un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), principal causa de morbilidad y mortalidad entre las personas diabéticas (Rivas, Zerquera, Hernández & Vicente, 2017).

Esta enfermedad metabólica se caracteriza por presentar el siguiente cuadro clínico: polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso, fatiga, irritabilidad, visión borrosa, heridas que cicatrizan lentamente y presencia de infecciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce 3 tipos de diabetes predominantes, las cuales son: diabetes tipo I, diabetes tipo II y diabetes gestacional.

2.2.2.4.1. Diabetes mellitus tipo 2

En la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) el páncreas sigue produciendo insulina, sin embargo, esa producción puede llegar a ser insuficiente para las necesidades corporales o usada escasamente por los tejidos. La presencia de la insulina endógena es lo que la diferencia de la DM1 (Hall, 2016). Los problemas que se relacionan con este tipo de diabetes son: la resistencia a la insulina (RI), una alteración en la secreción de insulina y la producción excesiva de glucosa endógena por el hígado.

Este tipo de diabetes es la más prevalente, representando alrededor del 90 – 95% de los pacientes con diabetes. La DM2 se ve con más frecuencia en los adultos mayores, aunque actualmente aparece frecuentemente en los niños, adolescentes y jóvenes adultos, debido a la obesidad, falta de actividad física y mala alimentación. Los síntomas son idénticos a los de la DM1, incluyendo: infecciones recurrentes, hormigueo o entumecimiento de manos y pies.

Las causas pueden estar vinculadas con el sobrepeso, obesidad, la edad avanzada y antecedentes familiares.

La DM2 posee algunos factores de riesgo que son modificables, como: la obesidad, la dieta inadecuada, la falta de actividad física, la alteración de la tolerancia a la glucosa (AGT) y el tabaquismo. Si el intento de cambiar el estilo de vida no es adecuado para controlar los niveles de glucemia, se inicia con la medicación oral para el tratamiento de la hiperglucemia, siendo la metformina la más utilizada a nivel mundial (Federación Internacional de Diabetes, 2017). Cuando los hipoglucémicos orales no controlan la hiperglucemia, se puede recurrir a las inyecciones de insulina.

Más allá de esto, la DM2 una de las principales causas de ceguera, enfermedad renal, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, neuropatías, y amputaciones no traumáticas, lo cual se traduce en una carga pesada en la vida cotidiana de los pacientes (Altamirano, y otros, 2017). Además, implica altos gastos económicos directos e indirectos, que oscilan entre \$1.000-10.000 por persona por año en diferentes localidades; y más de \$300.000 anualmente para los servicios de salud pública en territorios latinoamericanos.

2.2.2.4.2. Complicación más frecuente de la diabetes mellitus tipo 2

2.2.2.4.2.1. Neuropatía diabética

La neuropatía diabética es una complicación de la diabetes tipo II, que se caracteriza por presentar daño en las paredes de los capilares, que son pequeños vasos sanguíneos encargados de alimentar a los nervios, es especial a los nervios que se encuentran en miembros inferiores. Esta patología es considerada una de las causas principales en la aparición de úlceras y de las amputaciones en los pacientes que han sido diagnosticados con diabetes.

A nivel mundial, la prevalencia de la diabetes tipo 2 aumentado en los últimos 35 años. Según las OMS, aproximadamente 422 millones de adultos padecían de DM2 durante el año 2014, la mayoría de casos ocurrieron en los países en vía de desarrollo. En Latinoamérica existe una población de 24 millones de pacientes con DM2 y se estima que esta cifra aumente en un 60 % para el año 2035, lo que empeora el aumento de cifras de esta enfermedad, es que gran parte de esta población no es consciente de su enfermedad (Oliveros, Ávila, Ulloa, & Bernabe, 2018).

La falta de control médico, el descuido en el tratamiento farmacológico y en la alimentación e higiene ocasionan la aparición de complicaciones en diferentes órganos y sistemas, con respecto al sistema nervioso, la complicación más frecuente es la neuropatía diabética periférica (NDP). La Asociación Americana de Diabetes afirma que el 20 % de los pacientes con DM2 presentan alguna manifestación de neuropatía diabética, siendo más prevalentes en países en vía de desarrollo (Martínez, y otros, 2017).

La DM2 puede complicarse hasta un 50% de los casos con el desarrollo de algún tipo de neuropatía, la incidencia de esta complicación aumenta con el tiempo de evolución de la enfermedad. Esta patología se define como el conjunto de síntomas y signos de disfunción del sistema nervioso periférico y autónomo. Se puede dividir en polineuropatía diabética sensoriomotora y neuropatía diabética autonómica; estas afectan a dos tipos de fibras, las fibras gruesas, encargadas de transmitir sensibilidad vibratoria y reflejos, y las fibras finas, que transmiten el dolor, temperatura y sensibilidad autonómica (Arellano, Godínez, & Hernández, 2018).

Entre las causas más probables de esta patología tenemos: los factores metabólicos (niveles elevados de glucosa, tiempo de evolución de la diabetes, colesterol, niveles bajos de la hormona insulina), factores neurovasculares (daño en los vasos sanguíneos), rasgos hereditarios y estilo de vida. Todos estos factores mencionados son los que predisponen a que la neuropatía diabética se desarrolle con más frecuencia en la población.

El cuadro clínico va a depender mucho de la clase de neuropatía y de los nervios que se encuentre afectados, los síntomas que indican un daño en los nervios son: adormecimiento, hormigueo, dolor en piernas y manos, desgaste muscular, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, mareo, problemas de micción, disfunción eréctil en los hombres y sequedad vaginal en las mujeres, debilidad (Kasper, Fauci, & Hauser, 2017).

Del mismo modo, existen 4 tipos de neuropatía diabética, clasificándolas de la siguiente forma: periférica, autónoma, proximal y focal. La neuropatía periférica es una de las más comunes y se caracteriza por presentar daños a nivel de brazos y piernas, causando dolor y pérdida de la sensibilidad. La neuropatía autónoma se caracteriza por presentar daños en los nervios relacionados con en el sistema digestivo, la respuesta sexual, la transpiración, el corazón, en los pulmones y los ojos (Smeltzer, Bare, & Hinkle, 2013).

Por otra parte, la neuropatía proximal se caracteriza por presentar daños en los nervios de los muslos y caderas, ocasionando debilidad en las piernas. La neuropatía focal se caracteriza por la presencia de debilidad muscular y dolor, ocasionado por el debilitamiento de un nervio o de un grupo de nervios. En este caso, cualquiera de los nervios que se encuentran en el organismo humano puede verse afectado.

2.2.2.5. Anatomía del páncreas

El páncreas es un órgano que tiene forma de un racimo, se encuentra ubicado en la parte alta del abdomen en posición transversal, detrás del estómago, el duodeno y el bazo. Este órgano está conformado por las siguientes partes: cabeza, cuerpo y cola. Este órgano es de aspecto lobulado, color amarillo pálido, su peso oscila entre 85 a 100 gramos, de largo mide entre 12 a 15 cm y de alto de 4 a 8 cm. El páncreas se encuentra constituido en un 71 % por agua, un 13 % por proteínas y la composición grasa puede ser variable llegando a oscilar entre 3 y 20 %. Este importante órgano cumple dos funciones vitales, una endocrina y una exocrina (Raichholz, Giménez, Dumoulin, & Sañudo, 2016).

La alteración del páncreas produce ciertas patologías como: pancreatitis, quistes pancreáticos y cáncer de páncreas. La función endocrina consiste en la segregación de la insulina mediante las células llamadas islotes de Langerhans, esta hormona se encarga del transporte y control del azúcar en sangre, en cambio la función exocrina consiste en la segregación del jugo pancreático, éste se vierte al duodeno a través del conducto de Wirsung.

El jugo pancreático está compuesto por una serie de enzimas, las cuales se encargan de descomponer proteínas, hidratos de carbono y las grasas, dentro del jugo pancreático se puede encontrar dos componentes importantes como lo son: el agua y el bicarbonato (Saladin & Pineda, 2013). El bicarbonato es aquel que se encarga de neutralizar el medio ácido que existe en el duodeno debido a la secreción gástrica.

2.2.2.6. Insulina

La insulina es una de las hormonas que produce el páncreas en las células beta de los islotes de Langerhans, es de gran influencia en el metabolismo y transformación de la glucosa, la deficiencia de esta hormona en el organismo humano provoca una de las patologías que actualmente tiene un alto grado de incidencia en la población a nivel mundial, esta patología es conocida como diabetes mellitus, esta enfermedad se caracteriza por presentar un cuadro clínico de hiperglucemia y glucosuria (Tortora & Derrickson, 2018). La insulina se encarga de estimular la absorción y la utilización de la glucosa en glucógeno.

2.2.3. Fundamentación de enfermería

Desde la antigüedad las mujeres cumplen varios papeles en el hogar, incluyendo el cuidado de los miembros de la familia, es decir, que la enfermería se aplicaba desde el hogar. Esta no fue de gran reconocimiento hasta que Florence Nightingale desarrolló la primera teoría, conocida como la teoría del entorno, donde se especifica que el entorno influye en la recuperación y bienestar del mismo (Balderas, 2012). El cuidado que brinda el profesional de enfermería se basa en conocimientos científicos, que permiten brindar un cuidado individual, cubriendo las necesidades básicas del ser humano para lograr su recuperación.

2.2.3.1. Nola Pender – Modelo de promoción de la salud

La teoría de promoción de la salud de Nola Pender se enmarca en brindar una educación desde el primer nivel de atención, para orientar a los individuos sobre medidas de autocuidado para prevenir la aparición de enfermedades que comprometan el estado de salud del individuo o la comunidad, de esta forma la población tendría una buena calidad de vida, libre de enfermedades y complicaciones (Alligood, 2015).

En ese entonces, los autores ven reflejado la base que manifestó la teórica de enfermería en su teoría de promoción de la salud en el presente trabajo de investigación, debido a que este modelo se refleja en el individuo, en este caso los pacientes diabéticos, ya que estos pacientes necesitan un cuidado especial, con respecto a higiene, alimentación y educación en base a cuidados y cumplimiento de tratamiento farmacológico, donde es de vital importancia la participación de la familia, garantizando un estado de salud óptimo y una mejor calidad de vida para los pacientes diabéticos.

2.2.3.2. Dorothea Orem – Modelo del autocuidado

La teoría de Dorothea Orem se subdivide en tres teorías que son: teoría de autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. El autocuidado es considerado como aquella acción que ejerce la misma persona para cubrir sus necesidades básicas y fisiológicas, para mantener un estado de salud óptimo, bienestar y un buen desarrollo, pero hay ocasiones en que las personas presentan limitaciones que impiden el cuidado, por lo que necesitan el apoyo de alguien más (Alligood, 2018).

2.2.3.2.1. Teoría del autocuidado

Como se mencionó anteriormente, el autocuidado es aquella acción que ejerce el ser humano sobre sí mismo, hacia otra persona o al entorno, con el fin de cubrir todas las necesidades que lo mantienen saludables, disminuyendo de tal forma la aparición de factores que afecten el desarrollo del mismo (Balderas, 2015). Hay ciertos factores que influyen en el autocuidado como: el entorno, las creencias culturales, los valores y las relaciones sociales.

2.2.3.2.2. Teoría del déficit de autocuidado

Esta teoría hace énfasis a que, durante el ciclo de vida de una persona, pueden aparecer limitaciones que impidan el cuidado continuo, llegando a que este sea ineficaz o incompleto, esto hace que la persona pase a ser dependiente de cuidado. Cuando existe un déficit en el cuidado, el profesional de salud puede hacer uso del sistema de enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo, cada sistema establece el grado de participación del individuo en el autocuidado para regular o rechazar la ayuda de otra persona (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017).

2.2.3.2.3. Teoría de los sistemas de enfermería

Dentro del modelo de cuidado de Orem, se encuentran 3 tipos de sistemas de enfermería. El sistema total hace referencia a que la persona se encuentra totalmente incapacitada para cubrir sus necesidades por sí sola, por lo que requerirá de ayuda de otras personas como: familiares, amigos o los profesionales de enfermería. El sistema parcial hace referencia a que la persona puede cumplir ciertas acciones que le permitan satisfacer sus necesidades y necesitará la ayuda de alguien más. El sistema de apoyo educativo consiste en brindar educación para que el paciente lleve un correcto cuidado de sí mismo (Balderas, 2015).

Por lo tanto, esta teoría de enfermería se fundamenta correctamente con el presente trabajo de investigación debido a que los autores buscan cumplir la definición que planteó la teórica a su teoría del autocuidado: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo...” (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017) ya que el objetivo de los investigadores es lograr que este grupo de pacientes mejoren su calidad de vida y que lleguen a una muerte digna.

Además, se está cumpliendo un rol que el profesional de enfermería debe ejercer en su jornada cotidiana, el rol asistencial; puesto que es nuestra obligación cuidar la salud del individuo de forma integral, es por eso la necesidad de asistir tanto al paciente como a su cuidador información y educación de los cuidados que los pacientes diabéticos deben tener diariamente para obtener una mejor calidad de vida y así evitar complicaciones en su estado de salud.

2.2.3.3 Teoría de sistemas de cuidado de la salud de Betty Neuman

El modelo de sistemas de cuidado de la salud determina que la familia es vista como un subsistema de la sociedad, que es el sistema más importante, es así misma compuesta por subsistemas que son miembros de la familia. El enfoque del modelo es principalmente en las relaciones entre miembros individuales de la familia. El sistema familiar está expuesto a estresores que afectan su estabilidad y amenazan su estado de bienestar Este modelo fue implementado por varias enfermeras que trabajaban con familias (Alligood, 2018). Los conceptos más destacados de esta teoría son los siguientes:

- **Apreciación del ser humano.** - el ser humano es un sistema abierto y complejo que interactúa con factores internos y externos, los cuales afectan el nivel de estrés de cada ser humano.
- **Ambiente.** - los seres humanos se desenvuelven en un ambiente, este se considera como la suma de todos los factores que afectan el desarrollo del ser humano y la familia.
- **Salud.** - considerado como el grado de estabilidad de cada sistema. Cuando se cumple con las condiciones de bienestar de cada persona, se obtiene un bienestar óptimo del sistema, caso contrario, se lo considera inadecuado.

2.3. Definición conceptual de términos utilizados en el desarrollo de la investigación.

Se procede a presentar alfabéticamente los términos básicos utilizados en la investigación; basados en fundamentos teóricos y en las sugerencias realizadas por la tutora, de acuerdo a la operacionalización de las variables.

Participación: se entiende como la acción de participar en alguna actividad donde se relacionan con otras personas.

Participación familiar: son aquellas acciones de los miembros de la familia en beneficio del núcleo familiar, mediante el cuidado y la educación.

Diabetes: enfermedad metabólica que se caracteriza por presentar niveles elevados de glucosa en sangre.

Neuropatía diabética: es una complicación de la diabetes caracterizada por presentar daños en los nervios debido a la diabetes.

Familia: es aquella unidad que se conforma por la unión de dos personas con un proyecto de vida en común, y sus hijos, cuando los tienen.

Sobrecarga: saturación excesiva de una persona tras ocuparse de varias cosas que impide su funcionamiento normal.

Cuidado: acción de cuidar que ejerce una persona, poniendo interés y atención en lo que hace.

Tratamiento terapéutico: es aquel tratamiento dirigido a la curación o minimización de dolores y afecciones.

Relación interpersonal: aquella relación que se genera entre dos o más individuos, donde intervienen sus sentimiento y emociones.

Adaptación: aquella acción de adaptarse a cualquier situación que se genere en el entorno del individuo.

2.4. Hipótesis, variables y operacionalización

2.4.1. Hipótesis

A mayor conocimiento y participación de los familiares en cuanto al cuidado de los pacientes con neuropatía diabética mejor calidad de vida.

2.4.2. Asociación empírica de variables

Variable independiente. – Participación familiar

Variable dependiente. – Cuidado del paciente con neuropatía diabética

2.4.3. Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Participación familiar. - Compromiso y acto que realiza algún miembro de la familia para mantener, mejorar y cuidar la salud del paciente.

Variable	Dimensión	Indicadores	Técnicas	Escala
Participación Familiar	Nivel de Conocimiento	Conocimiento sobre la enfermedad	Cuestionario de Conocimiento De Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado • Intermedio • Inadecuado
		Tratamiento terapéutico		
		Prevención de complicaciones		
		Adaptación		
	Situación familiar	Participación	Apgar familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Disfunción leve • Disfunción moderada • Disfunción severa
		Gradiente de recursos		
		Afectividad		

Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin Tatiana y Rodríguez Bernabé Damian George

VARIABLE DEPENDIENTE:

Cuidado del paciente diabético con neuropatía diabética. – Conducta que debe recibir el paciente que presenta la enfermedad por parte de un individuo perteneciente a su familia o de otros fines.

Variable	Dimensión	Indicadores	Técnicas	Escala
Cuidado del paciente diabético con neuropatía diabética	Grado de sobrecarga	Impacto del Cuidado Relación Interpersonal	Test Sobre la Carga del Cuidador	<ul style="list-style-type: none">• Sobrecarga intensa• Sobrecarga leve• No hay sobrecarga

Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin Tatiana y Rodríguez Bernabé Damian George

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación estará basada en un estudio con enfoque cuantitativo, no experimental, tipo descriptivo y transversal, debido a que se indaga en los familiares del grupo de diabéticos con neuropatía del centro de Salud de Pechiche el cuidado, la participación familiar y las complicaciones que han sufrido en relación al rol del cuidador que asumen.

Enfoque cuantitativo: El presente trabajo mantiene el enfoque cuantitativo debido a que mediante los instrumentos de recolección de datos elegidos por los autores se corroborara la hipótesis planteada en el mismo, del modo que se analizara y sintetizara la información para lograr cumplir con los objetivos planteados llegando así a promocionar y prevenir la salud de la población en estudio.

Enfoque No Experimental: En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes. Por lo tanto, el presente estudio tiene un diseño no experimental por la naturaleza del mismo ya que los autores aplicaron la observación directa como técnica de recolección de datos observando así la situacional social e institucional de los objetos de estudio de tal modo que los resultados permitirán estudiar las relaciones entre las actitudes, los valores, las percepciones y los comportamientos de los individuos y de los grupos en dicha situación

Tipo transversal descriptivo: En ese entonces el presente trabajo de investigación es de tipo transversal descriptivo ya que fue diseñado para describir las distintas variables planteadas por los investigadores permitiéndose así conocer las características y distribución de los pacientes con neuropatía diabética y sus familiares.

3.2. Universo y muestra

El estudio desarrollado estuvo conformado por una población constituida por 40 familiares de pacientes con neuropatía diabética pertenecientes al Centro de Salud de Pechiche del período 2019 en la cual, la muestra fue el 100% de la población.

3.3. Técnicas e instrumento

La recolección y el análisis de datos se realizó mediante la utilización de los métodos: Sistémico, matemático-estadístico, deductivo - analítico y explicativo. Para ello, los investigadores han considerado el uso de las siguientes técnicas y herramientas:

Observación Directa: Según (Díaz, 2011) “es cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar”, es decir es aquella en donde el investigador observa personalmente los casos en los cuales se produce la problemática en estudio para así obtener datos reales u originales que sustentaran su trabajo de investigación.

Cuestionario: Se define como un aglomerado de preguntas en relación de una o más variables a estudiar. Debe ser conforme con el planteamiento del problema e hipótesis del trabajo de investigación en estudio. El contenido de las preguntas es múltiple, por lo tanto, se consideran dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas. Las preguntas cerradas pueden ser respondidas mediante categorías u opciones que han sido previamente delimitadas por el autor, en cambio las preguntas abiertas no delimitan las alternativas de respuesta por lo tanto se considera como respuesta las ideas del sujeto o población en estudio (Hernández, Méndez, Mendoza, & Cuevas, 2017).

Cuestionario sobre la Diabetes: El instrumento de medición de Diabetes Knowledge Questionnaire en la versión más corta (DKQ24) con 22 ítems, derivado de 60 ítems en la versión original desarrollado por Villagómez en asociación con investigadores del proyecto del Consejo Asesor Científico (SAB), el Instrumento mide los conocimientos de los pacientes diabéticos, sus contestaciones están integradas por respuestas de si, no o no sé.

Para medir el nivel de conocimiento se clasificó en adecuado (2 puntos), intermedio (1 punto) e inadecuado (0 puntos) y se clasifica a los familiares con conocimiento adecuado quienes obtienen de 20-26 puntos, intermedio de 14-19 puntos e inadecuado de 0-13 puntos. (Garcia, Villagomez , Brown, & Hanis, 2001)

Test de Sobrecarga del Cuidador: El cuestionario de Zarit es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. El test de sobrecarga del cuidador de Zarit fue traducida y validada a nivel internacional a través del estudio con adultos mayores dependientes, adultos con enfermedades crónicas degenerativas y/o enfermedades mentales.

El número de factores que se han encontrado oscila entre tres y cinco, aunque es importante señalar que no hay un acuerdo respecto a cómo se deben llamar esos factores, por ejemplo: impacto del cuidado vs sobrecarga, relación interpersonal vs dependencia, competencia vs autoeficacia. La versión original en inglés que tiene copyright desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre).

Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. El autor del cuestionario, hasta donde nosotros conocemos, no estableció ni propuso ningún punto de corte. Sin embargo, en España es habitual considerar que con una puntuación de 46 «no hay sobrecarga», con 47-55 hay «sobrecarga leve» y de 56 implica una «sobrecarga intensa». (Alvarez, Gonzalez, & Muñoz, 2008)

Apgar Familiar: Es un instrumento diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington). El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos, Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

En efecto, es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

- a. Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
- b. En Grupos familiares o pacientes crónicos
- c. Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- d. A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
- e. A los miembros de familias problemáticas
- f. Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- g. En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Para el registro de los datos el APGAR familiar se muestra un formato. El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellas que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3: Casi siempre •4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. (Suárez & Espinoza, 2014)

3.4. Procesamiento de la información

Los datos recolectados mediante los instrumentos aplicados a los familiares de los pacientes con neuropatía diabética fueron digitados en tablas en el programa de Microsoft Excel y posteriormente se realizó su análisis estadístico, donde se desarrollaron las tabulaciones y gráficos de los mismos. Se utilizaron números y porcentos para su análisis e interpretación.

CAPÍTULO IV

4.1. Análisis e interpretación de resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos mediante el procesamiento de los datos tras la aplicación de los instrumentos de investigación, en el que se han considerado los gráficos estadísticos relevantes y que permitieron el alcance de los objetivos establecidos.

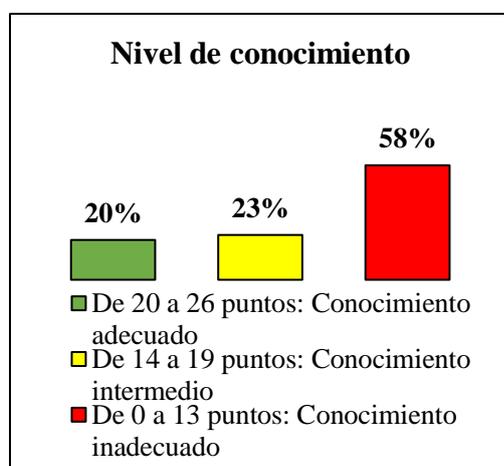


Gráfico 1: Nivel de conocimiento familiar.
Fuente: Cuestionario sobre la Diabetes de Villagómez
Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

Para cumplir con el objetivo específico 1 se realizó la evaluación del nivel de conocimiento que presentan los familiares cuidadores a través del Cuestionario sobre la Diabetes (Gráfico 1. Nivel de conocimiento familiar), en el cual se interpreta que del 100% de los familiares cuidadores el 58 % presenta un conocimiento inadecuado en relación a la patología que tiene su paciente diabético, el 23% corresponde a un conocimiento intermedio y el 20 % de los familiares presenta un conocimiento adecuado de cómo cuidar a su paciente diabético.

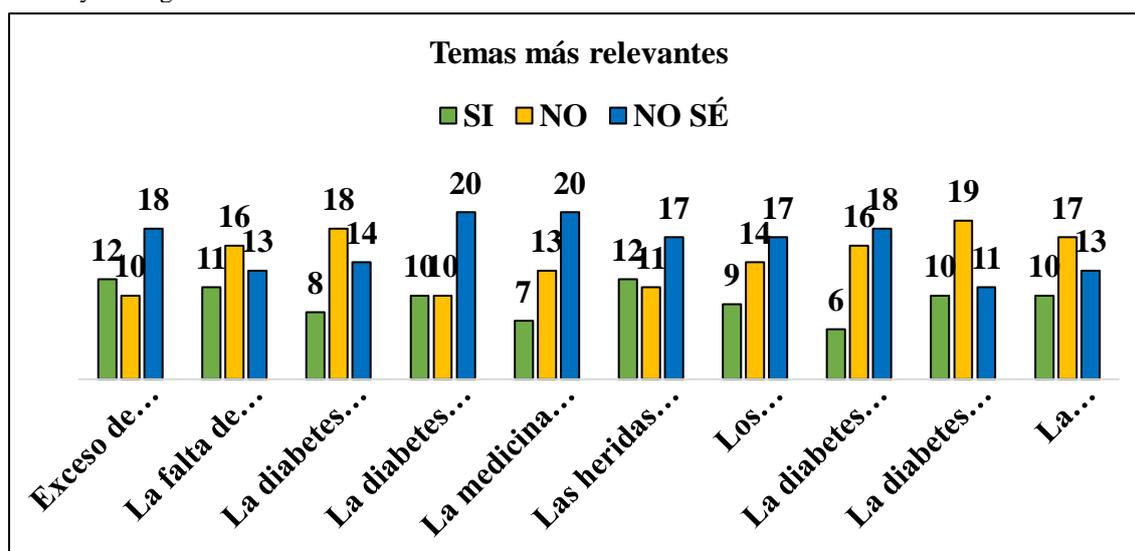


Gráfico 2: Selección de los ítems de diabetes más prevalentes en el Cuestionario de Diabetes
Fuente: Cuestionario sobre la Diabetes de Villagómez
Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

Para complementar el objetivo específico 1, se realizó la selección de los ítems de diabetes más prevalentes en el cuestionario antes mencionado, los datos de acuerdo al gráfico 2 demuestran que el 50% equivalente a 20 familiares desconocen si la diabetes tiene cura, el

50% representado por 20 participantes desconocen si la medicina es más importante que la dieta y el ejercicio, el 48% equivalente a 19 sujetos alegan que la diabetes no causa neuropatía, el 45% representado por 18 familiares desconocen si el exceso de comidas azucaradas es causa de diabetes, el 45% representado por 18 sujetos mencionan que la diabetes no es hereditaria, el 45% representado por 18 participantes no saben si la diabetes causa nefropatía, el 43% representado por 17 sujetos no saben cuánto dura la cicatrización de heridas, el 43% equivalente a 17 familiares desconocen la dieta de un diabético, el 43% representado por 17 familiares indica que la neuropatía no causa dolor ni entumecimiento en las piernas y finalmente el 40% equivalente a 16 personas fundamentan que la diabetes no se debe a la falta de insulina.

Para cumplir con el objetivo específico 2 se evaluará el nivel de sobrecarga que presenta el familiar cuidador en relación a los cuidados que le brinda a su paciente diabético, (Gráfico 3. Nivel de Sobrecarga de los familiares), por lo tanto, se interpreta que del 100% de los familiares el 50% de los familiares tienen una sobrecarga intensa tras el cuidado de su paciente diabético, seguido del 28% que presenta una sobrecarga leve y finalmente un 23% de los familiares no presentan sobrecarga alguna con respecto al cuidado que le brinda a su paciente. De tal forma, se llega a la conclusión que

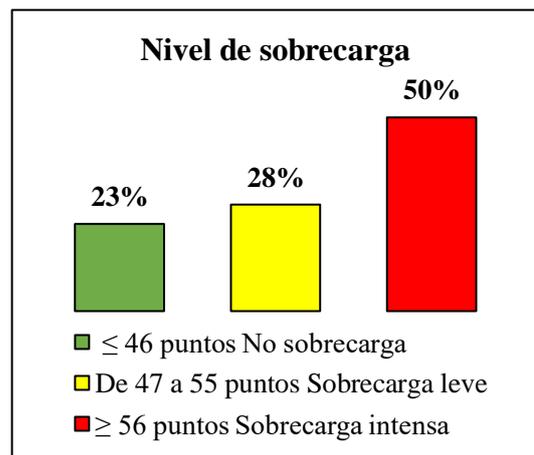


Gráfico 3: Nivel de sobrecarga del familiar cuidador.

Fuente: Test de Sobrecarga de Zarit
Elaborado por: Rodríguez Bernabé Damian y Cañarejo Manobanda Evelin

la mayor parte de la población en estudio presenta inconvenientes en brindarle los cuidados adecuados a su paciente diabético por lo cual presentan un nivel de sobrecarga alto.

Para lograr el cumplimiento del objetivo específico 3 se aplicó el Apgar Familiar obteniéndose como resultado que del 100% de los encuestados el 50 % represento una disfunción severa, el 20 % correspondió respectivamente a una disfunción moderada seguido el mismo porcentaje con funcionalidad normal y finalmente un 10 % correspondió a una disfunción leve en su entorno familiar. En ese entonces se concluye que la mayoría de los familiares de los pacientes diabéticos con neuropatía no brindan el cuidado y apoyo necesario, por lo que los pacientes no están satisfechos con la participación de su familia.

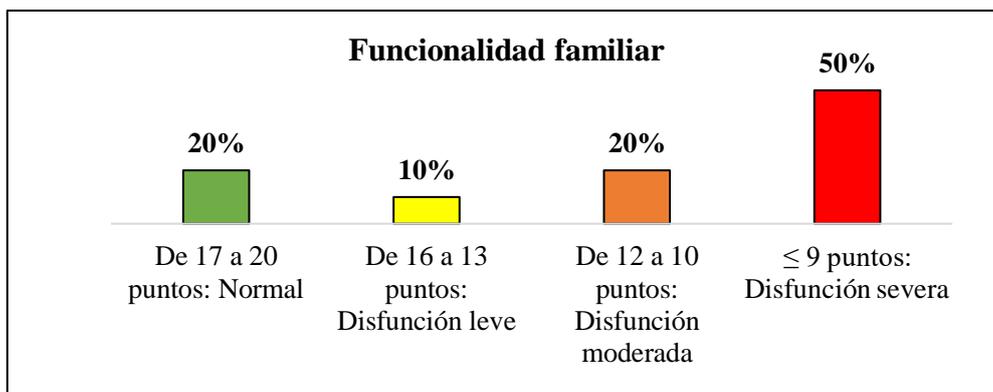


Gráfico 4: Situación familiar.

Fuente: Apgar Familiar del Dr. Gabriel Smilkstein

Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

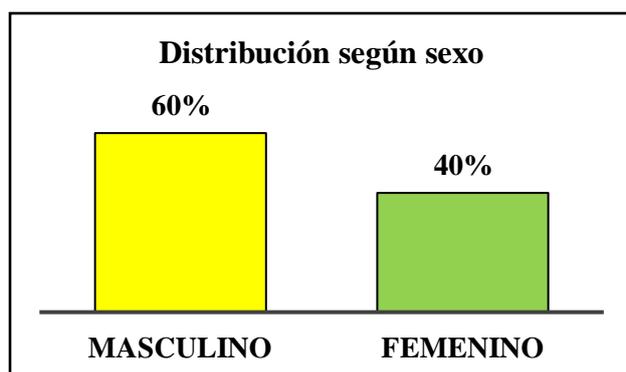


Gráfico 5: Distribución de los participantes según el sexo.

Fuente: Apgar Familiar del Dr. Gabriel, Cuestionario sobre la Diabetes de Villagómez y Test de Sobrecarga de Zarit

Concerniente a la distribución de los participantes por grupo etario según el gráfico 6, se interpreta que del 100% de la población en estudio el 30% tiene edades que oscilan entre 41 a 50 años, el 24% corresponde a edades entre 31 a 40 años, el 20% presentó edades desde los 51 en adelante, seguido del 14% correspondiente a edades entre 20 a 30 años y finalmente un 12% corresponde a los menores de 20 años. Por lo tanto, se concluye que la mayor parte de los participantes son adultos con edades entre 41 a 50 años de edad.

De acuerdo al gráfico 5 de distribución de participantes según el sexo, se interpreta que del 100% de los participantes el 60% corresponde al sexo masculino, mientras que el 40% equivalen al sexo femenino. En ese entonces se concluye que la mayor parte de la población estudiada está representada por participantes del sexo masculino.

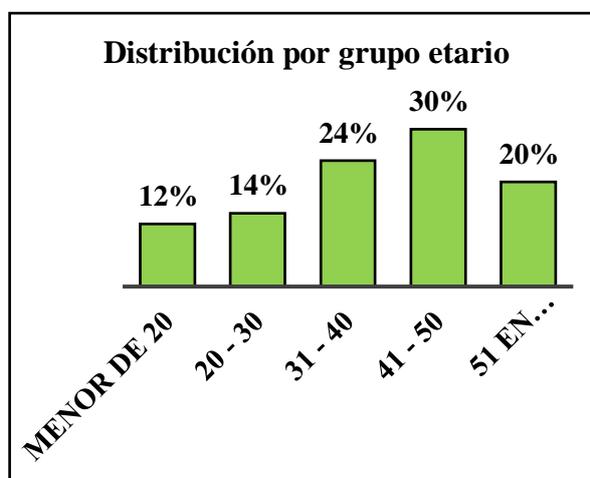


Gráfico 6: Distribución de los participantes según el grupo etario.

Fuente: Apgar Familiar del Dr. Gabriel, Cuestionario sobre la Diabetes de Villagómez y Test de Sobrecarga de Zarit

Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

4.2. CONCLUSIONES

La falta de participación familiar en el cuidado del paciente diabético con neuropatía diabética influye bastante en su calidad de vida por lo que es considerada como una problemática de acuerdo a los datos revelados mediante los antecedentes investigativos en que se basa este estudio. La presente investigación demuestra que el problema se encuentra existente en el 50% de la muestra del estudio de los familiares de los pacientes con neuropatía del Centro de Salud de la Comuna de Pechiche – Santa Elena, de acuerdo al Apgar Familiar.

Con el cuestionario sobre la diabetes aplicado a los familiares de los pacientes con neuropatía diabética, comprobó que la falta de conocimiento con respecto a la patología, su tratamiento, las complicaciones, alimentación y higiene que reciben este tipo de pacientes, propicia el desarrollo de complicaciones en sus familiares diabéticos siendo la más frecuente la neuropatía.

El nivel de sobrecarga al que se encuentran sometidos los familiares-cuidadores de acuerdo a los resultados obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos corresponde a que del 100 % de los encuestados, el 50 % sufre una sobrecarga intensa, la cual se genera por diversos motivos, tales como: exigencia excesiva de ayuda por parte de su familiar enfermo, falta de tiempo para sí mismo, no logra compatibilizar su rol de cuidador con otra responsabilidad (trabajo), deterioro de la salud, falta de ingresos económicos.

En relación con la funcionalidad familiar, según los resultados obtenidos a través del Apgar familiar se pudo determinar que el 50% de los encuestados no están satisfechos con el cuidado que reciben de los miembros del hogar, por lo tanto, existe una disfunción severa, lo que genera alteración de las funciones básicas de la familia.

Todo esto comprueba que la participación familiar en cuanto al cuidado del paciente diabético, se ve muy influenciada por el nivel de conocimiento que posean los familiares, así como la sobrecarga que genera en ellos el cuidar de su familiar, llegando a producir una disfunción en el núcleo familiar, lo que conlleva a que se produzcan ciertas complicaciones de la diabetes como lo es en este caso la neuropatía diabética, alterando la funcionalidad de todos los miembros de la familia, corroborando así la hipótesis planteada

4.3. RECOMENDACIONES

Una vez realizadas las conclusiones del estudio se establecen las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda fortalecer programas educativos que involucre tanto al paciente como a su familia, donde se desarrollen actividades que ayuden a favorecer el autocuidado para mejorar el nivel de conocimiento mediante capacitaciones. De esta forma el paciente como su núcleo familiar modificara de forma favorable la calidad y el estilo de vida que llevan en la vida cotidiana.
- Para disminuir el nivel de sobrecarga ocasionado en los familiares cuidadores, es necesario que todos los miembros de la familia trabajen en conjunto para lograr un equilibrio y mantener una relación óptima que permita mantener y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, y a su vez desarrollen sus actividades diarias sin estar bajo presión por otras obligaciones que le generen una gran demanda de tiempo. De esta forma se logra que las familias sean completamente funcionales.
- Finalmente, para mejorar la funcionalidad familiar se propone fortalecer los lazos y la integración de todo el núcleo familiar mediante la elaboración de estrategias e intervenciones en el ámbito familiar por parte del personal de salud, para evitar que se produzca cualquier tipo de alteración en las funciones básicas de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TEXTOS

- Alligood, M. (2015). *Modelos y teorías en enfermería* (8a ed.). Barcelona, España: Elsevier Mosby.
- Alligood, M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9a ed.). España: Elsevier.
- Alligood, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7a ed.). Barcelona, España: Elsevier Mosby.
- Balderas, M. (2012). *Administración de los servicios de enfermería* (6a ed.). México, México: McGraw Hill.
- Balderas, M. (2015). *Administración de los servicios de enfermería* (7a ed.). México: McGraw Hill Education.
- Berman A. & Snyder S. (2008). *Fundamento de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas* (8a ed.). Madrid, España: Pearson Education, S. A.
- Berman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamento de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas* (9a ed.). Madrid, España: Pearson Education S.A.
- Hall, J. (2016). *Guyton y Hall compendio de fisiología médica* (13a ed.). España: Elsevier.
- Hernández Sampieri, R., Méndez Valencia, S., Mendoza Torres, C. P., & Cuevas Romo, A. (2017). *Fundamentos de Investigación* (1a ed.). México: Mc Graw Hill.
- Kasper, D., Fauci A. & Hauser S. (2015). *Harrison Principios de Medicina Interna*. México DF, México: McGraw – Hill.
- Kasper, D., Fauci, A., & Hauser, S. (2017). *Harrison Manual de Medicina* (19a ed.). México DF, México: McGraw - Hill.
- Martín, A., Cano, J., & Gené, J. (2014). *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (7a ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Martínez, J., & Del Pino, R. (2014). *Manual práctico de enfermería comunitaria*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Martínez M. (2013). *Conceptos de Salud Pública y estrategias preventivas: Un manual para ciencias de la salud*. Barcelona, España: Elsevier
- Ministerio de Salud Pública (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*. (3a ed.). Quito, Ecuador
- Roca, M., & Caja, C. (2007). *Enfermería comunitaria*. Barcelona, España: Instituto Monsa de Ediciones.
- Saladin, K., & Pineda, E. (2013). *Anatomía fisiología: La unidad entre forma y función* (6ta ed.). México, México: McGraw Hill.

Smeltzer, S., Bare, B., & Hinkle, J. (2013). *Brunner y Suddarth Enfermería medicoquirúrgica* (12a ed., Vol. 2). España: Wolters Kluwer España.

Tortora G., & Derrickson B. (2013). *Principios de anatomía y fisiología* (13a ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Tortora, G., & Derrickson, B. (2018). *Principios de anatomía y fisiología* (15a ed.). Madrid, España: Medicina Panamericana.

EN LÍNEA

Aleman, L., Ramírez, A., Ortiz, J., & Lavandero, S. (2018). Diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica: fisiopatología, regulación génica y futuras opciones terapéuticas. *Revista Chilena de Cardiología*, 37(1), 42 - 54. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcardiol/v37n1/0718-8560-rchcardiol-37-01-00042.pdf>

Altamirano, L., Vásquez, M., Cordero, G., Álvarez Robert, Añez, R., Rojas, J., & Bermúdez, V. (2017). Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en individuos adultos de la ciudad de Cuenca - Ecuador. *Avances en Biomedicina*, 6(1), 10 - 21. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3313/331351068003/html/index.html>

Álvarez, L., González, A., & Muñoz, P. (2008). *El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo*. España.

Arellano, S., Godínez, E., & Hernández, M. (2018). Prevalencia de neuropatía diabética en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica regional del Estado de México. *ATENCIÓN FAMILIAR*, 25(1), 7 - 11. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/62907/55302

Asamblea Constituyente Del Ecuador. (2008). *CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR*. Quito: Editora Nacional.

Asamblea Constituyente del Ecuador. (2017). *PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR*. Quito: Editora Nacional.

Benítez, M. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 58 - 68. Recuperado el 29 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005

Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (2017). *Informe Nacional de Estadísticas de la Diabetes*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report-spanish.pdf>

Congreso Nacional Del Ecuador. (2004). *LEY DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS QUE PADECEN DIABETES*. Quito: Editora Nacional.

Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Organica de Salud*. Quito: Editora Nacional.

- Consejo de Administración Legislativa. (12 de mayo de 2016). *Código Orgánico de Salud*. Quito. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf
- Cordero M., & Montero J. (2017). *Neuropatía diabética valorada por The Michigan neuropathy screening instrument y sus factores de riesgo en pacientes con diabetes del centro de salud chimbacalle en el periodo agosto-septiembre del 2017* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Covarrubias, T., Delgado, I., Rojas, D., & Coria, M. (2017). Tamizaje en el diagnóstico y prevalencia de retinopatía diabética en atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 145(5), 564 - 571. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500002>
- Díaz, L. (2011). *La Observación*. Mexico: Departamento de publicaciones.
- Federación Internacional de Diabetes. (2017). *Atlas de Diabetes de la FID*. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>
- Flores, I., Cuevas, Z., López, R., & Vásquez, C. (2018). Detección de Neuropatía Diabética Periférica en Adultos Mayores de 60 Años en el Centro de Salud "México BID" de Colima, México. *ARCHIVOS DE MEDICINA*, 14(4:1). doi:10.3823/1399
- GAD Parroquial de Chanduy (2019). *Historia de la Parroquia Chanduy*. Obtenido de <http://chanduy.gob.ec/>
- García, A., Villagómez , E., Brown, S., & Hanis, C. (2001). *The Starr Country Diabetes Education Study: Development of Spanish-language Diabetes Knowledge questionnaire*. Mexico: Diabetes Care.
- Guevara J. (2015). *Estrategias participativas, en el cuidado ambulatorio de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el servicio de medicina interna del hospital José María Velasco Ibarra "Tena"* (tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.
- Salas, H. (2011). INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA (MONISMO METODOLÓGICO) Y CUALITATIVA (DUALISMO METODOLÓGICO): EL STATUS EPISTÉMICO DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EN LAS DISCIPLINAS SOCIALES. *Scielo*.
- INEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/santa_elena.pdf
- INEC. (2012). *Ecuador En Cifras*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2012.pdf

- Llaguno, R., Freire, M., Semanate, N., Domínguez, M., Domínguez, N., & Semanate, S. (2019). Complicaciones musculoesqueléticas de la diabetes melitus. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(1), e47. doi:<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2553484>
- Luengo, C., Pagliotti, G., & López, M. (2010). Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario. *Scielo*, 2.
- Martínez, C., Fernández, D., Brito, P., Reyes, M., Gaona, A., Mellado, R., . . . Darias, S. (2017). Valoración enfermera de la neuropatía periférica diaética en atención primaria en Canarias: Fase inicial del estudio "NEUDIACAN". *ENE Revista de enfermería*, 11(3). Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/717/neudiacan>
- Martínez, H. (2015). La familia: una visión interdisciplinaria. *Revista Médica Electrónica*, 37(5), 523 - 534. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500011
- Murillo, I. (2018). Diabetes mellitus. Algunas consideraciones necesarias. *MediSur*, 16(4), 614 - 617. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89 - 100. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Oliveira, P., Lopes, M., Lopes, J., & Jácome, C. (2017). Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. *Enfermería Global*, 16(1), 634 - 688. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.249911>
- Oliveros, L., Ávila, P., Ulloa, V., & Bernabe, A. (2018). Calidad de vida en pacientes con neuropatía diabética periférica: estudio transversal en Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 35(3), 160 - 167. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Otzen Tamara, & Manterola Carlos. (2017). *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio*. Chile: Int. J. Morphol.
- Pérez A., Berenguer M., Inclán A., Dacal Y., & Enrique D. (2018). Capacitación sobre diabetes mellitus a familiares de personas afectadas de un consejo popular. *MEDISAN*, 22(3), 287 - 294. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000300010
- Raichholz, G., Giménez, S., Dumoulin, S., & Sañudo, J. (2016). Anatomía segmentaria del páncreas y variantes del desarrollo. *Revista Argentina de Diagnóstico por Imágenes*, 5(13), 43 - 52. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de http://webcir.org/revistavirtual/articulos/2016/3_agosto/argentina/fed_arg/anatomia_segmentaria_del_pancreas.pdf

- Ramírez, P., Acevedo, O., & González, A. (2017). Neuropatía diabética: frecuencia, factores de riesgo y calidad de vida en pacientes de una clínica de primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 19(4), 105 - 111. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2017/amf174e.pdf>
- Rekalde Itzia, Vizcarra Maria, & Macazaga Ana. (2014). LA OBSERVACIÓN COMO ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN PARA CONSTRUIR CONTEXTOS DE APRENDIZAJE. *Redalyc*.
- Reyes, F., Pérez, M., Figueredo, E., Ramírez, M., & Jiménez, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*, 20(1), 98 - 121. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009
- Rivas, E., Zerquera, G., Hernández, C., & Vicente, B. (2017). Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención. *Revista Finlay*, 1(3), 229 - 250. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/508/174>
- Rodríguez, M., & Martínez, M. (2015). *La teoría familiar sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica*. Madrid, España: McGraw Hill. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de https://issuu.com/marketinmundi/docs/rodr_guez-gonz_lez-marti_o-la-te
- Rudval Souza da Silva, Á. P. (2017). Construcción y validación de diagnósticos de enfermería para personas. *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2914.pdf
- Saladin, K., & Pineda, E. (2013). *Anatomía fisiología: La unidad entre forma y función* (6ta ed.). México, México: McGraw Hill.
- Silva, M. (2016). *Tres teorías para estudiar a la familia*. Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de https://issuu.com/tessiesilva/docs/2._tres_teorias_familia
- Suárez, M., & Espinoza, M. (2014). APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista Medicina La Paz*, 53-57.
- Toro, I., & Parra, R. (2010). *Método y conocimiento: metodología de la investigación* (1a ed.). Medellín, Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=4Y-kHGjEjy0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ulloa L., & Bravo D. (2015). *Prevalencia de neuropatía diabética y factores de riesgo, en pacientes de los clubes de diabetes del distrito 01D01 de Cuenca-Ecuador, 2015* (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

APÉNDICES Y ANEXOS

ANEXO 1: AUTORIZACIÓN DISTRITAL

SALUD PÚBLICA

**Coordinación Zonal 5 – Salud
Dirección Distrital 24D01 Santa Elena – Salud**

Oficio Nro. MSP-CZS5-SE-24D01-2019-0110-O

Santa Elena, 03 de junio de 2019

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA TRABAJO DE TITULACIÓN - UPSE

Directora Carrera de Enfermería - Upse
Alicia Gabriela Cercado Mancero
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZS5-SE-24D01-VUUAU-2019-0140-E en el que la LIC. ALICIA CERCADO MANCERO, MSc. DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA DE LA UPSE solicita autorización para que estudiantes realicen su trabajo de titulación en esta Institución, este despacho después de haber realizado un análisis de la solicitud procede a otorgar la apertura para realizar el trabajo en territorio, para lo cual deben presentarse los estudiantes a los Directores de las Unidades Operativas y socializar el tipo de trabajo que se realizarán y de esta manera cumplir en los tiempos establecidos.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Jorge Luis Macías Guerrero
DIRECTOR DISTRITAL 24D01 SANTA ELENA - MANGLARALTO - SALUD

Referencias:
- MSP-CZS5-SE-24D01-VUUAU-2019-0140-E

Anexos:
- msp-czs5-se-24d01-vuau-2019-0140-c_0108.pdf

Copia:
Señora Médico
Gloria Magaly De la A Perero
Especialista Distrital de Provisión de Servicios de Salud
Señora Licenciada



ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS PACIENTES CON NEUROPATÍA DIABÉTICA Y SUS FAMILIARES DEL CENTRO DE SALUD PECHICHE DE LA COMUNA PECHICHE, PARROQUIA CHANDUY, PROVINCIA DE SANTA ELENA 2019

El presente consentimiento informado tiene como propósito proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación acerca de la diabetes y la importancia de la participación familiar en el cuidado del paciente. La presente investigación es conducida por Evelin Tatiana Cañarejo Manobanda y Damian George Rodríguez Bernabé, internos de enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá que responda unas preguntas en unas encuestas. Esto tomara aproximadamente 5 a 8 minutos de su tiempo.

De acuerdo a mi aceptación, he comprendido la naturaleza y propósito de la investigación, además he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas y reconozco que todos los datos proporcionados son ciertos y que no he omitido ninguno que pueda influir en la investigación. También conozco que la información derivada será confidencial y usada solamente para fines académicos.

ENCUESTADO

EVELIN CAÑAREJO
INVESTIGADORA

DAMIAN RODRÍGUEZ
INVESTIGADOR

ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Se pide de manera cordial que responda con total sinceridad las siguientes preguntas, tiene la opción de subrayar, encerrar o señalar la opción que usted considere correcta. Cualquier duda o confusión, los investigadores le brindaran el apoyo o educación correspondiente.

APGAR FAMILIAR

Sexo: Masculino

Edad: _____

Femenino

	0	1	2	3	4
Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					
¿Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mi familia?					
De 17 a 20 puntos	Normal				
De 16 a 13 puntos	Disfunción leve				
De 12 a 10 puntos	Disfunción moderada				
≤ 9 puntos	Disfunción severa				

Se pide de manera cordial que responda con total sinceridad las siguientes preguntas, tiene la opción de subrayar, encerrar o señalar la opción que usted considere correcta. Cualquier duda o confusión, los investigadores le brindaran el apoyo o educación correspondiente.

TEST DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT:

	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
15. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
16. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
17. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
18. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
19. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
20. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
21. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Se pide de manera cordial que responda con total sinceridad las siguientes preguntas, tiene la opción de subrayar, encerrar o señalar la opción que usted considere correcta. Cualquier duda o confusión, los investigadores le brindaran el apoyo o educación correspondiente.

CUESTIONARIO SOBRE LA DIABETES DE VILLAGÓMEZ

Sexo: Masculino **Edad:** _____
 Femenino

	2	1	0
DIABETES KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE	Si	No	No Sé
1. El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes			
2. La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo			
3. La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina			
4. Los riñones producen la insulina			
5. En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube			
6. Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos			
7. Se puede curar la diabetes			
8. El nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto			
9. La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina			
10. El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes			
11. Hay 2 tipos principales de diabetes: tipo 1 (dependiente de insulina) y tipo 2 (no dependiente de insulina)			
12. Una reacción de insulina es causada por mucha comida			
13. La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes			

14. La diabetes frecuentemente causa mala circulación			
15. Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos			
16. Los diabéticos deben poner especial cuidado al cortarse las uñas de los pies			
17. Una persona con diabetes deberá limpiar una herida con yodo y alcohol			
18. La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como			
19. La diabetes puede dañar mis riñones (nefropatía)			
20. La diabetes puede causar que no sienta mis manos, dedos y pies (neuropatía)			
21. La neuropatía causa dolor y entumecimiento de las piernas			
22. El temblar y sudar son señales de azúcar alta en sangre			
23. El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en sangre			
24. Los calcetines y las medias elásticas apretadas son malos para los diabéticos			
25. Una dieta para diabéticos consiste principalmente de comidas especiales			

De 20 a 26 puntos	Conocimiento adecuado	
De 14 a 19 puntos	Conocimiento intermedio	
De 0 a 13 puntos	Conocimiento inadecuado	

ANEXO 4: TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

CUESTIONARIO SOBRE LA DIABETES DE VILLAGÓMEZ			
PUNTUACIÓN	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 20 a 26 puntos:	Conocimiento adecuado	8	20%
De 14 a 19 puntos:	Conocimiento intermedio	9	23%
De 0 a 13 puntos:	Conocimiento inadecuado	23	58%
Población total		40	100%

Tabla 1: Nivel de conocimiento familiar

Fuente: Cuestionario Sobre la Diabetes de Villagómez

Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

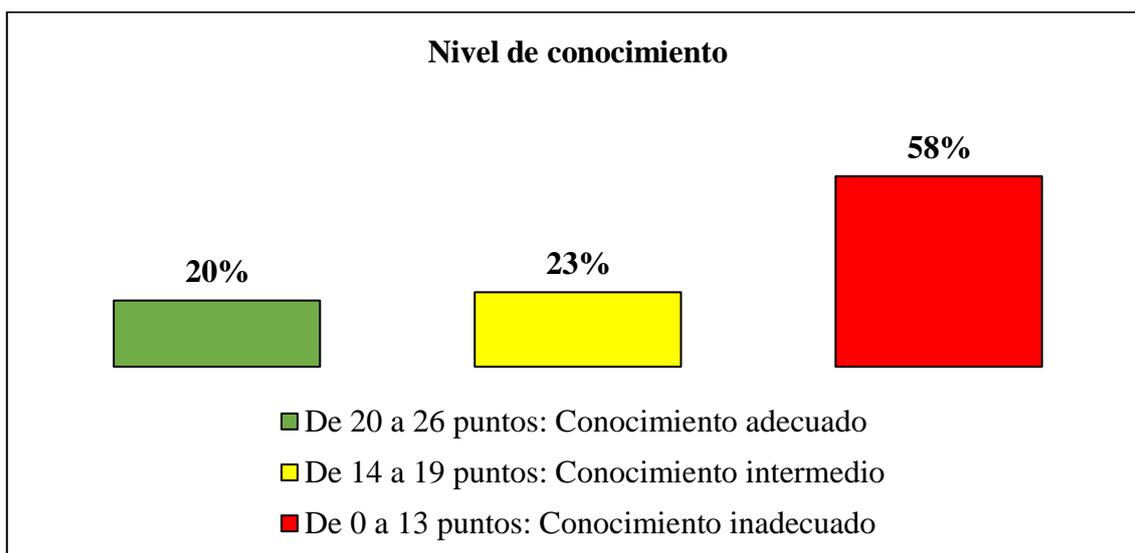


Gráfico 1: Nivel de conocimiento familiar

Fuente: Cuestionario Sobre la Diabetes de Villagómez

Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

Análisis e interpretación:

Para cumplir con el objetivo específico °1 se realizó la evaluación del nivel de conocimiento que presentan los familiares cuidadores a través del Cuestionario sobre la Diabetes (Gráfico °3. Nivel de conocimiento familiar), en el cual se interpreta que del 100% de los familiares cuidadores el 58 % presenta un conocimiento inadecuado en relación a la patología que tiene su paciente diabético, el 23% corresponde a un conocimiento intermedio y el 20 % de los familiares presenta un conocimiento adecuado de cómo cuidar a su paciente diabético.

TEST DE SOBRECARGA DE ZARIT			
PUNTUACIÓN	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 46 puntos	No sobrecarga	9	23%
De 47 a 55 puntos	Sobrecarga leve	11	28%
≥ 56 puntos	Sobrecarga intensa	20	50%
Población total		40	100%

Tabla 2: Nivel de sobrecarga del familiar cuidador

Fuente: Test de sobrecarga de Zarit

Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

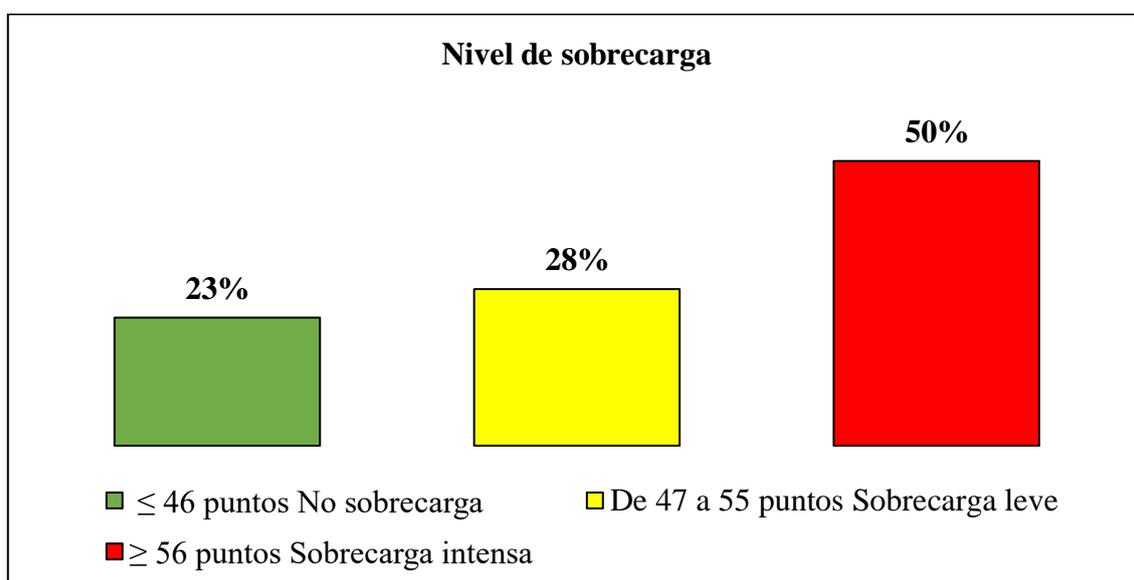


Gráfico 2: Nivel de sobrecarga de los familiares

Fuente: Test de sobrecarga de Zarit

Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

Análisis e interpretación:

Para cumplir con el objetivo específico °2 se evaluará el nivel de sobrecarga que presenta el familiar cuidador en relación a los cuidados que le brinda a su paciente diabético, (Gráfico °5. Nivel de Sobrecarga de los familiares), por lo tanto, se interpreta que del 100% de los familiares el 50% de los familiares tienen una sobrecarga intensa tras el cuidado de su paciente diabético, seguido del 28% que presenta una sobrecarga leve y finalmente un 23% de los familiares no presentan sobrecarga alguna con respecto al cuidado que le brinda a su paciente. De tal forma, se llega a la conclusión que la mayor parte de la población en estudio presenta inconvenientes en brindarle los cuidados adecuados a su paciente diabético por lo cual presentan un nivel de sobrecarga alto.

APGAR FAMILIAR			
PUNTUACIÓN	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 17 a 20 puntos	Normal	2	20%
De 16 a 13 puntos	Disfunción leve	1	10%
De 12 a 10 puntos	Disfunción moderada	2	20%
≤ 9 puntos	Disfunción severa	5	50%
	Población total	10	100%

Tabla 3: Situación familiar de los pacientes diabéticos con neuropatía diabética
Fuente: Apgar Familiar del Dr. Gabriel Smilkstein
Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

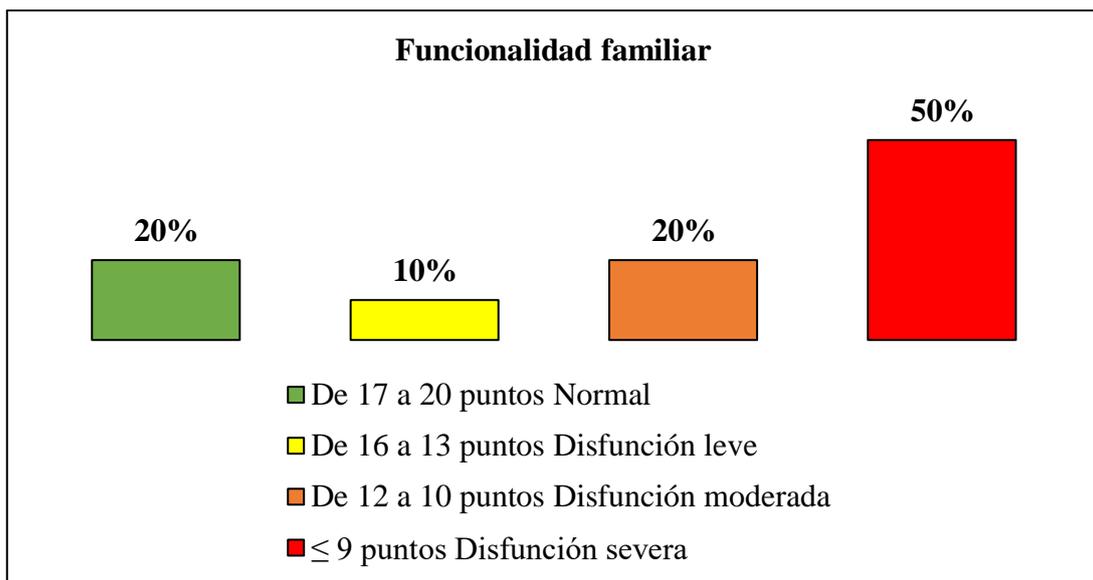


Gráfico 3: Situación familiar de los pacientes diabéticos con neuropatía diabética

Fuente: Apgar Familiar del Dr. Gabriel Smilkstein
Elaborado por: Cañarejo Manobanda Evelin y Rodríguez Bernabé Damian

Análisis e interpretación:

Para lograr el cumplimiento del objetivo específico 3 se aplicó el Apgar Familiar obteniéndose como resultado que del 100% de los encuestados el 50 % represento una disfunción severa, el 20 % correspondió respectivamente a una disfunción moderada seguido el mismo porcentaje con funcionalidad normal y finalmente un 10 % correspondió a una disfunción leve en su entorno familiar. En ese entonces se concluye que la mayoría de los familiares de los pacientes diabéticos con neuropatía no brindan el cuidado y apoyo necesario, por lo que los pacientes no están satisfechos con la participación de su familia.

ANEXO 5: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Selección y delimitación de la muestra de estudio a cargo de los estudiantes de enfermería Evelin Cañarejo y Damian Rodríguez.



Visitas domiciliarias efectuadas por los estudiantes de enfermería Evelin Cañarejo y Damian Rodríguez, para realizar una pre-valoración de la situación familiar en la muestra de estudio.



Firma del consentimiento informado por parte de los pacientes con neuropatía diabética y los familiares participantes del estudio



Aplicación de los 3 instrumentos de valoración: apgar familiar, test de sobrecarga de Zarit y el cuestionario de diabetes para conocer la situación familiar y valorar el nivel de sobrecarga y el nivel de conocimiento de los participantes del estudio.

GLOSARIO

Las definiciones de los siguientes términos han sido tomadas de la Real Academia de la Lengua Española (2019), a su vez, otros han sido definidos de acuerdo al uso de los mismo en los textos bibliográficos que fueron citados previamente.

Abandono: acción y efecto de abandonar o abandonarse. Delito que consiste en incumplir los deberes de asistencia que legalmente se imponen a toda persona respecto de sus familiares próximos.

Autocuidado: es considerado como aquella acción que ejerce la misma persona para cubrir sus necesidades básicas y fisiológicas, para mantener un estado de salud óptimo, bienestar y un buen desarrollo (Alligood, 2018).

Diálisis: que elimina de la sangre el exceso de sustancias nocivas.

Disfunción: desarreglo en el funcionamiento o en la función que le corresponde.

Epidemia: enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas.

Genograma: es la representación gráfica de todos los miembros que conforman la familia, donde se registra información de los mismos y sus relaciones, mediante este se puede valorar como un problema clínico se relaciona con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo (Martín, Cano & Gené, 2014).

Glucosuria: presencia de glucosa en la orina, síntoma de un estado patológico del organismo.

Hiperglicemia: exceso de niveles de azúcar en el torrente sanguíneo (Reyes, Pérez, Figueredo, Ramírez, & Jiménez, 2016),

Hiperlipidemia: afección caracterizada por niveles elevados de grasa en la sangre.

Inadmisibile: dicho de una demanda, de un recurso o de una petición: Que no reúnen las condiciones formales, como el plazo o la competencia del órgano al que se dirigen, para ser examinados en cuanto al fondo.

Infravalorar: atribuir a alguien o algo valor inferior al que tiene.

Nefropatía: afección renal.

Neuropatía: enfermedad del sistema nervioso.

Polidipsia: necesidad de beber con frecuencia y abundantemente, que se presenta en algunos estados patológicos, como la diabetes.

Polifagia: excesivo deseo de comer que se presenta en algunos estados patológicos.

Poliuria: producción y excreción de gran cantidad de orina.

Prevalencia: acción y efecto de prevalecer. En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

La Libertad, 04 de Octubre del 2019.

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR (IHP)-2019

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON NEUROPATÍA DIABÉTICA. CENTRO DE SALUD PECHICHE 2019 elaborado por la Srta. CAÑAREJO MANOBANDA EVELIN TATIANA y Sr. RODRÍGUEZ BERNABÉ DAMIAN GEORGE, estudiantes de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciados en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto de investigación ejecutado, se encuentra con 0 % de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



Herrera Pineda Isoled.

C.I.: 0962064192

DOCENTE TUTOR

Reporte Urkund.



Urkund Analysis Result

Analysed Document: URKUN NEUROÀTIA DIABETICA.docx (D56454494)
Submitted: 10/4/2019 12:11:00 AM
Submitted By: iherrera@upse.edu.ec
Significance: 0 %

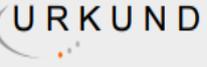
Sources included in the report:

autocuidado en el adulto mayor con pie diabético.docx (D48373327)

Instances where selected sources appear:

2

Fuentes de similitud



URKUN NEUROÀTIA DIABETICA.docx (D56454494)

La familia constituye uno de los grupos humanos que conforman la sociedad, la familia se integra y desarrolla en base a la situación económica, política y social que le rodea. Es la primera forma de organización social y su existencia es comprobada desde las civilizaciones de la antigüedad. La familia se define como el núcleo fundamental de la sociedad, ya que sin su existencia la vida sería inadmisibile CITATION Mar151 \l 3082 (Martínez H. , 2015). Es por ello que se le debe prestar una atención especial pues son múltiples las funciones y las formas que en los tiempos actuales han adoptado esos núcleos. De igual manera, la familia como unidad de atención, sigue siendo poco estudiada, sin tomar en cuenta que casi el 80% de los cuidados para mantener la salud se producen en el contexto informal de la familia. Aun conociendo el papel importante que juega la familia en el cuidado del enfermo, se desconoce o se infravalora la gran importancia que tienen para realizar un manejo eficiente de las enfermedades crónicas o problemas psicosociales CITATION Mar14 \l 3082 (Martín, Cano, & Gené, 2014). El buen o mal funcionamiento de la familia influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades. En efecto, Pérez (2018) refiere que la participación familiar son las acciones que hacen los miembros de la familia. en beneficio del enfermo v de los