



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**"VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONAS
ADULTAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS. ASENTAMIENTO
HUMANO MORRO SOLAR BAJO - JAÉN - 2014"**

"UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADOR"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA : Br. Enf. Pérez Sanchez, Nazly Nijath.

ASESORA : Mg. Enf. León Montoya, Gladys Bernardita

CO-ASESORA Lic. Enf. Meléndez, Guadalupe Maribel

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

27 ABR 2015

2015





**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONAS
ADULTAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS. ASENTAMIENTO
HUMANO MORRO SOLAR BAJO-JAÉN-2014**

“UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADOR”

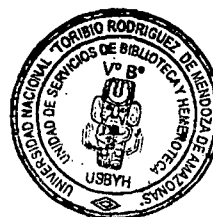
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA : Br. Enf. Pérez Sanchez, Nazly Nijath.

ASESORA : Mg. Enf. León Montoya, Gladys Bernardita

CO-ASESORA : Lic. Enf. Melendez Guadalupe, Maribel

27 ABR 2015.



CHACHAPOYAS - AMAZONAS – PERÚ

2015

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que mi corazón puede emanar, le dedico mi trabajo a Dios, a él quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres Carlota Violeta Sanchez Quiroz y Fidel Pérez Cabrera por su apoyo incondicional, sus consejos, su comprensión, su amor y ayuda en los momentos difíciles de mi vida y por ayudarme siempre con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter mi perseverancia a pesar de las adversidades y mi coraje para conseguir mis objetivos y metas planteadas.

A mis hermanos por estar siempre presentes, por brindarme su apoyo y comprensión incondicional en los momentos más difíciles de mi vida y acompañándome siempre para poderme realizar.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis asesoras Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya y la Lic. Enf. Maribel Meléndez Guadalupe por guiarme siempre y mostrarme el camino del bien y por el apoyo que siempre me brindó para la culminación de mi tesis.

Gracias a los maestros de la Facultad de Enfermería por el empeño y dedicación que tuvieron todos estos años e impartirnos sus conocimientos, y ser una guía innovadora y motivarme a ser una persona de calidad en mi vida profesional.

Gracias a las personas del Asentamiento Humano Morro Solar Bajo-Jaén, que me abrieron las puertas de sus hogares para poder ejecutar mi trabajo de tesis.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph D. JORGE LUIS MAICELO QUINTANA

Rector

DR. OSCAR ANDRÉS GAMARRA TORRES

Vicerrector Académico (e)

Ing. PATRICIA ESCOBEDO OCAMPO

Dirección General de Administración (e)

Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI

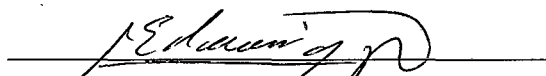
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

MsC. MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ QUEZADA

Directora de la Escuela Profesional de Enfermería

JURADO CALIFICADOR DE TESIS

(RESOLUCIÓN DECANATURAL N° 058-2014-UNTRM-VRAC/F.E.)



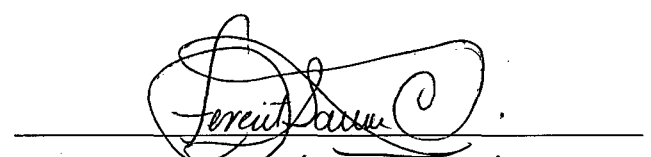
Dr. EDWIN GONZALES PACO

Presidente



Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI

Secretario



Lic. Enf. TERESITA ÁLIDA DAMIÁN CUBAS

Vocal



Mg. OSCAR PIZARRO SALAZAR

Accesitario

VISTO BUENO

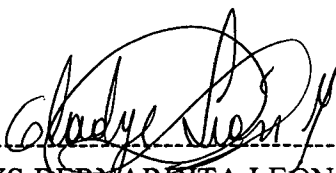
Yo Mg. Enf. GLADYS BERNARDITA LEÓN MONTOYA, identificada con DNI N° 18104261, con domicilio legal en el Jirón Junín N° 720, docente Principal de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Doy visto bueno al informe de investigación titulado "VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS. ASENTAMIENTO HUMANO MORRO SOLAR BAJO. JAÉN-2014 realizado por la tesista Nazly Nijath Pérez Sanchez.

Por lo tanto.

Para mayor validez y constancia firmo el presente.

Chachapoyas 29 de Diciembre del 2014



Mg. Enf. GLADYS BERNARDITA LEÓN MONTOYA
DNI N° 18104261

VISTO BUENO

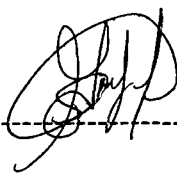
Yo Lic. Enf. MARIBEL MELÉNDEZ GUADALUPE, identificada con DNI N° 70128219, con domicilio legal en el Jirón Grau Cuadra N° 11, docente contratada de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Doy visto bueno al informe de investigación titulado “VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS. ASENTAMIENTO HUMANO MORRO SOLAR BAJO. JAÉN-2014 realizado por la tesista Nazly Nijath Pérez Sanchez.

Por lo tanto.

Para mayor validez y constancia firmo el presente.

Chachapoyas 29 de Diciembre del 2014



Lic. Enf. MARIBEL MELÉNDEZ GUADALUPE
DNI N° 70128219

RESÚMEN

El presente trabajo, es un estudio de enfoque cualitativo, conducido según el abordaje fenomenológico; tiene como informantes a los familiares cuidadores principales de personas adultos mayores con diabetes mellitus, del Asentamiento Humano “Morro Solar Bajo” de Jaén. El objetivo de la investigación fue: comprender el fenómeno de las vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus, Asentamiento Humano Morro Solar Bajo. Jaén-2014, la técnica a utilizar fue la entrevista a profundidad, su método fue la observación, su instrumento fue la guía de entrevista a profundidad, el muestreo utilizado fue saturación por categorías donde estuvo representada por 12 personas entre mujeres y varones que tuvieron a su cuidado a un familiar adulto mayor diabético, que previamente habían aceptado participar en la investigación, al llegar a la octava entrevista empezaban a repetirse el contenido de los discursos por lo tanto se evidenció que ya no aportaban a la investigación que se sumerge en comprender el fenómeno estudiado. Utilizando una presuposición fenomenológica de la entrevista con la siguiente pregunta orientadora ¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético? A partir de la descripción, reducción y comprensión fenomenológica, se obtuvo la aproximación del fenómeno estudiado bajo la premisa: “una mirada desde la perspectiva del cuidador”; se encontraron convergencias como: tristeza, preocupación, desesperación, enojo, agotamiento y cansancio, mucha responsabilidad, también se encontró divergencias como tristeza vs alegría; idiosincrasias donde ponen su fé en Dios, por lo que el cuidador experimenta un sinfin de cambios en su propia vida, enfrentándose muchas veces solos al cuidado de su familiar diabético y a las complicaciones que se desencadenan en el transcurso de la enfermedad, desencadenando apara él múltiples factores que pueden dañar su salud.

Palabras Claves: *Vivencias del cuidador principal, adulto mayor diabético.*

ABSTRACT

In this current research, which is quantitative in nature, a phenomenological procedure was carried out. Its informants are relatives who mainly take care of elderly people presenting diabetes mellitus, coming from El Asentamiento Humano “Morro Solar Bajo”, Jaén - 2014. It concerns the phenomenon of experiencing the care of elderly people who suffer from diabetes mellitus. Deep-like interview and observation was used for both technique and method respectively, as well as categorical saturation sampling, represented by 12 people among men and women experiencing the phenomenon at the time, the ones who previously accepted to participate. By reaching the eighth interview the content of information became repetitive; therefore, it was observed that they would contribute with the research no more. Thus, a phenomenological assumption was used, considering the question ¿How do you feel when taking care of your elderly relative suffering from diabetes? From the description, reduction and phenomenological comprehension, an approach to the phenomenon was obtained under the premise: a glance from the watcher perspective. Various convergences were found, such as sadness, worry, desperation, anger, exhaustion and tiredness, lots of responsibility, as well as various divergences, such as sadness vs. happiness, and idiosyncrasies influenced by their faith in the Christian God, and thus experiencing a great many changes in their own lives, and what is more, most of time they have to face their relatives' disease all by themselves, as well as the many complications appearing in the course of it, setting off as a result many factors against their health.

Keywords: *direct-relative carer, experiences, elderly people*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	iii
JURADO	iv
VISTO BUENO	v
RESÚMEN	vii
ABSTRAC	viii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
CAPÍTULO III: INTERROGANTE Y OBJETIVO	24
CAPÍTULO IV: TRAYECTORIA METODOLÓGICA	26
A.- Enfoque fenomenológico	27
B.- Momentos de la trayectoria	27
❖ La descripción	28
❖ La reducción fenomenológica	28
❖ La comprensión	28
C.- El rigor y la ética de la investigación	29
D.- La pregunta orientadora	32
CAPÍTULO V: CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	33
A. Constitución de la investigación	34
A.1. Técnica	34
B. Momento del análisis	37
B.1. Análisis ideográfico	37
B.2. Análisis nomotético	63
B.3. Cuadro nomotético	76
C. Aproximación del fenómeno develado	78
CAPÍTULO VI: REFLEXIONANDO	79
CAPÍTULO VII: CONSIDERACIONES FINALES	88
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES	90
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	98

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El cuidador principal, es aquella persona familiar o no que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario del paciente; también es en quien se delega el cuidado del enfermo y soporta la mayor parte de sobrecarga física y emocional de los cuidados del paciente. La importancia del cuidador aumenta conforme aumenta la incapacidad del enfermo y ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos dentro del domicilio y toma decisiones respecto a su atención. Aguanta cada día retos y sufre pérdida de control personal, presentando alteraciones en su salud física y emocional, es frecuente que las demandas de reconocimiento del cuidador sean desatendidas, esta situación implica cambios en la vida familiar del enfermo y en el cuidador primario, que puede ver afectada su salud física y psicológica, su vida familiar y social, por lo que el cuidador sufrirá tarde o temprano el llamado “síndrome del cuidador”, lo que indica sufrimiento emocional y pérdida de salud, por toda ésta carga de trabajo la calidad de vida de los cuidadores se ve afectada, (Isla P; et, al. 2000).

Por lo tanto, es evidente que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos acepten la enfermedad y se adapten a ella, tanto las personas enfermas como sus familiares le dan gran importancia al apoyo familiar, lo refieren como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia, atender sus demandas, y refieren algunos de los beneficios que brinda el apoyo familiar como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda. Particularmente los familiares reconocen la importancia de mantener el equilibrio emocional en sus familiares y reconocen que el que un enfermo cuente con una red social como la familia, les favorece el apego a la terapéutica y por consiguiente favorece el control de su enfermedad, (Tejada L; et, al. 2006).

Por lo cual es importante que los familiares reconozcan ante todo que es importante mantener una comunicación constante, que les permita a sus enfermos exponer sus necesidades que no son solo físicas propias de la enfermedad, sino que también emocionales, pues el simple hecho de expresarle alguna frase de aliento los llega a reconfortar, a darles confianza y a motivar. Tratan de hacerles sentir que les preocupa su situación, ya que esto es imprescindible para continuar con su vida de ahora, para lograr

mantener una buena interacción dentro de la familia, y que sea lo más positivamente posible, (Tejada L; et, al. 2006).

En ese sentido el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permitan mantener el control de su enfermedad, es determinante mantener una comunicación estrecha entre los familiares y el enfermo, propiciar condiciones para incrementar el bienestar emocional y físico de los enfermos, de esta manera la familia como red de apoyo social favorece el apego al tratamiento y el control de la enfermedad. La diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los cuidados médicos: las personas cercanas al diabético deben brindarle un apoyo adecuado para lograr un buen control de la enfermedad. Es sumamente importante que la familia acepte el diagnóstico de la diabetes, y que conozca la enfermedad, (Tejada L; et, al. 2006).

El cuidador que es hábil tendrá la posibilidad de encontrar significado en los hallazgos, de mantener un vínculo significativo, de hacer actividades de una forma armónica, de tomar las decisiones pertinentes para determinar el curso de la acción y poder conducir de manera honrosa su actividad. El cuidador hábil es capaz de comprender que él y la persona a su cargo son en todo momento seres trascendentes y totales que pertenecen a un contexto con el cual interactúan, que tienen una historia individual y una historia compartida y que tienen capacidad de desarrollarse en la acción de cuidar, (Jhonson M. 1999).

Considerando que la familia es un apoyo importante para el paciente diabético, por lo que, una descompensación metabólica del paciente, estaría directamente relacionada a una “falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar”, ya sea, limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad. Por tanto, en la medida que sea incorporado un “integrante de la familia” o “un cuidador” en el control y tratamiento del paciente diabético, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, como también lograr acercar al paciente a su red social de apoyo, obtendremos mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación a la enfermedad, (Rodríguez A; et, al. 1993).

Por lo tanto, la adaptación de la familia al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la

familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos. Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la diabetes, ya que el simple hecho de vivir conlleva a la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos vitales de la persona o de la familia, todo esto se debe a cambios inesperados o imprevistos como enfermedad, cambios sociales y económico; la aparición de la Diabetes Mellitus sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada que conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura" y que precisa tratamiento para siempre; la familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, (Cifuentes J; et, al. 2005).

En la actualidad la Diabetes Mellitus, sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad; a nivel mundial, cifra que equivale a 120 millones de personas; pero solo 60 millones están diagnosticados. Se prevé un aumento muy importante de esta cifra en los próximos años, alcanzándose los 240 millones de afectados en el año 2012. Siendo el problema fundamental el desconocimiento de las consecuencias para la salud que la diabetes puede desencadenar (según la OMS). En tal sentido la adaptación de la familia al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos. Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Es especialmente

importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la diabetes, (Cifuentes J; et, al. 2005).

Del mismo modo en el Perú, esta enfermedad es considerada una de las 15 principales causas de morbimortalidad; reportándose casos en la niñez, y adolescencia. Por otro lado, los costos directos e indirectos que implican el tratamiento y la atención de la diabetes mellitus son elevados y se recargan sobre todo como gastos en salud provenientes del presupuesto de la familia siendo está considerada la unidad básica de la atención médica y de la salud y por lo tanto la que más puede prestar apoyo a uno de sus miembros frente al manejo integral de esta compleja patología, (OMS 2002).

En la región de Cajamarca la incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2 es de 14%, de la población, siendo los estilos de vida como el sobrepeso, el sedentarismo o tener un componente genético, la causante en el incremento de esta enfermedad; siendo el funcionamiento de la familia un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, (Huerta A. 1999).

En Jaén la cifra de diabéticos ha aumentado en un 12 %, de la población, siendo considerada una de las principales causas de morbimortalidad de esta ciudad. En el Hospital Regional Jaén se encontró 21 pacientes adultos mayores diabéticos y en Es-Salud 15 pacientes adultos mayores diabéticos, (Asociación de Diabéticos en Jaén. 2013).

La realización del presente trabajo de investigación permitió comprender las vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus. Asentamiento Humano Morro Solar Bajo. Jaén-2014.

Se plantea esta investigación porque nos permitirá adentrarnos a un mundo subjetivo, que permite comprender el fenómeno de las vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus, evidenciando que la adaptación de la familia al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante. Ya que el proceso de la enfermedad crónica genera una gran disrupción en toda la dinámica familiar,

implicando consecuencias para el cuidador principal conllevándolo a un estrés que implica costos emocionales, físicos y materiales.

De allí es que nace la importancia de investigar el fenómeno de las vivencias que vive y experimenta a diario el familiar; con los resultados de esta investigación se logrará una atención personalizada en los cuidados que van a brindar los familiares al paciente diabético; como también lograr la participación activa de toda la familia en este proceso de la enfermedad, y a su vez concientizar a los estudiantes a poner énfasis en los cuidados que brindan tanto a la familia como a la persona con enfermedad crónica. Esta investigación posteriormente servirá como referencia para nuevas investigaciones tanto en el ámbito universitario como profesional.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

BASE TEÓRICA

a) VIVENCIAS

Las vivencias son fenómenos “interiores” de estos seres vivientes; transcurren en la “inmanencia” de su propio ser y no más bien en el “exterior” de éste; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran “hacia dentro” de la misma vida y no más bien “hacia fuera” de ésta. Estas vivencias permiten a estos seres vivientes experimentarse a sí mismos como “sujetos” de ellas y no más bien como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad de estos seres, estas vivencias se consideran “entidades subjetivas”. Esto, sin embargo, no afecta en nada a su estructura precisa y su contenido específico, que hacen de estas vivencias “entidades objetivas”. También se denominan “fenómenos psicológicos” porque se distinguen de manera nítida de los procesos vitales (como la nutrición, el crecimiento, la regeneración, la reproducción) que caracterizan a los seres meramente vivientes, así como de los estados vitales que determinan pasivamente la vida de éstos (como el decaimiento o la vitalidad), fenómenos ambos que son de naturaleza más bien “biológica”. Tanto los procesos vitales como los estados vitales son fenómenos “objetivos” de la vida, razón por la cual no están vinculados a ninguna conciencia y transcurren, por ello, de forma “anónima” en los seres meramente vivientes. En cambio las vivencias, como se ha dicho, son fenómenos subjetivos y hacen referencia al estado consciente de la vida; más aún, revelan esta conciencia de la vida, (Díaz R. 2007).

a.1. Tipos de vivencias

Vivencias intencionales.- Se suscitan en el hombre por las distintas relaciones significativas conscientes, inteligentes y espirituales, que éste establece con los objetos de la realidad. Se trata de vivencias que de alguna manera exigen, para su surgimiento en el interior del hombre, la presencia intrínsecamente importante de los objetos de la realidad, esto es, de ciertos valores, como la verdad, el bien o la belleza. Ejemplos claros de vivencias intencionales aunque no los únicos, ciertamente son los sentimientos del hombre, como la alegría o la tristeza, por mencionar algunos. Alegría o tristeza son vivencias que surgen en el interior del hombre en razón de la conciencia que se tiene de ciertos

hechos reales. Así, obtener una buena calificación en un examen, el nacimiento de un hijo, ganar un premio de la lotería, la titulación profesional de algún amigo, hacen surgir en el interior del hombre la alegría. Por su parte, un accidente ocurrido a algún familiar, la pérdida irremediable de un objeto valioso, no haber podido superar el grado académico correspondiente, la muerte trágica de un ser querido, hacen surgir en el interior del hombre la tristeza, estas dos vivencias humanas son intencionales porque no surgen nunca en el interior del hombre sin la relación significativa con estos hechos; implican, necesariamente, una toma de conciencia de estos hechos con el mismo espíritu y un acto de comprensión de su sentido por parte de la inteligencia. Estos hechos, a su vez, exigen tener como contenido una importancia intrínseca como fundamento de su sentido, en razón del cual no solamente surge la alegría en el interior del hombre sino también se convierte en el motivo razonable por el cual estas vivencias son positivas o negativas en la vida psíquica del hombre, (Díaz R. 2007).

Vivencias no intencionales.- Por su parte, no surgen en el hombre propiamente por las relaciones significativas que éste establece con los objetos de la realidad, sino que son causadas, provocadas, ocasionadas psíquicamente en él; en primer lugar. Por las distintas relaciones físicas que tienen lugar entre su ser y el ambiente que lo rodea, como los cambios de temperatura, las variaciones de calor o de humedad, la alteración de la luz y la oscuridad, la presencia de agentes irritantes para el hombre como el ruido, la polución o los estímulos visuales; en segundo lugar, por determinadas circunstancias por las que atraviesa el hombre en algunos momentos de su vida, como el exceso de fatiga, la disminución de los momentos de reposo ya sea en su forma de sueño o de descanso, padecimientos de salud prolongados, comportamiento cada vez más sedentarios, alimentación inadecuada, abuso de agentes estimulantes como el café, el tabaco, el alcohol, las drogas, etc. Estas vivencias humanas son, en sentido estricto, inconscientes, no aplican la capacidad de comprender de la inteligencia y carecen de índole espiritual, pues más bien son de naturaleza psicofísica. No es nada extraño que estas vivencias estén actuando dentro del hombre mucho tiempo atrás al momento en que éste llega a conciencia de ellas como es el cansancio o que no pongan en juego la capacidad de conocer y

comprender que tiene el hombre para poder surgir dentro de él como la irritabilidad, el malhumor o la melancolía. Para surgir dentro del hombre basta que cambie su situación corporal o su situación anímica que no descansa, por ejemplo, o no se alimenta bien; y lo mismo para dejar de estar en él, (Díaz R. 2007).

b) FAMILIAR CUIDADOR

b.1. ¿Quién es el cuidador familiar?

Cuidador familiar es la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica desde el momento de su diagnóstico y llevan cuidándolo más de seis meses; también participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad. Ser cuidador permite crecer en el campo espiritual y emocional; permite entender muchos aspectos de la vida con mayor facilidad, comprender el valor de la familia, de la solidaridad como la más fuerte de todas las virtudes para el cuidado. La comunicación es fundamental: escuchar y ponerse en el lugar del otro permite comprender y acepta, (Barrera L. 2005).

Los cuidadores (as) familiares se inician en el cuidado de manera imprevista y sin preparación, con sus actividades, ellos (as) no solo benefician a su familiar cuidador, sino a la familia, la sociedad y al gobierno por los costes de seguridad social que no se derogan, como es el apoyo para la salud y el cuidado de adultos mayores diabéticos. El cuidado de adultos mayores diabéticos como un deber social y moral; así como el cuidado por cariño son los primeros motivos por los que los cuidadores (as) se mantienen en el cuidado; es por eso que es necesario que los cuidadores (as) no se olviden de sí, por lo que es importante que identifiquen sus necesidades y soliciten apoyo de su red social: amigos, vecinos y de familiares que le permitan descansar y continuar en el cuidado con menor o sin riesgo de perder el bienestar. También refiere que es una tarea difícil, agotadora, que requiere de mucha responsabilidad, dedicación, coraje, paciencia y fuerza de voluntad; atributos que pueden estar relacionados con la carga de los cuidadores, la falta

de apoyo social e incluso el hecho de que cursen en el proceso de envejecimiento; pero también consideran que cuidar es amor, placer y bendición, (Félix A. 2012).

El cuidador principal, es aquella persona familiar o no que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario del paciente, el papel del cuidador es uno de los más significativos dentro de las familias con un enfermo crónico es en quien se delega el cuidado del enfermo y soporta la mayor parte de sobrecarga física y emocional de los cuidados del paciente. La importancia del cuidador aumenta conforme aumenta la incapacidad del enfermo, y ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos de todos tipos dentro del domicilio, y toma decisiones respecto a su atención. Aguanta cada día retos y sufre pérdida de control personal, presentando alteraciones en su salud física y emocional, es frecuente que las demandas de reconocimiento del cuidador sean desatendidas, esta situación implica cambios en la vida familiar del enfermo y en el cuidador primario, que puede ver afectada su salud física y psicológica, su vida familiar y social, por lo que el cuidador sufrirá tarde o temprano el llamado “síndrome del cuidador” lo que indica sufrimiento emocional y pérdida de salud, por toda ésta carga de trabajo la calidad de vida de los cuidadores se ve afectada, (Isla P; et, al. 2000).

Los cuidadores primarios son aquellas personas que, pudiendo ser familiar o no del paciente incapacitado o enfermo, mantiene contacto humano más estrecho con ellos. Su principal función es satisfacer diariamente las necesidades físicas y emocionales del paciente. También le mantiene vinculado con la sociedad y lo provee de afecto ya que son solidarios con el que sufre. Su trabajo adquiere una gran relevancia para las personas que rodean al enfermo conforme progresa la enfermedad puesto que además de brindarle atención directa al paciente, adquiere un papel importante en la reorganización, mantenimiento y cohesión del grupo, (Isla P; et, al. 2000).

El cuidado informal se puede definir como aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

En relación a los cuidadores y el sistema familiar, es básico desarrollar en todo lo posible el modelo biopsicosocial de atención al mismo. En este modelo hay que distinguir:

- La sobrecarga objetiva, referida a los problemas prácticos asociados con el cuidado a largo plazo de un paciente que presenta niveles elevados de dependencia en muchas de las funciones básicas de la vida diaria, que deben de ser suplidas o asistidas por el cuidador.
- La sobrecarga subjetiva, manifestación en el cuidador de signos y síntomas de alarma que hace referencia al impacto emocional y a sus consecuencias sobre su persona, traducidas como desmoralización, ansiedad, depresión, (Isla P; et, al. 2000).

Características principales del cuidador

- La mayoría de los cuidadores son mujeres.
- La edad media está comprendida entre los 45 y los 65 años de edad.
- En su mayoría están casados.
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada.
- Los cuidadores no suelen tener una ocupación laboral remunerada.
- La frecuencia de los cuidados suele ser diaria.
- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas.
- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja.
- La percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente.
- Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos, (Barrera L. 2005).

Síntomas de riesgo y sobrecarga en el cuidador

- Agotamiento físico y mental.
- Labilidad emocional: cambios de humor repentinos.
- Depresión y Ansiedad.

- Conductas de consumo abusivas: tabaco, alcohol.
- Trastorno del sueño.
- Alteraciones del apetito y del peso.
- Aislamiento social.
- Dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención.
- Problemas laborales, (Isla P; et, al. 2000).

Factores que influyen en la relación cuidador-enfermo

- Personalidad del cuidador.
- Historia de la relación con el enfermo.
- Género del cuidador.
- Apoyo y amplitud de los lazos familiares, (Isla P; et, al. 2000).

b.2. ¿Por qué es importante el cuidador familiar?

El estado actual de conocimiento muestra con claridad la importancia de los cuidadores en la atención de las personas con enfermedad crónica, la mayor parte de las cuales son cuidadas por un familiar. Se ha señalado de manera reiterada que para los receptores del cuidado la presencia, la actitud y los conocimientos de los cuidadores son definitivos como parte de su entorno y bienestar, (Camargo P. 2000).

Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres, y conforman la parte más importante de las redes de apoyo y soporte social de quienes están enfermos o incapacitados, y desarrollan su potencial de cuidado de múltiples formas. Se puede afirmar que la situación de los cuidadores atañe a la salud en nuestro medio y que debe abordarse de manera prioritaria, tanto por ellos como por las personas que se benefician de su cuidado, (Sánchez B. 2002).

Es esencial dar al cuidador herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de manera tal que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador-persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales informales,

manejando sentimientos de inadecuación o culpa, y planeando su propio futuro y el de su grupo familiar, (Griffin M. 1993).

b.3. ¿Qué necesita el cuidador familiar?

En el cuidado a largo término la oferta de servicios sociales y de salud no responde a las necesidades de los usuarios quienes, en muchos casos, se encuentran vulnerables y con sentimientos de frustración a pesar de lo cual deben asumir tareas para las que no tienen preparación adecuada. Con frecuencia los cuidadores hablan de dificultades con la soledad, la falta de servicios accesibles de salud y los costos de los tratamientos ordenados, (Sánchez B. 2002).

En nuestros sistemas de salud el cuidador es desconocido, no se le tiene en cuenta o se considera que no sabe, y no se han generado mecanismos sólidos y colectivos para apoyarlo en su responsabilidad. De forma paradójica, cada día con mayor frecuencia el cuidador recibe nuevas delegaciones para las cuales no está capacitado. Le entregamos a un familiar enfermo o limitado porque el costo institucional de hospitalización es muy alto para las empresas prestadoras de los servicios de salud o porque no existen servicios adecuados y suficientes de cuidado a largo plazo, y el cuidador debe llevar a esta persona al hogar sin saber qué sucederá. Aunque en los últimos tiempos se menciona el fortalecimiento del cuidado en el hogar falta un gran camino por recorrer, (Pinto N. 2000).

b.4. La experiencia de ser cuidador

La experiencia de ser cuidador(a) modifica la vida de las personas de manera importante. La experiencia va más allá de tener una tarea o responsabilidad por otra persona para generar una forma de vida y relación diferente consigo misma, con la persona cuidada y con el mundo, (Pinto N. 2000).

El cuidador se ve sometido a un estrés permanente por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, la alteración de la ejecución habitual del rol, la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud, la falta de actividad, de dispersión, la alteración de la ejecución del trabajo habitual, la

severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, la cantidad de cuidado o supervisión requerida y la alteración de la relación cuidador-cuidado, (Jhonson M. 1999).

En sus reportes los cuidadores señalan que no saber la evolución de la enfermedad de su ser querido, sentirse solos, la fatiga física de responder por muchos roles y el cansancio emocional son malos compañeros en estas experiencias. Las situaciones familiares, la intolerancia de quienes no comprenden la experiencia y las exigencias explícitas o implícitas de su ser querido los hacen sentirse en algunos momentos sometidos. Los riesgos para la salud son evidentes, aunque en algunas condiciones son más dramáticos que en otras, por el estigma social y la perspectiva de la pérdida, (Stetz K; et, al. 2004).

Estar listo para ser cuidador familiar significa estar disponible para los momentos de verdad en la labor, es saber escuchar y tener el valor, el conocimiento y la paciencia para cuidar. Para ello requiere de una capacitación mínima, debe reconocer al ser cuidado en todos los aspectos de la vida y, además, aceptar ser cuidador. Sin embargo, es preciso recordar que la expresión de la habilidad no depende en todos los casos de capacidades sino de factores de motivación internos o externos para el desarrollo de la misma, (Pinto A; et, al. 2000).

El cuidador que es hábil tendrá la posibilidad de encontrar significado en los hallazgos, de mantener un vínculo significativo, de hacer actividades de una forma armónica, de tomar las decisiones pertinentes para determinar el curso de la acción y poder conducir de manera honrosa su actividad. El cuidador hábil es capaz de comprender que él y la persona a su cargo son en todo momento seres trascendentes y totales que pertenecen a un contexto con el cual interactúan, que tienen una historia individual y una historia compartida y que tienen capacidad de desarrollarse en la acción de cuidar. Muchos de ellos, a través de esta experiencia, dan sentido a su vida y, a pesar de la limitación, se reconocen como una extensión mutua, admitiendo en cada uno una identidad propia y aceptando con humildad la condición humana. Esta habilidad se refleja mediante el compromiso, la presencia auténtica, la

responsabilidad, el crecimiento mutuo y la motivación hacia el cuidado, (Universidad Nacional de Colombia. 1998).

La experiencia de cuidado varía con el género; la mujer, por su naturaleza, comprende y entiende el cuidado como una situación del diario vivir. Ella cuida de sus hijos, de sus padres, de quienes le rodean. Tiende a ser detallista y observadora, y de manera casi instintiva busca, en la mayor parte de los casos, preservar la vida. La mujer entiende con familiaridad aspectos de las situaciones de enfermedad, de los problemas diarios y de la conservación del entorno. El hombre, por el contrario, busca ser planificador, organizado y responsable, es más práctico y, en ese sentido, participa y colabora en el cuidado mirando otros aspectos que las mujeres en algunos momentos no valoran, (Stoltz P; et, al. 2004).

b.5. ¿Qué cuidados brinda el cuidador familiar a un paciente diabético?

La diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los cuidados médicos: las personas cercanas al diabético deben brindarle un apoyo adecuado para lograr un buen control de la enfermedad. Es sumamente importante que la familia acepte el diagnóstico de la diabetes, y que conozca la enfermedad.

Cuidados que se brindan al paciente diabético para lograr un mejor control de la enfermedad, según Guía rápida de autocuidado

- ❖ Debe llevar la dieta, hacer ejercicio y tomar los medicamentos.
- ❖ Intentar mantener una autonomía personal.
- ❖ Vigilar y mantener la higiene.
- ❖ Potenciar las facultades físicas y mentales.
- ❖ Dar apoyo afectivo.
- ❖ Estimular la comunicación y la expresión de sentimientos.
- ❖ Evitar la depresión y la frustración.
- ❖ Potenciar el apoyo social y institucional.

- ❖ Es mejor que lleve una rutina: un horario para tomar medicamentos, comer y hacer una cierta cantidad de ejercicio.
- ❖ Acuda al médico si los niveles de glucosa son muy altos o bajos a pesar de sus esfuerzos por controlarlo.
- ❖ Recuerde que debe ser atendido por un médico si tiene alguna infección, accidente o algún evento que des controle su glucosa.
- ❖ Atienda cualquier otro problema de salud: hipertensión, obesidad, colesterol, etc. Esto ayudará al control de sus niveles de glucosa.
- ❖ Revise sus pies diariamente para evitar complicaciones.
- ❖ Acuda a valoración por un oftalmólogo por lo menos una vez al año.
- ❖ Debe hacerse pruebas de la función renal por lo menos una vez al año también.
- ❖ Se recomienda aplicarse la vacuna contra la influenza una vez al año y la del neumococo cada 5 años. El resto de esquema de vacunas se puede aplicar normalmente según su edad.
- ❖ Es importante llevar un automonitoreo de los niveles de glucosa, es decir, medir sus niveles de glucosa con un glucómetro para saber en dónde está y a dónde quiere llegar.
- ❖ Acuda al dentista a revisión por lo menos cada 6 meses ya que la diabetes favorece infecciones, caries y pérdida de los dientes.
- ❖ No falte a sus citas de laboratorio ni con el médico. Si pierde su cita, procure conseguir otra inmediatamente.
- ❖ Evite infecciones: lávese las manos, lleve un aseo regular, no coma alimentos en la calle, lave sus dientes, revise su piel diariamente, use ropa y zapatos que no le causen lesiones en la piel ya que se pueden infectar.

- ❖ No se desanime, no siempre es fácil lograr el control o mantenerlo, es un proceso que a veces puede parecer lento, pero que lo llevará a sus objetivos, (Tejada L; et, al. 2006).

c) DIABETES MELLITUS TIPO II EN ADULTOS MAYORES:

c.1. Definición.

La Diabetes es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no genera suficiente insulina o cuando el organismo no la puede utilizar eficazmente, (OMS 2001).

c.4. Factores de riesgo.

- Historia familiar de Diabetes (en particular padres y hermanos con Diabetes).
- Obesidad.
- Edad mayor o igual a 45 años.
- Aumento de la glucosa.
- Hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg en los adultos.
- Sedentarismo, (OMS 2001).

c.3. Manifestaciones clínicas.

Las manifestaciones de la diabetes mellitus sintomática varían de un enfermo a otro. En general los enfermos acuden al médico por:

- hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia).
- Glucosuria.
- Poliuria.
- Polidipsia y polifagia.
- Pérdida de peso, debilidad y cansancio.
- Irritabilidad y cambios de ánimo
- Náuseas y vómitos.
- Cortaduras y rasguños que no curan, o que curan muy lentamente.

- Picazón o entumecimiento en las manos o los pies.
- Infecciones frecuentes y recurrentes en la piel, encías, o vejiga, (Gasteiz V. 2008).

c.4. Complicaciones.

✓ **Complicaciones metabólicas agudas**

Además de la hipoglucemia, los diabéticos son susceptibles a dos complicaciones diabéticas agudas principales

- Cetoacidosis Diabética.
- Coma hiperglucémico, hiperosmolar no cetónico.
- Hipoglucemia, (Gasteiz V. 2008).

✓ **Complicaciones tardías de la diabetes**

- Alteraciones circulatorias.
- Retinopatía diabética.
- Nefropatía diabética.
- Neuropatía diabética.
- Neuropatías sensitivo motoras.

- **Polineuropatía diabética:**

- **Neuropatía autónoma.**

- Aparato gastrointestinal.

- Aparato genitourinario, (Gasteiz V. 2008).

c.5. Métodos diagnósticos.

Glucemia basal en plasma venoso (GBP): Es el método recomendado para el diagnóstico de diabetes y la realización de estudios poblacionales. Es un test preciso, de bajo coste, reproducible y de fácil aplicación. La medición de glucosa en plasma es aproximadamente un 11% mayor que la glucosa medida en sangre total en situación de ayuno o basal. En los no basales

(posprandiales), ambas determinaciones son prácticamente iguales, (Gasteiz V. 2008).

Test de tolerancia oral a la glucosa, consiste en la determinación de la glucemia en plasma venoso a las dos horas de una ingesta de 75 g de glucosa en los adultos. La prueba es poco reproducible (por la dificultad del cumplimiento en la preparación), más costosa e incómoda, (Gasteiz V. 2008).

Hemoglobina glicosilada refleja la media de las determinaciones de glucemia en los últimos dos o tres meses en una sola medición y puede realizarse en cualquier momento del día, sin preparación previa ni ayuno. Es la prueba recomendada para el control de la diabetes. La Hemoglobina glicosilada podría ser útil para diagnosticar la diabetes en pacientes con glucemia basal alterada (110-125 mg/dl), ya que podría evitar la realización de la curva. Sin embargo, la evidencia localizada no permite recomendarla, de momento, para su diagnóstico en esta situación, (Gasteiz V. 2008).

c.6. Tratamiento.

Régimen dietético

Tratamiento medicamentosos: insulina

- El tratamiento insulínico convencional.
- La técnica de inyecciones subcutáneas múltiples de insulina.
- La infusión subcutánea continua de insulina.
- Antidiabéticos orales, (Gasteiz V. 2008).

d) TEORÍAS Y/O MODELOS DE ENFERMERÍA

d.1. Teoría del autocuidado: Dorothea Orem

Orem desarrolla su teoría a partir de los 4 elementos paradigmáticos de la enfermería: Persona, entorno, salud, enfermería. La teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto y son: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas. Es una acción adquirida, es decir; que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una

acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso, (Marriner A; et, al. 1994).

Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de si mismas; la teoría del déficit de autocuidado, qué explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que para que mantener para que se produzca la enfermería, (Marriner A; et, al. 1994).

❖ **Teoría del autocuidado:**

El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados, (Marriner A; et, al. 1994).

❖ **Teoría del déficit de autocuidado:**

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos, (Marriner A; et, al. 2006).

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado; es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado, (Marriner A; et, al. 1994).

El ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. Así mismo esta teoría se asimila mucho a la investigación donde explica el concepto de autocuidado como contribución constante del individuo a su propia existencia, "El autocuidado es una actividad aprendida por situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar", ya que se pudo evidenciar que el familiar cuidador principal, realiza su trabajo de manera voluntaria, buscando mejorar los estilos de vida, salud y el bienestar de la persona diabética, ya que muchas veces no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado en casa y el reconocimiento de la labor, (Marriner A; et, al. 1994).

Dorothea Orem en su teoría del autocuidado:

Las actividades de autocuidado, se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño, (Marriner A; et, al. 2006).

Para Dorothea Orem existen tres categorías de requisitos de cuidado de enfermería y son:

- ° Universales, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana.

° Cuidados personales del desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, ejemplo el embarazo y la menopausia, o de estados que afecten el desarrollo humano ejemplo la perdida de un ser querido o del trabajo.

° Cuidados personales de los trastornos de salud, ejemplo los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. (Marriner A; et, al. 2006)

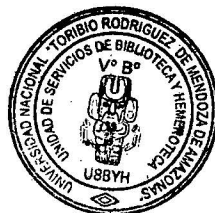
Con este modelo el cuidado es intencionado, los inicia y orienta la propia persona, es eficaz y fomenta la independencia. Para la implementación de las actividades desarrolló tres sistemas de comprensión:

° Total, requiere de que se actue en lugar de él.

° Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.

° De apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional, (Marriner A; et, al. 2006).

27 ABR 2015



Capítulo III

INTERROGANTE Y OBJETIVO

INTERROGANTE Y OBJETIVO

INTERROGANTE:

La investigación propuesta tiene como finalidad comprender el fenómeno de las vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus, ya que a raíz de esta investigación generará aportes reales y efectivos que van a ayudar a mejorar la calidad de vida del sujeto en estudio; para lograr lo propuesto se les preguntó ¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

OBJETIVO:

Comprender el fenómeno de las vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus. Asentamiento Humano Morro Solar Bajo. Jaén-2014.

Capítulo IV

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

A. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO

El término fenomenológico proviene de la palabra griega “FAINOMENON”, que deriva del verbo “FAINESTAI”, que quiere decir “mostrarse a sí mismo”. La fenomenología se ocupa de la conciencia con todas las formas de vivencias, actos y correlatos de los mismos, también se dice que es una ciencia de esencias que pretende llegar a conocimientos esenciales sobre los hechos acontecidos. Edmund Husserl como fundador de la escuela fenomenológica, se dió a la tarea de describir el método fenomenológico, donde busca descubrir el significado de los fenómenos humanamente vividos, a través del análisis de la descripción de los sujetos. El método fenomenológico explícitamente tiene en cuenta la participación del ser humano en una situación, para usar sus descripciones tanto escritas como orales como datos ingenuos. Es a través del análisis de las descripciones que se revela la naturaleza de un fenómeno y el significado de la experiencia aprendida por el sujeto, (Husserl E. 1930; citado Tello C. 2004).

B. MOMENTOS DE LA TRAYECTORIA

La trayectoria fenomenológica consiste en tres momentos que no deben ser vistos como pasos o secuencias si no como momentos: la descripción; reducción y comprensión o interpretación.

➤ Descripción Fenomenológica

Es el primer momento de la trayectoria fenomenológica, que constituye el resultado de una relación dialógica que se da en un sujeto con otro a través del discurso de los participantes que representan las percepciones de la persona que definen la vivencia del fenómeno.

En este momentos los fenómenos deben ser presentados tal como se muestran para el investigador, en términos de significados sin alterar la esencia de este.

➤ Reducción fenomenológica

Es el segundo momento de la trayectoria fenomenológica que tiene como objetivo identificar los significados que le permiten comprender lo esencial

del fenómeno en estudio a partir de los discursos de los sujetos. Permittendonos determinar, seleccionar las partes de las descripciones que son consideradas esenciales de las que no las son.

La reducción fenomenológica consiste en rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado para lograr coprenderlo.

El propósito de éste momento es aislar el objetivo de la conciencia, es decir el fenómeno que se muestra por sí mismo, aspectos que constituyen la experiencia que el sujeto vive.

➤ **Comprensión Fenomenológica**

Es el tercer momento de la trayectoria fenomenológica, la comprensión fenomenológica surge siempre en conjunto con la interpretación. Este momento es una tentativa de especificar el significado.

Consiste en interpretar lo expresado en los discursos, es develar los significados psicológicos presentes en las descripciones ingenuas, naturales y espontáneas de los participantes.

Cuando las descripciones convergen, hay repeticiones en los discursos al interrogar, se puede decir que el fenómeno se está mostrando y se procederá a interpretar la esencia de los significados, logrando que el discurso sea esclarecedor. Este momento de la trayectoria fenomenológica se conseguirá a través de un análisis idiográfico o análisis psicológico individual; la finalidad de esta fase es producir la inteligibilidad que envuelve a la articulación y la expresión de las unidades estructurales de cada caso y de las interrelaciones de los significados del sujeto entre sí. Así también se utilizará el análisis nomotético o análisis psicológico general, el cual indica un movimiento del pasaje del nivel individual al general, es decir, se mueve del aspecto psicológico individual hacia el psicológico general de manifestación del fenómeno. La estructura psicológica general es resultante de la comprensión de las convergencias y divergencias de los aspectos que se muestran en los análisis ideográficos.

C. RIGOR Y ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

En la presente investigación los datos serán obtenidos y utilizados con la autorización previa firma del consentimiento informado con lo cual se garantizará el anonimato de los participantes, los cuales serán grabados manteniendo confidencialidad de los mismos.

Rigor en la investigación cualitativa; Según Lincoln y Guba (1995); citado por Luengo R. (2010) para el rigor de la investigación se debe tener en cuenta lo siguiente:

▪ **Credibilidad:**

Se refiere al valor de verdad o verosimilitud de los hallazgos que el investigador ha establecido por medio de observaciones prolongadas, compromisos o participación con los informants o la situación en la que el conocimiento acumulativo es lo verosímil, o las experiencias vividas por quienes son estudiadas.

▪ **La posibilidad de confirmación:**

Se refiere a la repetición de la evidencia directa y participativa, documentada, observada u obtenida a partir de fuentes informantes primarias. Significa obtener corroboraciones directas y a menudo repetidas de lo que el investigador ha escuchado, visto o experimentado con respecto a los fenómenos estudiados, e incluye conseguir evidencia de los informantes sobre hayasgos del investigador o sus interpretaciones.

▪ **El significado en contexto:**

Se refiere a dtos que se han vuelto comprensibles dentro de contextos holísticos, o que tienen significados referentes especiales para los informantes o personas estudiadas, en contextos, en ambientes diferentes o similares. Las situaciones, los casos, los acontecimientos de la vida o las experiencias vividas con significados particulares conocidos para las personas del medio ambiente son indicadores importantes. Este criterio se centra en la contextualización de las ideas y experiencias dentro de una situación, un contexto o un medio ambiente.

▪ **Los patrones recurrentes:**

Se refieren a los casos, las secuencias de acontecimientos, las experiencias o los modos de vida repetitivos que tienden a formar un patrón y a ocurrir una y otra vez de manera determinada, en contextos similares o diferentes.

▪ **La saturación:**

Se refiere a la completa inclusión de las ocurrencias o a la inmersión total en los fenómenos para conocerlos plenamente, de manera amplia y lo mas profundamente posible. La saturación significa que el investigador ha hecho una exploración exhaustiva del fenómeno estudiado. Puede referirse a volverse denso o grueso (en profundidad y extensión) en los datos para conocer en plenitud lo que se ha observado, presentado o descubierto. El investigador no encuentra de parte de los informantes más explicación, interpretación o descripción del fenómeno estudiado.

▪ **La posibilidad de transferencia:**

Se refiere a si un hallazgo particular de un estudio cualitativo se puede transferir a otro contexto o situación similar y sigue preservando los significados, las interpretaciones y las interferencias particularizadas del estudio completo. Debido a que el propósito de la investigación cualitativa no es producir generalizaciones sino más bien comprensión y conocimiento a profundidad de fenómenos particulares.

Ética en la investigación cualitativa; Según el autor filósofo Elio Sgreccia. (1999), la ética en la investigación cualitativa se clasifica en: Los principios de la bioética personalista aplicados a la investigación son los siguientes:

▪ **Principio de defensa de la vida física:**

La vida corporal, física, del hombre no es algo extrínseco sino que es el valor fundamental de la persona. Por encima de este valor fundamental sólo existe el bien total y espiritual de la persona, que podría requerir el sacrificio de la vida corporal, pero esto no podría ser impuesto jamás por otros hombres, sino desplegarse como don libre. Por tanto el respeto a la vida, así como su defensa y promoción, representa el máximo imperativo ético del hombre consigo mismo y para con los demás. El derecho a la vida precede al llamado " derecho

a la salud": sólo se puede hablar de salud de una persona viva, y a veces se tergiversa con conceptos como " calidad de vida".

▪ **Principio de libertad y responsabilidad:**

El derecho a la libertad está supeditado al derecho a la defensa de la vida: para ser libres se requiere estar vivos y por tanto la vida es condición imprescindible para ejercer la libertad. La libertad es condición necesaria para ejercer un acto ético, sin libertad no hay ética. El juicio ético se basa en la decisión libre por parte de la voluntad.

▪ **Principio de totalidad o principio terapéutico:**

Se basa en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de partes distintas, unificadas entre si orgánica y jerárquicamente por la existencia única y personal. Por ello, para salvar el todo y la vida misma del paciente se debe en ocasiones mutilar una parte. Para realizar esto se deben cumplir unas condiciones: que la intervención se realice sobre la parte enferma, que no existan otros remedios terapéuticos y se requiere el consentimiento del paciente. Debe darse una proporcionalidad de las terapias: al practicar un tratamiento se debe evaluar en el contexto de la totalidad de la persona y que se exija una proporción entre riesgos y beneficios.

▪ **Principio de sociabilidad y subsidiariedad:**

El principio de sociabilidad compromete a todas las personas en su propia realización al participar en la realización del bien de sus semejantes. La persona está esencialmente abierta a la sociedad y la sociabilidad es una característica intrínseca de la personalidad. El principio de subsidiariedad establece que la comunidad debe ayudar más allí donde mayor es la necesidad y, por otra parte, no suplantar osustituir la libre iniciativa de los particulares.

D. PREGUNTA ORIENTADORA Y ÁREA DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta interrogante, expresa la inquietud por comprender las vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus, Asentamiento Humano Morro Solar Bajo Jaén, teniendo como pregunta orientadora ¿Qué siente usted cuidar a su familiar diabético?, por la cual se llegarán a descubrir los fenómenos de las vivencias que tienen las personas entrevistadas.

Se realizó la entrevista a doce personas entre mujeres y varones que tuvieron a su cuidado a un familiar adulto mayor diabético, que previamente habían aceptado participar en la investigación, al llegar a la octava entrevista se evidenció que empezaba a repetirse el contenido de los discursos, por lo tanto se evidenció que ya no aportaban a la investigación que se sumerge en buscar el fenómeno estudiado de la vivencias del familiar cuidador principal; habiendo concluido la recolección de datos; la entrevista se llegó a realizar en las casa de los entrevistados, durante las visitas domiciliarias imprevistas que se les hizo, para tener la seguridad de que, al estar vivenciando su ser en ese momento, sus sentimientos y pensamientos aparecerían en su percepción sin tener el tiempo de pasar por un proceso reflexión. Es decir que las descripciones obtenidas reflejarían en ese momento su mundo, su vida a lo que se ansia acceder como origen de toda reflexión y conocimiento posible del mundo.

Capítulo V

CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A. CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La técnica: Fue la entrevista no estructurada llamada también como entrevista a fondo o de profundidad, en la que se trabajó con una única pregunta abierta, adquiriendo características de conversación. Esta técnica consistió en realizar la pregunta orientadora que ayude a profundizar la respuesta, (Canales, F. 1994).

Este estudio tuvo como sujetos a personas que se encargan de cuidar a su familiar diabético, la muestra fue recolectada en el HGJ, donde se encontraron 16 pacientes con diabetes mellitus tipo II que pertenecían al Asentamiento Humano Morro Solar Bajo, para lo cual fueron seleccionados teniendo en cuenta los criterios de inclusión e exclusión; luego se visitó el domicilio de cada participante y se evidenció que 14 de ellos cumplían con el perfil del trabajo de investigación. Al inicio del contacto se mantuvo una conversación previa, que permitió presentarnos para conocernos creando así un clima de confianza, una vez obtenido, se solicitaba al participante su colaboración con la investigación, explicándole su derecho a participar o no, en forma voluntaria, luego se solicitó que lean el consentimiento informado y que lo firmen como muestra de su aprobación. Se solicitó el permiso para grabar los diálogos. Las entrevistas, conducidas según el abordaje fenomenológico, tuvieron como centro la siguiente pregunta orientadora ¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético? La entrevista no tuvo tiempo límite; este tiempo fue relacionado a la disposición de las personas para que describiesen su vivencia “ver y observar desde una perspectiva fenomenológica a partir del espacio y del tiempo del cliente captando su subjetividad.

Fueron realizadas doce entrevistas a personas entre mujeres y varones, al llegar a la octava entrevista empezaban a repetirse en contenido y es cuando se decidió que la indagación del fenómeno en estudio había concluido. La entrevista fenomenológica busca un lenguaje que sea un “diálogo original”; que sea un diálogo que posibilite la mediación con el otro y la comunicación con el mundo, yendo más allá de la suma de pensamientos e ideas, donde la actitud fundamental del investigador es “escuchar”. Los elementos para el análisis fueron emergiendo de los audios obtenidos en las entrevistas, procediéndose a la vista preliminar, con intención de tomar cada relato obtenido.

Aquí, se consideran los aspectos de la comunicación no verbal, que son los elementos constituyentes del fenómeno estudiado, tales como postura, gestos, tono de voz, expresión facial y silencio.

B. MOMENTOS DEL ANÁLISIS:

Una vez que se obtuvo los discursos, con transcripción simultánea se procedió a analizarlos como se describe a continuación:

Primero se revisó los discursos reiteradas veces, esto con la finalidad de colocarlo en el lugar adecuado y vivir la experiencia por la persona que se encuentra atravesando por múltiples situaciones al cuidar de su familiar diabético. Esto fue fundamental para el próximo momento, cuando se discriminó las unidades de significado, los significados apuntaron a la interrogante y a través de la reducción fenomenológica se excluyó todos los datos que no nos servían incluyendo las afirmaciones relevantes, para caracterizar la vivencia del análisis ideográfico.

B.1. ANÁLISIS IDIOGRÁFICO:

A fin de llegar a la comprensión de los significados articulados en los discursos se presenta en primer lugar, las descripciones individuales de los cuidadores familiares principales, con las unidades de significado subrayadas para ser identificadas.

A continuación en el cuadro de análisis ideográfico se transcribió, en la columna de la izquierda, las unidades de significado subrayadas anteriormente, lo cual significa en su lenguaje propio título de reducción fenomenológica, se procedió mediante un proceso de reflexión y variación imaginativa a transformar las unidades de significado originales.

Posteriormente el cuadro de convergencias, se realizó mediante un proceso de tematización donde se agrupó las unidades de significado convergentes dentro del discurso, es decir las que se repetían o referían al mismo tema, teniendo como objetivo articular las realidades múltiples presentes en los discursos, en unidades de significado interpretadas.

Luego las unidades de significado nos servirán para realizar el análisis idiográfico, que trata de aislar las unidades de significado para lograr un análisis psicológico.

B.2. ANÁLISIS NOMOTÉTICO:

El análisis nomotético o análisis psicológico general en la investigación cualitativa indica un movimiento del pasaje del nivel individual al general, es decir, se cambia del aspecto psicológico individual hacia el psicológico general de manifestación del fenómeno. La estructura psicológica general es resultante de la comprensión de las convergencias y divergencias de los aspectos que se muestran en los análisis ideográficos.

Es aquel que busca unir los análisis idiográficos según las convergencias encontradas para develar el fenómeno.

DISCURSO I

¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

Señorita cuando alguien de su familia tiene diabetes, no es fácil ⁽¹⁾ ya que como sabemos la dieta de esa persona es estricta, cuando nos enteramos que mi mamá tenía diabetes no sabíamos que hacer, pensábamos en la dieta que teníamos que hacer, al ver a mi madre triste me ponía mal ⁽²⁾, no sabía cómo ayudarla, que hacer sentía frustración ⁽³⁾. Al cuidar a mi mamá significaba tener paciencia porque ella tenía ganas de comer esas comidas que acostumbraba a comer pero que le hacían daño, me sentía triste ⁽⁴⁾, mal ⁽⁵⁾ y me ponía en el lugar de ella, y sentía que mi vida cambio totalmente ⁽⁶⁾; a su enfermedad se agregó la hipertensión arterial y es ahí que fue más complicado, sus cambios de humor, había días que despertaba mal sin ganas de nada y eso me ponía mal ⁽⁷⁾, lo complicado es que había días que no había dinero para comprar los alimentos que debía comer es ahí donde alterábamos su comida y su glucosa aumentaba, su presión arterial también aumentaba, pero se controlaba gracias a la pastillas que tomaba a diario.

¿Qué más?

Bueno y a la falta de dinero para la dieta necesaria, también se agregó la preocupación para nosotros sus hijos, eso me preocupaba más porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de mis padres ⁽⁸⁾, eso me entristeció más ⁽⁹⁾, imaginar que estaré lejos y no poder ayudarla en su dieta, había veces que mi madre no se controlaba con las comidas, le hacía su dieta pero ella prefería comer dulces u otra comidas que le hacía daño, eso me desesperaba ⁽¹⁰⁾ y había momentos que me sentía enojada ⁽¹¹⁾ y le llamaba la atención fuerte para ver si así entendía, sentía cólera ⁽¹²⁾ y desesperación ⁽¹³⁾ que le dejaba ahí para que coma, pero luego uno se da cuenta y pide disculpas y le habla bonito para que entienda que es para su bien.

¿Qué más?

Y así era casi siempre; teníamos que comer a escondidas algún dulce o algo que le hace daño para no hacerle querer, y eso era molesto porque hubiera sido más sencillo que nosotros como familia dejáramos las comidas dañinas y nos uniéramos a la dieta que ella recibía, bueno eso hacíamos pero como no estábamos acostumbrados

a eso, porque no me gustaba las verduras sancochadas, la comida con poca sal, pero entendía que era para su bien.

¿Qué más?

Mmmmmm nada más señorita eso es todo.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO I

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. No es fácil.	1. No le es fácil.
2. Al ver a mi madre triste me ponía mal.	2. Se ponía mal al ver a su madre triste.
3. No sabía cómo ayudarla, que hacer sentía frustración.	3. Siente frustración, no sabía qu hacer ni cómo ayudarla.
4. Me sentía triste.	4. Se siente triste.
5. Me sentía mal.	5. Se siente mal.
6. Sentía que mi vida cambió totalmente.	6. Siente que su vida cambió totalmente.
7. Había días que despertaba mal sin ganas de nada y eso me ponía mal.	7. Había días que despertaba mal sin ganas de nada y eso le ponía mal.
8. Eso me preocupaba más porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de mis padres.	8. Se siente preocupada porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de sus padres.
9. Eso me entristeció más.	9. Se sintió más triste
10. Eso me desesperaba.	10. Se desesperaba.
11. Había momentos que me sentía enojada.	11. Se siente enojada por momentos.
12. Sentía cólera.	12. Siente cólera.

13. Sentía desesperación.	13. Siente desesperación.
---------------------------	---------------------------

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO I

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. No le es fácil.	a. No le es fácil.
b. Se ponía mal al ver a su madre triste ⁽¹⁾ , Se siente mal ⁽⁴⁾ , había días que despertaba mal sin ganas de nada y eso le ponía mal ⁽⁵⁾ .	b. Se ponía mal al ver a su madre triste, sin ganas de nada.
c. Siente frustración, no sabía que hacer ni cómo ayudarla.	c. Siente frustración, no sabía que hacer ni cómo ayudarla.
d. Se siente triste ⁽³⁾ , se sintió más triste ⁽⁷⁾ .	d. Siente tristeza.
e. Siente que su vida cambió totalmente.	e. Siente que su vida cambió totalmente.
f. Se siente preocupada porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de sus padres.	f. Se siente preocupada, porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de sus padres.
g. Se desesperaba ⁽⁸⁾ , siente desésperación ⁽¹¹⁾ .	g. Siente desesperación.
h. Se siente enojada por momentos.	h. Se siente enojada por momentos.
i. Siente cólera.	i. Siente cólera.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO I

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, no le es fácil cuidar, se siente mal al ver a su madre triste y sin ganas de nada, a la vez siente frustración por no saber qué hacer ni cómo ayudarla, también siente tristeza, siente que su vida cambió totalmente, tiene preocupación porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de sus padres y eso le causa desesperación y enojo.

DISCURSO II

¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

Bueno, yo me siento muy preocupada⁽¹⁾, intranquila⁽²⁾ porque a pesar que le dedicas el mayor tiempo posible, estas pendiente de ella siempre con sus repentinos cambios de humor hay momentos que no puedo mas digo basta, siento una desesperación⁽³⁾, mire en estos momentos estoy atravesando por muchos problemas no sé que hacer ahora estoy sola mis hermanos se han desentendido de mi mamá y ya no me apoyan , no me apoyan con dinero aunque poquito pero me servía siquiera para comprarle sus cositas, y ahora he tenido que buscar un trabajo de barredora en la municipalidad para mi sustento diario, me preocupa que mi madre se enferme en cualquier momento⁽⁴⁾ (llora), estoy bien preocupada⁽⁵⁾ porque tengo que llevarla, tenerla a mi lado y usted sabe los riesgos que ella pasa al estar en las calles cochinas, los tráficos, pero que me hago señorita tengo que vivir con este calvario, (llora) hay veces que me levanto enferma, sin ganas de hacer las cosas, me preocupa en que acabaran nuestras vidas⁽⁶⁾, que voy hacer si me pasa algo con quien se quedará mi madre.

¿Qué más?

A veces me deprimó⁽⁷⁾ me acuerdo pues que cuando estaba vivo mi papá nos llevábamos muy bien acá en la casa nos acompañábamos hacíamos las cosas tal como pensábamos y como ahora estoy sola en casa no hay con quien compartir mis tristezas⁽⁸⁾, mis angustias⁽⁹⁾ entonces es ahí cuando vuelvo a mi triste realidad y me doy cuenta que estoy sola me deprimó⁽¹⁰⁾ y no me queda mas que sobreponerme por lo demás que hacer ya pues tengo que tener paciencia porque así es la vida.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO II

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Me siento muy preocupada.	1. Se siente muy preocupada.
2. Me siento intranquila.	2. Se siente intranquila.
3. Siento una desesperación.	3. Siente una desesperación.
4. Me preocupa que mi madre se enferme en cualquier momento.	4. Se siente preocupada que su madre se enferme en cualquier momento.
5. Estoy bien preocupada.	5. Se siente preocupada.
6. Me preocupa en que acaban nuestras vidas.	6. Le preocupa el no saber en que acabarán sus vidas.
7. A veces me deprimó.	7. A veces se deprime.
8. No hay con quien compartir mis tristezas.	8. No sabe con quien compartir sus tristezas.
9. No hay con quien compartir mis angustias.	9. No sabe con quien compartir sus angustias.
10. Me deprimó.	10. Se siente deprimida.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO II

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente intranquila.	a. Se siente intranquila.
b. Siente una desesperación.	b. Siente una desesperación.
c. Se siente preocupada que su madre se enferme en cualquier momento ⁽⁴⁾ , se siente preocupada ⁽⁵⁾ , le preocupa el no saber en que acabarán sus vidas ⁽⁶⁾ .	c. Se siente preocupada que su madre se enferme en cualquier momento, y el no saber en que acabarán sus vidas.
d. No sabe con quien compartir sus tristezas.	d. No sabe con quien compartir sus tristezas.
e. No sabe con quien compartir sus angustias.	e. No sabe con quien compartir sus angustias.
f. A veces se deprime ⁽⁷⁾ , se siente deprimida ⁽¹⁰⁾ .	f. Se siente deprimida.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO II

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente intranquilidad, a la vez desesperación y preocupación porque teme que su madre se enferme en cualquier momento y porque no sabe en que acabarán sus vidas, más aún el no tener a nadie con quien compartir sus tristezas y angustias hace que se sienta deprimida.

DISCURSO III

¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

Señorita la verdad es que hay muchos sentimientos encontrados, al principio de su enfermedad parecía que todo iba a estar bien pero al pasar el tiempo ella se volvió terca es como si se hubiera convertido en una niña chiquita que no entiende que quiere ser todo como a ella le parezca, eso hacia que me sienta desesperado ⁽¹⁾ no sabia que hacer, hablaba con ella pero aun asi no entendia, decia que no la entiendo que ya la dejé de querer, y eso aún mas me ponía mal ⁽²⁾, como voy a dejar de querer a mi madre, hay días que se despierta bien, con ganas de todo, pero hay días que nada le parecía. Es difícil por sus repentinos cambios de ánimo ⁽³⁾, me desespera, por no saber qué hacer ni cómo actuar frente a su enfermedad ⁽⁴⁾, porque cuando se pone mal la glucosa le sube y hay veces que tengo que llevarla al hospital de emergencia, yo trabajo por las tardes y para eso le he contratado una persona para que la vea el tiempo que no estoy con ella pero no quiere aceptar que necesita ayuda y no les hace caso, me siento muy preocupado ⁽⁵⁾, hay días que se pone insoportable que todo le parece mal, y nada de lo que digo o hago le parece bien es por eso que he optado por dejarla que se calme; en las noches no puede dormir y quiere ver la televisión y tengo que quedarme con ella hasta que se duerma lo cual me resulta agotador ⁽⁶⁾ me duele que mis hermanos no tengan ni la más mínima consideración por venir a cuidar de mi madre, su única excusa es que tienen esposa e hijos y yo que estoy soltero tengo toda la responsabilidad de cuidarla y para no estar discutiendo no les digo más nada solo que Dios algún día nos recompensará por las cosas que hacemos ⁽⁷⁾

¿Qué más?

(...) lo que más me molesta es que a pesar de que mis hermanos no tengan tiempo para mi madre, ella siempre esta al pendiente de ellos, que si ya les falta esto, lo otro, como estarán eso me hace sentir triste ⁽⁸⁾. es como si a mí me dejara de lado, y lo peor es que tengo que mentirle que ellos están bien, que siempre llaman para preguntar por ella, pero la realidad no es asi, eso me molesta, ya no quiero vivir así.

¿Qué más?

Como le decía señorita los sentimientos son muchos, hay días que sientes ánimos de hacer todo por tu madre, al menos cuando ella despierta alegre con buen humor, me da

esas fuerzas que necesito, pero cuando esta de mal humor, me desespero ⁽⁹⁾, me molesto⁽¹⁰⁾ pero todo gracias a Dios es pasajero ⁽¹¹⁾.

¿Qué más?

Nada mas señorita, eso es todo.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO III

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Eso hacia que me sienta desesperado.	1. Se siente desesperado.
2. Me ponía mal.	2. Se ponía mal.
3. Es difícil por sus repentinos cambios de ánimo.	3. Le es difícil por sus repentinos cambios de ánimo.
4. Me desespera, por no saber qué hacer ni cómo actuar frente a su enfermedad.	4. Le desespera el no saber qué hacer ni cómo actuar frente a su enfermedad.
5. Me siento muy preocupado.	5. Se siente preocupado.
6. Me resulta agotador.	6. Le resulta agotador.
7. Dios algún día nos recompensará por las cosas que hacemos.	7. Dios algún día nos recompensará por las cosas que hacemos.
8. Me hace sentir triste.	8. Le hace sentir triste.
9. Me desespero.	9. Se siente desesperado.
10. Me molesto.	10. Se siente molesto.
11. Gracias a Dios es pasajero.	11. Gracias a Dios es pasajero.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO III

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente desesperado ⁽¹⁾ ⁽⁸⁾ , le desespera el no saber qué hacer ni cómo actuar frente a su enfermedad ⁽⁴⁾ .	a. Se siente desesperado por no saber que hacer ni como actuar frente a su enfermedad.
b. Se ponía mal.	b. Se ponía mal.
c. Le es difícil por sus repentinos cambios de ánimo.	c. Le es difícil por sus repentinos cambios de ánimo.
d. Se siente preocupado.	d. Se siente preocupado.
e. Le resulta agotador.	e. Le resulta agotador.
f. Dios algún día nos recompensará por las cosas que hacemos.	f. Dios algún día nos recompensará por las cosas que hacemos.
g. Le hace sentir triste.	g. Le hace sentir triste.
h. Se siente molesto.	h. Se siente molesto.
i. Gracias a Dios es pasajero.	i. Gracias a Dios es pasajero.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO III

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente desesperado por no saber qué hacer, ni cómo actuar frente a la enfermedad, también se siente mal y le es difícil cuidar por sus repentinos cambios de ánimo, a la vez le preocupa y hace que el cuidador se sienta agotado pero todo lo deja en manos de Dios porque algún día le recompensará por las cosas que hace, pero a pesar de eso le hace sentir triste y molesto, pero gracias a Dios todo es pasajero.

DISCURSO IV

¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

Tener a un familiar diabético es de mucha responsabilidad⁽¹⁾ para la familia, le cuento que mi esposo era una persona gordita, alegre, bueno le gusta tomar mucho, la enfermedad solo le bajo de peso, porque se volvió renegón, colérico y ahora toma igual hasta más, pero le hace mal ya son muchas veces que lo llevó al hospital de emergencia, me preocupa mucho la situación por la que estamos atrevavesando⁽²⁾ se me entristece el corazón de pensar que le pudiera pasar algo y que mi hija se quede sola sin su padre , ahora mi esposo tiene que ponerse insulina todos los días para que este bien si no le sube su glucosa, sabe estoy desesperada⁽³⁾, me siento sola con toda ésta responsabilidad que tengo con mis hijos⁽⁴⁾.

¿Qué más?

Mire ya me es muy difícil dormir porque se queja de dolor por las noches se queja más y no me deja descansar bien, hay noches que nos amanecemos con mi hija sobándole el brazo, la barriga para que le calme al dolor, me siento cansada⁽⁵⁾, muy agotada⁽⁶⁾ seguir viviendo esta situación.

¿Qué más?

Sinceramente ya estoy cansada de vivir esta vida, más que no se cuida y no valora el esfuerzo que hacemos para que se sienta mejor⁽⁷⁾; inclusive ayer me fui llevando su comida baja en condimentos y picantes como le indicó el doctor porque toma algo con gas, y ahí mismo se le afloja el estómago, al regresar en la tarde al taller encontré el taper igual y al ver que no ha comido le pregunte y me dijo que no había tenido hambre y en la noche en una discusión me dijo que había almorzado en el restaurant porque esa comida no le gusta y no quiere seguir viviendo y que esta harto de su vida y al escuchar eso mi hija empieza a llorar, al final resultamos llorando los tres y nos dice que se va a cuidar y todo va a mejorar.

¿Qué más?

(....) sabe yo sé que esa enfermedad les consume día a día y que en vez de ponerse mejor cada vez se empeoran, si no es un dolor de brazo es otra parte del cuerpo pero así

tendremos que cuidarlo y hacer que se sienta mejor .Inclusive tuve que dejar mi trabajo para estar pendiente de él, me siento muy sola y no se que hacer ⁽⁸⁾ señorita (llora).

¿Qué más?

(suspiro profundo) eso es todo señorita lo que tengo que decirle espero me entienda.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO IV

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Es de mucha responsabilidad.	1. Es mucha responsabilidad.
2. Me preocupa mucho la situación por la que estamos atravesando.	2. Se siente preocupada por la situación que están atravesando.
3. Estoy desesperada.	3. Ésta desesperada.
4. Me siento sola con toda ésta responsabilidad.	4. Se siente sola con toda ésta responsabilidad.
5. Me siento cansada.	5. Se siente cansada.
6. Me siento agotada.	6. Se siente agotada.
7. Ya estoy cansada de vivir esta vida, más que no se cuida y no valora el esfuerzo que hacemos para que se sienta mejor.	7. Se siente cansada de vivir ésta vida, porque él no se cuida y no valora el esfuerzo que hacen para que se sienta mejor.
8. Me siento muy sola y no se que hacer.	8. Se siente muy sola y no se que hacer.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO IV

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Es mucha responsabilidad.	a. Siente mucha responsabilidad.
b. Se siente preocupada por la situación que está atravesando.	b. Se siente preocupada por la situación que está atravesando.
c. Se siente desesperada.	c. Se siente desesperada.
d. Se siente sola con toda ésta responsabilidad ⁽⁵⁾ , se siente muy sola y no sabe que hacer ⁽⁹⁾ .	d. Se siente sola con toda ésta responsabilidad y no sabe que hacer.
e. Se siente agotada.	e. Se siente agotada.
f. Se siente cansada ⁽⁶⁾ , se siente cansada de vivir ésta vida, porque él no se cuida y no valora el esfuerzo que hacen para que se sienta mejor ⁽⁸⁾ .	f. Se siente cansada de vivir ésta vida porque él no se cuida y no valora el esfuerzo que hacen para que se sienta mejor.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO IV

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente mucha responsabilidad, a la vez se siente preocupada por la situación que ésta atravesando, así mismo se siente desesperada y sola con toda ésta responsabilidad, lo cual hace que se sienta agotada y cansada de vivir ésta vida porque su familiar no se cuida y no valora el esfuerzo que hace para que se sienta mejor.

DISCURSO V

¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

Bueno yo vivo con mi hijo y mi abuelita será aproximadamente 2 años, mire ella vino de la sierra con su hijo de paseo supuestamente y bueno su hijo decidió ir a trabajar a la altura por dos meses y mire cuanto tiempo a pasado y no vienen a ver a mi abuelita, yo estoy estudiando en un instituto y estoy casi todo el día usted sabe como son los estudios el tiempo que quita y por motivo de cuidar a mi abuelita e tenido que dejar mis estudios al principio no había problemas porque ella podía hacer sus cosas por sí sola pero hace seis meses la enfermedad la ido maltratando y desde entonces tengo que cuidarla, me dedico a prepararle sus alimentos, le ayudo en su aseo personal, me encargo de sus medicamentos y estoy en cada momento que necesita, me siento muy cansada ⁽¹⁾ y preocupada ⁽²⁾ porque tengo muchas responsabilidades ⁽³⁾ siento rabia por descuidar a mi hijo y dejar de estudiar ⁽⁴⁾, quise estudiar para dar un mejor futuro a mi hijo, pero con tantas responsabilidades no puedo, estoy sola nadie me apoya ⁽⁵⁾.

¿Qué más?

Eh hablado con los hijos de mi abuelita para que se ocupen de ella , pero lo único que me dicen es que me van a ayudar que me van a mandar algo para mi abuelita, y nada de nada señorita, siempre el mismo cuento y eso me desespera ⁽⁶⁾, siento cólera ⁽⁷⁾ de como siendo sus hijos la tengan así abandonada. Sus hijos no se quieren hacerse responsables, solo venían a verla cuando ella tenía terrenos y ahora se hacen los desentendidos y no vienen a verla.

¿Qué más?

Creo que Dios en algun momento me ayudara ⁽⁸⁾ y como dice el dicho “lo que se siembra se cosecha” solo tengo fé en Dios y sé que todo nos ira bien ⁽⁹⁾ no tengo nada mas que decir señorita.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO V

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Me siento muy cansada.	1. Se siente cansada.
2. Me siento preocupada.	2. Se siente preocupada.
3. Tengo muchas responsabilidades.	3. Tiene muchas responsabilidades.
4. Siento rabia por descuidar a mi hijo y dejar de estudiar.	4. Siente rabia por descuidar a su hijo y dejar de estudiar.
5. Estoy sola nadie me apoya.	5. Se siente sola, porque nadie le apoya.
6. Me desespera.	6. Se desespera.
7. Siento cólera.	7. Siente cólera.
8. Creo que Dios en algún momento me ayudará.	8. Cree que Dios en algún momento le ayudará.
9. Tengo fé en Dios y sé que todo nos ira bien.	9. Tiene fé en Dios y sabe que todo le ira bien.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO V

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente cansada.	a. Se siente cansada.
b. Se siente preocupada.	b. Se siente preocupada.
c. Siente tener muchas responsabilidades.	c. Siente tener muchas responsabilidades.
d. Siente rabia por descuidar a su hijo y dejar de estudiar ⁽⁴⁾ , siente cólera ⁽⁷⁾ .	d. Siente rabia y cólera por descuidar a su hijo y dejar de estudiar.
e. Se siente sola, porque nadie le apoya.	e. Se siente sola, porque nadie le apoya.
f. Se desespera.	f. Se desespera.
g. Cree que Dios en algún momento le ayudará.	g. Cree que Dios en algún momento le ayudará.
h. Tiene fé en Dios y sabe que todo le ira bien.	h. Tiene fé en Dios y sabe que todo le ira bien.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO V

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente cansado y preocupado por tener muchas responsabilidades, a la vez siente rabia y cólera por descuidar a su hijo y dejar de lado sus estudios, eso le causa mucha desesperación, pero cree en Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento, al mismo tiempo tiene mucha fé y sabe que todo le ira bien.

DISCURSO VI

¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

Siento que en esta etapa que estamos atravesando es muy complicado porque acordándonos de nuestra juventud y acordándonos que ya van también los años me siento agotado ⁽¹⁾, llevo junto a mi esposa 32 años compartiendo toda una vida desde que le detectaron la diabetes sinceramente señorita es muy complicado cuidar a una persona con esta enfermedad y a nuestra edad es difícil ⁽²⁾ ya que su condición es muy delicada si no se cuida(...) la verdad me siento preocupado ⁽³⁾ y muchas veces triste ⁽⁴⁾ al ver como la enfermedad la ido consumiéndose ya no es la misma de antes se ha vuelto mas renegona, llora por todo y no sé cómo tratarla hay veces que yo mismo tengo mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor ⁽⁵⁾, ahora nos encontramos solos en nuestra casita nuestros hijos como sabe la ley de la vida crias a tus hijos se hacen grandes y agarran su rumbo, estos últimos años la situación se ha vuelto muy difícil tener que trabajar y estar pendiente de ella, me siento muy cansado ⁽⁶⁾, agotado ⁽⁷⁾

¿Qué más?

Me siento más preocupado ⁽⁸⁾ hay días que tengo que ir a trabajar y no he ido porque ella se sentía mal no me quedo más y tenía que quedarme, porque si la dejo sola me reclama que no me importa que seguramente yo quiero que se muera, no le digo nada mejor y me quedo callado, yo entiendo por lo que esta pasando pero creo que ella no me entiende, discutir con ella por lo mismo es desesperante ⁽⁹⁾, trato de que este tranquila, porque si se altera es peor se le sube el azúcar.

¿Qué más?

Como ya pasan los años para los dos a veces llego de trabajar, me siento cansado ⁽¹⁰⁾ y llego de frente a dormir y ella se sentirá mal o que será porque la escucho llorando y le pregunto qué le pasa y no me dice nada, escucharla llorar me entristece ⁽¹¹⁾, se me parte el alma, solo la abrazo y le digo que todo va a estar bien.

¿Qué más?

nada mas señorita, ya no se que mas decir.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VI

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1.Me siento agotado.	1. Se siente agotado.
2.Es difícil.	2. Siente que es difícil.
3.Me siento preocupado.	3. Se siente preocupado.
4.Me siento muchas veces triste.	4. Se siente triste.
5.Tengo mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor.	5. Siente mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor.
6.Me siento muy cansado.	6. Se siente cansado.
7.Me siento agotado.	7. Se siente agotado.
8.Me siento más preocupado.	8. Se siente preocupado.
9.Discutir con ella por lo mismo es desesperante.	9. Se siente desesperado.
10. Me siento cansado.	10. Se siente cansado.
11. Escucharla llorar me entristece.	11. Al escucharla llorar se entristece.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO VI

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente agotado ⁽¹⁾ ⁽⁶⁾ , se siente cansado ⁽⁷⁾ ⁽¹⁰⁾ .	a. Se siente agotado y cansado.
b. Siente que es difícil.	b. Siente que es difícil.
c. Se siente preocupado ⁽³⁾ ⁽⁸⁾ .	c. Se siente preocupado.
d. Se siente triste ⁽⁴⁾ , al escucharla llorar se entristece ⁽¹¹⁾ .	d. Se siente triste, al escucharla llorar y se le parte el alma.
e. Siente mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor.	e. Siente mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor.
f. Se siente desesperado.	f. Se siente desesperado

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VI

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente agotado y cansado, a la vez le es difícil tener que cuidar a su familiar, causándole preocupación sintiéndose triste al escucharla llorar; también siente mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor, por lo que le causa desesperación.

DISCURSO VII

¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

(...), llevo cuidando a mi madrecita 15 años de mi vida dedicada solo para ella y el negocio que tenemos para sustentarnos económicamente gracias a Dios mi madre es una mujer muy buena, luchadora, trabajadora; a pesar de sus años ella me ayuda en la tiendita que tenemos, somos tres hermanos dos están casados, claro que vienen a verla están con ella una semana, un mes y de ahí vuelven a sus casas, al inicio me sentía mal ⁽¹⁾, triste ⁽²⁾, sentí que todo iba a cambiar , pero mis hermanos y yo llevamos a nuestra madre con un especialista, nos explico que si llevamos una vida saludable, con buena alimentación, ejercicio, y sobre todo tranquila sin preocupaciones, iba a estar mas tranquila. Lo bueno es que mi madre es una mujer luchadora y que no se deja derrumbar asi de fácil, su actitud positiva me lleno de confianza y tranquilidad.

¿Qué más?

Gracias a Dios él nos da vida y fortaleza día a día para seguir adelante ⁽³⁾, y hasta ahora mi madre no ha tenido problemas por la diabetes , estoy muy contenta ⁽⁴⁾ porque hemos salido adelante, sin problemas, el éxito de la recuperación es mas que todo de la actitud que toma una persona enferma, siento satisfacción ⁽⁵⁾, alegría de que mi madre tenga esa actitud de mejorar ⁽⁶⁾, eso me hace sentir tranquila ⁽⁷⁾, sin preocupaciones ⁽⁸⁾ claro que siempre la llevamos a sus controles y para su chequeo general.

¿Qué más?

Hace dos meses tuvimos que ir a Chiclayo porque cuando fue al hospital había una señora que comento que a un familiar le habían cortado la pierna por culpa de la diabetes y ya no había otro tema que ese, entonces conversando con mi hermana me dijo que la llevara para que se haga un chequeo general y se sintiera más tranquila, gracias a Dios no hubo ningun problema en sus exámenes, sentí mucha tranquilidad ⁽⁹⁾

¿Qué más?

Bueno eso es todo señorita espero le ayude en su investigación.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VII

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Me sentía mal.	1. Se siente mal.
2. Me sentía triste.	2. Se siente triste.
3. Gracias a Dios él nos da vida y fortaleza día a día para seguir adelante.	3. Gracias a Dios él nos da vida y fortaleza día a día para seguir adelante.
4. Estoy muy contenta.	4. Se siente contenta.
5. Siento satisfacción.	5. Se siente satisfecha.
6. Siento alegría de que mi madre tenga esa actitud de mejorar.	6. Se siente alegre que su madre tenga la actitud de mejorar.
7. Eso me hace sentir tranquila.	7. Se siente tranquila.
8. Sin preocupaciones.	8. Se siente sin preocupaciones.
9. Sentí mucha tranquilidad.	9. Se siente tranquila.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO VII

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente mal.	a. Se siente mal.
b. Se siente triste.	b. Se siente triste.
c. Gracias a Dios él nos da vida y fortaleza día a día para seguir adelante.	c. Gracias a Dios él nos da vida y fortaleza día a día para seguir adelante.
d. Se siente satisfecha.	d. Se siente satisfecha
e. Se siente alegre que su madre tenga la actitud de mejorar ⁽⁴⁾ .	e. Se siente alegre que su madre tenga la actitud de mejorar.
f. Se siente tranquila ⁽⁹⁾ .	f. Se siente tranquila.
g. Se siente sin preocupaciones.	g. Se siente sin preocupaciones.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VII

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente mal y triste pero también agradece a Dios porque le da vida y fortaleza para seguir adelante en el cuidado de su familiar, a la vez se siente satisfecha y alegre por la actitud de sus madre de mejorar cada día, haciendo que se sienta tranquila y sin preocupaciones.

DISCURSO VIII

¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

Al principio no me preocupaba que le pudiera pasar algo la veía bien ⁽¹⁾ porque quizá no sabía en sí, que la enfermedad va degenerando a la persona interiormente así poco después cuando consulte de cómo era la enfermedad me empecé a preocupar por ella pero creo que llegue un poco tarde a darme cuenta porque mi mamá se sentía mal y al año le tuvieron que amputar su pierna ahora usa silla de ruedas sabe con toda esta situación me siento enojada con migo misma ⁽²⁾ por no actuar a tiempo y prevenir todas estas desgracias se imagina el trabajo que es tener que trabajar, tener que cuidarla, me resulta cansado ⁽³⁾, agotador ⁽⁴⁾ ya que ya que tienes que bañarla, cambiarla darle sus alimentos su medicación a la hora y, más que no tengo a nadie que me apoye en esta situación me siento sola ⁽⁵⁾, cansada⁽⁶⁾, creo que la angustia le llevó a mi madre a tener ésta enfermedad que (dio un respiro profundo) en fin ya no podemos lamentarnos y seguir adelante.

¿Qué más?

Si pues señorita me siento mal ⁽⁵⁾ pensaba porque a mí, si yo quería casarme tener mis hijos y ahora dedico más tiempo a mi madre que a mi vida misma, siento que ya no tengo una vida propia, mis amigos me aconsejan que la interne en un asilo pero no puedo hacer eso es mi madre y tendré que hacerme responsable de ella hasta que Dios decida apartarla de mi lado ⁽⁶⁾.

¿Qué más?

Bueno a raíz de eso pienso que también he cambiado bastante porque al inicio me chocó mucho la enfermedad de mi madre, me siento sola en la vida ⁽⁷⁾ ahora no salgo mucho creo que he madurado más frente a los problemas que se suscitan en la vida, como la mía que fue de un momento a otro.

CUADRO DE ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VIII

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Al principio no me preocupaba que le pudiera pasar algo la veía bien.	1. No se preocupaba que le pudiera pasar algo la veía bien.
2. Me siento enojada con migo misma.	2. Se siente enojada.
3. Me resulta cansado.	3. Se siente cansada.
4. Me resulta agotador.	4. Se siente agotado.
5. Me siento sola.	5. Se siente sola.
6. Me siento cansada.	6. Se siente cansada.
7. Me siento mal.	7. Se siente mal.
8. Tendré que hacerme responsable de ella hasta que Dios decida apartarla de mi lado.	8. Tiene responsabilidad de cuidar de ella hasta que Dios decida apartarla de su lado.
9. Me siento sola en la vida.	9. Se siente sola.

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO VIII

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. No se preocupaba que le pudiera pasar algo la veía bien.	a. No se preocupaba que le pudiera pasar algo la veía bien.
b. Se siente enojada.	b. Se siente enojada.
c. Se siente cansada ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ ⁽⁶⁾ .	c. Se siente cansada.
d. Se siente sola ⁽⁵⁾ ⁽⁹⁾ .	d. Se siente sola.
e. Se siente mal.	e. Se siente mal.
f. Tiene responsabilidad de cuidar de ella hasta que Dios decida apartarla de su lado.	f. Tiene responsabilidad de cuidar de ella hasta que Dios decida apartarla de su lado.

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VIII

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, en principio no le preocupaba que a su madre le pudiera pasar algo porque la veía bien pero cuando la enfermedad fue avanzando su familiar fue empeorando por lo mismo se sentía enojada, estaba cansada, sola con toda la responsabilidad de cuidar de su familiar hasta que Dios decida apartarla de su lado.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO

DISCURSOS	CONVERGENCIAS
<p><u>DISCURSO I:</u></p> <p>A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, no le es fácil cuidar, se siente mal al ver a su madre triste y sin ganas de nada, a la vez siente frustración por no saber qué hacer ni cómo ayudarla, también siente tristeza, siente que su vida cambió totalmente, tiene preocupación porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de sus padres y eso le causa desesperación y enojo.</p> <p><u>DISCURSO II:</u></p> <p>A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente intranquilidad, a la vez desesperación y preocupación porque teme que su madre se enferme en cualquier momento y porque no sabe en que acabarán sus vidas, más aún el no tener a nadie con quien compartir sus tristezas y angustias hace que se sienta deprimida.</p> <p><u>DISCURSO III:</u></p> <p>A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente</p>	<p style="text-align: center;"><u>TRISTEZA</u></p> <p>DISCURSO: I, II, III, VI, VII</p> <p><u>DISCURSO I:</u> A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, no le es fácil cuidar, se siente mal al ver a su madre triste y sin ganas de nada, a la vez siente frustración por no saber qué hacer ni cómo ayudarla, también siente tristeza, siente que su vida cambió totalmente, tiene preocupación porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de sus padres y eso le causa desesperación y enojo.</p> <p><u>DISCURSO II:</u> A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente intranquilidad, a la vez desesperación y preocupación porque teme que su madre se enferme en cualquier momento y porque no sabe en que acabarán sus vidas, más aún el no tener a nadie con quien compartir sus tristezas y angustias hace que se sienta deprimida.</p> <p><u>DISCURSO III:</u> A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes,</p>

desesperado por no saber qué hacer, ni cómo actuar frente a la enfermedad, también se siente mal y le es difícil cuidar por sus repentinos cambios de ánimo, a la vez le preocupa y hace que el cuidador se sienta agotado pero todo lo deja en manos de Dios porque algún día le recompensará por las cosas que hace, pero a pesar de eso le hace sentir triste y molesto, pero gracias a Dios todo es pasajero.

DISCURSO IV:

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente mucha responsabilidad, a la vez se siente preocupada por la situación que ésta atravesando, así mismo se siente desesperada y sola con toda ésta responsabilidad, lo cual hace que se sienta agotada y cansada de vivir ésta vida porque su familiar no se cuida y no valora el esfuerzo que hace para que se sienta mejor.

DISCURSO V:

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente cansado y preocupado por tener muchas responsabilidades, a la vez siente rabia y cólera por descuidar a su hijo y dejar de

se siente desesperado por no saber qué hacer, ni cómo actuar frente a la enfermedad, también se siente mal y le es difícil cuidar por sus repentinos cambios de ánimo, a la vez le preocupa y hace que el cuidador se sienta agotado pero todo lo deja en manos de Dios porque algún día le recompensará por las cosas que hace, pero a pesar de eso **le hace sentir triste y molesto**, pero gracias a Dios todo es pasajero.

DISCURSO VI: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente agotado y cansado, a la vez le es difícil tener que cuidar a su familiar, causándole preocupación **sintiéndose triste** al escucharla llorar; también siente mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor, por lo que le causa desesperación.

DISCURSO VII: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente mal y **triste** pero también agradece a Dios porque le da vida y fortaleza para seguir adelante en el cuidado de su familiar, a la vez se siente satisfecha y alegre por la actitud de sus madre de mejorar cada día, haciendo que se sienta tranquila y sin preocupaciones.

lado sus estudios, eso le causa mucha desesperación, pero cree en Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento, al mismo tiempo tiene mucha fé y sabe que todo le ira bien.

DISCURSO VI:

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente agotado y cansado, a la vez le es difícil tener que cuidar a su familiar, causándole preocupación sintiéndose triste al escucharla llorar; también siente mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor, por lo que le causa desesperación.

DISCURSO VII:

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente mal y triste pero también agradece a Dios porque le da vida y fortaleza para seguir adelante en el cuidado de su familiar, a la vez se siente satisfecha y alegre por la actitud de sus madre de mejorar cada día, haciendo que se sienta tranquila y sin preocupaciones.

DISCURSO VIII:

A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas

PREOCUPACIÓN

DISCURSOS: I,II,III,IV,V,VI

DISCURSO I: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, no le es fácil cuidar, se siente mal al ver a su madre triste y sin ganas de nada, a la vez siente frustración por no saber qué hacer ni cómo ayudarla, también siente tristeza, siente que su vida cambió totalmente, tiene **preocupación** porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de sus padres y eso le causa desesperación y enojo.

DISCURSO II: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente intranquilidad, a la vez desesperación y **preocupación** porque teme que su madre se enferme en cualquier momento y porque no sabe en que acabarán sus vidas, más aún el no tener a nadie con quien compartir sus tristezas y angustias hace que se sienta deprimida.

DISCURSO III: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente desesperado por no saber qué hacer, ni cómo actuar frente a la enfermedad, también se siente mal y le es

adultas mayores con diabetes, en principio no le preocupaba que a su madre le pudiera pasar algo porque la veía bien pero cuando la enfermedad fue avanzando su familiar fue empeorando por lo mismo se sentía enojada, estaba cansada, sola con toda la responsabilidad de cuidar de su familiar hasta que Dios decida apartarla de su lado.

difícil cuidar por sus repentinos cambios de ánimo, a la vez **le preocupa** y hace que el cuidador se sienta agotado pero todo lo deja en manos de Dios porque algún día le recompensará por las cosas que hace, pero a pesar de eso le hace sentir triste y molesto, pero gracias a Dios todo es pasajero.

DISCURSO IV: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente mucha responsabilidad, a la vez **se siente preocupada** por la situación que ésta atravesando, así mismo se siente desesperada y sola con toda ésta responsabilidad, lo cual hace que se sienta agotada y cansada de vivir ésta vida porque su familiar no se cuida y no valora el esfuerzo que hace para que se sienta mejor.

DISCURSO V: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente cansado y **preocupado** por tener muchas responsabilidades, a la vez siente rabia y cólera por descuidar a su hijo y dejar de lado sus estudios, eso le causa mucha desesperación, pero cree en Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento, al mismo tiempo tiene mucha fé y sabe que todo le ira bien.

DISCURSO VI: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente agotado y cansado, a la vez le es difícil tener que cuidar a su familiar, **causándole preocupación** sintiéndose triste al escucharla llorar; también siente mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor, por lo que le causa desesperación.

DESESPERACIÓN

DISCURSOS: I,II,III,IV,V,VI

DISCURSO I: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, no le es fácil cuidar, se siente mal al ver a su madre triste y sin ganas de nada, a la vez siente frustración por no saber qué hacer ni cómo ayudarla, también siente tristeza, siente que su vida cambió totalmente, tiene preocupación porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de sus padres y eso le causa **desesperación** y enojo.

DISCURSO II: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente intranquilidad, a la vez **desesperación** y preocupación porque teme que su madre se enferme en

cualquier momento y porque no sabe en que acabarán sus vidas, más aún el no tener a nadie con quien compartir sus tristezas y angustias hace que se sienta deprimida.

DISCURSO III: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, **se siente desesperado** por no saber qué hacer, ni cómo actuar frente a la enfermedad, también se siente mal y le es difícil cuidar por sus repentinos cambios de ánimo, a la vez le preocupa y hace que el cuidador se sienta agotado pero todo lo deja en manos de Dios porque algún día le recompensará por las cosas que hace, pero a pesar de eso le hace sentir triste y molesto, pero gracias a Dios todo es pasajero.

DISCURSO IV: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente mucha responsabilidad, a la vez se siente preocupada por la situación que ésta atravesando, así mismo **se siente desesperada** y sola con toda ésta responsabilidad, lo cual hace que se sienta agotada y cansada de vivir ésta vida porque su familiar no se cuida y no valora el esfuerzo que hace para que se sienta mejor.

DISCURSO V: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente cansado y preocupado por tener muchas responsabilidades, a la vez siente rabia y cólera por descuidar a su hijo y dejar de lado sus estudios, eso le causa mucha **desesperación**, pero cree en Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento, al mismo tiempo tiene mucha fé y sabe que todo le ira bien.

DISCURSO VI: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente agotado y cansado, a la vez le es difícil tener que cuidar a su familiar, causándole preocupación sintiéndose triste al escucharla llorar; también siente mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor, por lo que le causa **desesperación**.

AGOTAMIENTO Y CANSANCIO

DISCURSOS: III, IV, V, VI, VIII

DISCURSO III: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente desesperado por no saber qué hacer, ni cómo actuar frente a la enfermedad, también se siente mal y le es difícil cuidar por sus repentinos cambios

de ánimo, a la vez le preocupa y hace que el cuidador **se sienta agotado** pero todo lo deja en manos de Dios porque algún día le recompensará por las cosas que hace, pero a pesar de eso le hace sentir triste y molesto, pero gracias a Dios todo es pasajero.

DISCURSO IV: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, siente mucha responsabilidad, a la vez se siente preocupada por la situación que ésta atravesando, así mismo se siente desesperada y sola con toda ésta responsabilidad, lo cual hace que se sienta **agotada y cansada** de vivir ésta vida porque su familiar no se cuida y no valora el esfuerzo que hace para que se sienta mejor.

DISCURSO V: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, **se siente cansado** y preocupado por tener muchas responsabilidades, a la vez siente rabia y cólera por descuidar a su hijo y dejar de lado sus estudios, eso le causa mucha desesperación, pero cree en Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento, al mismo tiempo tiene mucha fé y sabe que todo le ira bien.

DISCURSO VI: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal

de personas adultas mayores con diabetes, se siente **agotado y cansado**, a la vez le es difícil tener que cuidar a su familiar, causándole preocupación sintiéndose triste al escucharla llorar; también siente mucho coraje de no poder hacer nada para que se sienta mejor, por lo que le causa desesperación.

DISCURSO VIII: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, en principio no le preocupaba que a su madre le pudiera pasar algo porque la veía bien pero cuando la enfermedad fue avanzando su familiar fue empeorando por lo mismo se sentía enojada, estaba **cansada**, sola con toda la responsabilidad de cuidar de su familiar hasta que Dios decida apartarla de su lado.

MUCHA RESPONSABILIDAD

DISCURSOS: IV,V,VIII

DISCURSO IV: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, **siente mucha responsabilidad**, a la vez se siente preocupada por la situación que ésta atravesando, así mismo se siente desesperada y sola con toda ésta responsabilidad, lo cual hace que se sienta agotada y cansada de vivir ésta

vida porque su familiar no se cuida y no valora el esfuerzo que hace para que se sienta mejor.

DISCURSO V: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente cansado y preocupado por tener **muchas responsabilidades**, a la vez siente rabia y cólera por descuidar a su hijo y dejar de lado sus estudios, eso le causa mucha desesperación, pero cree en Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento, al mismo tiempo tiene mucha fé y sabe que todo le ira bien.

DISCURSO VIII: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, en principio no le preocupaba que a su madre le pudiera pasar algo porque la veía bien pero cuando la enfermedad fue avanzando su familiar fue empeorando por lo mismo se sentía enojada, estaba cansada, sola con toda la **responsabilidad** de cuidar de su familiar hasta que Dios decida apartarla de su lado.

ENOJO

DISCURSOS: I,V,VIII

DISCURSO I: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, no le es fácil cuidar, se siente mal al ver a su madre triste y sin ganas de nada, a la vez siente frustración por no saber qué hacer ni cómo ayudarla, también siente tristeza, siente que su vida cambió totalmente, tiene preocupación porque llegó el día que tenía que ir a estudiar lejos de sus padres y eso le causa desesperación y **enojo**.

DISCURSO V: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente cansado y preocupado por tener muchas responsabilidades, a la vez siente **rabia y cólera** por descuidar a su hijo y dejar de lado sus estudios, eso le causa mucha desesperación, pero cree en Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento, al mismo tiempo tiene mucha fé y sabe que todo le ira bien.

DISCURSO VIII: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, en principio no le preocupaba que a su madre le pudiera pasar algo porque la veía bien pero

cuando la enfermedad fue avanzando su familiar fue empeorando por lo mismo se sentía enojada, estaba cansada, sola con toda la responsabilidad de cuidar de su familiar hasta que Dios decida apartarla de su lado.

DIVERGENCIAS

TRISTEZA VS ALEGRÍA

DISCURSO: VII

DISCURSO VII: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente mal y triste pero también agradece a Dios porque le da vida y fortaleza para seguir adelante en el cuidado de su familiar, a la vez se siente satisfecha y **alegre** por la actitud de sus madre de mejorar cada día, haciendo que se sienta tranquila y sin preocupaciones.

IDIOSINCRACIAS

PONEN SU FÉ EN DIOS

DISCURSOS: III, V, VII, VIII

DISCURSO III: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente desesperado por no saber qué hacer, ni cómo actuar frente a la enfermedad, también se siente mal y le es difícil cuidar por sus repentinos cambios de ánimo, a la vez le preocupa y hace que

el cuidador se sienta agotado pero **todo lo deja en manos de Dios** porque algún día le recompensará por las cosas que hace, pero a pesar de eso le hace sentir triste y molesto, pero gracias a Dios todo es pasajero.

DISCURSO V: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente cansado y preocupado por tener muchas responsabilidades, a la vez siente rabia y cólera por descuidar a su hijo y dejar de lado sus estudios, eso le causa mucha desesperación, pero **cree en Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento**, al mismo tiempo tiene mucha fé y sabe que todo le ira bien.

DISCURSO VII: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, se siente mal y triste pero también **agradece a Dios porque le da vida y fortaleza para seguir adelante** en el cuidado de su familiar, a la vez se siente satisfecha y alegre por la actitud de sus madre de mejorar cada día, haciendo que se sienta tranquila y sin preocupaciones.

DISCURSO VIII: A través del discurso se develó que el familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes, en principio no le

	<p>preocupaba que a su madre le pudiera pasar algo porque la veía bien pero cuando la enfermedad fue avanzando su familiar fue empeorando por lo mismo se sentía enojada, estaba cansada, sola con toda la responsabilidad de cuidar de su familiar hasta que Dios decida apartarla de su lado.</p>
--	--

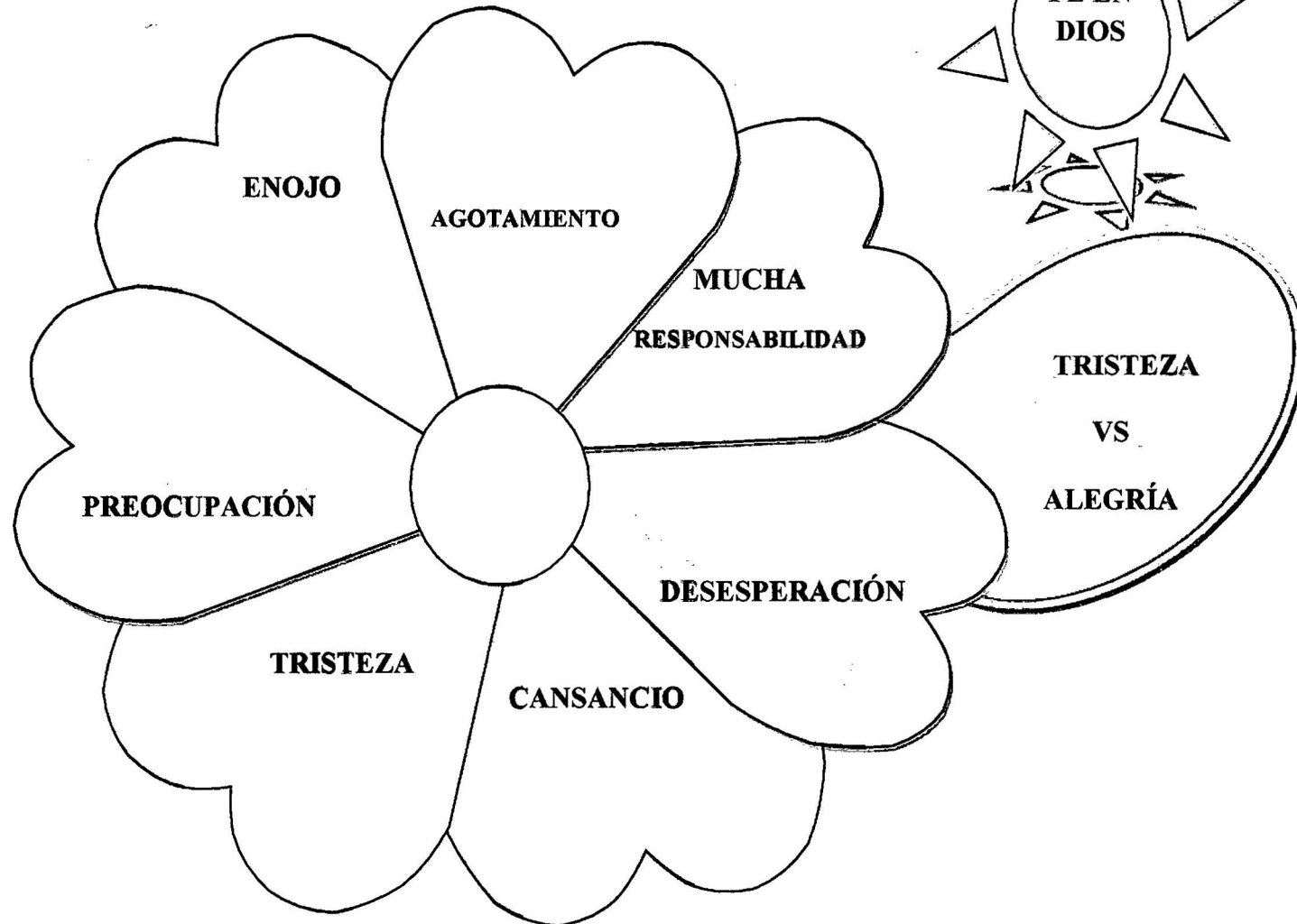
CUADRO NOMOTÉTICO

	UNIDADES DE SIGNIFICADO	DISCURSO Nº I	DISCURSO Nº II	DISCURSO Nº III	DISCURSO Nº IV	DISCURSO Nº V	DISCURSO Nº VI	DISCURSO Nº VII	DISCURSO NºVIII
C O N V E R G E N C I A S	Tristeza	Siente tristeza	Tristezas	Le hace sentir triste			Sintiéndose triste	Triste	
	Preocupación	Preocupación	Preocupación	Le preocupa	Se siente preocupada	Preocupado	Causándole preocupación		
	Desesperación	Desesperación	Desesperación	Se sienta desesperado	Se sienta desesperada	Desesperación	Desesperación		
	Agotamiento y cansancio			Se siente agotado	Agotada y cansada	Se siente cansada	Agotado y Cansado		Cansado
	Mucha Responsabilidad				Siente mucha responsabilidad	Muchas responsabilidades			Responsabilidad
	Enojo	Enojo					Siente rabia y cólera		

D I V E R G E N C I A S	Tristeza vs Alegría							Se sentía triste, mal. se siente tranquila, alegre.	
I D I O S I N C R A C I A	Fé en Dios			Todo lo deja en manos de Dios.		Cree en Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento.		Agradece a Dios y sabe que le ayudará en cualquier momento.	Hasta que Dios decida apartarla de su lado.

APROXIMACIÓN DEL FENÓMENO DEVELADO

“UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADOR”



Capítulo VI
REFLEXIONANDO

REFLEXIONANDO

El análisis de los datos, a través de las unidades de significado, permite comprender el fenómeno de las vivencias que experimenta el familiar cuidador principal, desde una perspectiva de adaptación a la experiencia de compartir nuevos cambios que se desencadenan frente al diagnóstico de la enfermedad; ya que puede conllevar a desencadenar problemas en el círculo familiar debido a los cambios inesperados o imprevistos conllevando a un desgaste físico, emocional del cuidador.

Son descritos a seguir ocho temas que retratan los diferentes aspectos de la experiencia del familiar cuidador.

MUCHA RESPONSABILIDAD

Este tema presenta la experiencia del cuidador principal, que está enfocado en el cuidado de un adulto mayor diabético, la cual involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer recuperaciones físicas, mentales y socioeconómico y por lo tanto comprometer la vida, salud, el bienestar no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidado; Por lo tanto cuidar de una persona con enfermedad crónica como es la diabetes, puede dar origen a una presión agobiante para este binomio paciente-cuidador dando origen a un sin fin de problemas de salud para ambos;. Así mismo se ven reflejados en los discursos IV, V, VII, donde se hace mención que cuidar de un paciente diabético demanda de mucha responsabilidad, ya que se encuentran solas enfrentando ésta situación.

Según Félix A. (2012), en su estudio “significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes”, que realizó en México y obtuvo como resultados: cuidar significa una tarea difícil, agotadora, que requiere de mucha responsabilidad, dedicación, coraje, paciencia y fuerza de voluntad; atributos que puedan estar relacionados con la carga de los cuidadores, la falta de apoyo social e incluso el hecho de que cursen en el proceso de envejecimiento; pero también consideran que cuidar es amor, placer y bendición.

Al realizar la reflexión respectiva sobre este tema resulta que se encuentra cierta convergencia con los resultados de Félix A, en su estudio “significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependiente”, donde mostraron innumerables las

dificultades y la falta de apoyo dentro del círculo familiar como social e incluso el hecho que estas personas cuidadas estén cursando el proceso de envejecimiento, siendo aún más complicado y de mucha responsabilidad tener que cuidar, por lo que cuidar de una persona con enfermedad crónica “implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas o acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada. Como también se hace hincapié en las recuperaciones físicas psicológicas y sociales que tiene el hecho de cuidar para el cuidador principal y sobre el proceso de atención a la familia que deberían desarrollar los profesionales, especialmente la enfermera.

AGOTAMIENTO Y CANSANCIO

Este tema debela que el cuidador de un adulto mayor diabético, muchas veces atraviesa por momentos críticos relacionados con el estrés, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia que en muchas ocasiones actúan como jueces, conllevando todo esto a que el cuidador pueda presentar el síndrome del cuidador, conocido en el ámbito de la enfermería como cansancio en el rol del cuidador, por lo que es importante contar con redes de apoyo como los familiares, amistades o recursos de la sociedad. Así mismo se ven reflejados en los discursos III,IV,V,VI,VIII, donde el cuidador se siente mal, muchas veces le es difícil cuidar por sus repentinos cambios de ánimo y el esfuerzo que ellos hacen para que se sientan mejor, sintiéndose muchas veces cansados, se sienten preocupados y solos.

Según Stetz, K; et al. (2004), en sus reportes los cuidadores señalan que no saben la evolución de la enfermedad de su ser querido, sentirse solos, la fatiga física de responder por muchos roles y el cansancio emocional son malos compañeros en estas experiencias. Las situaciones familiares, la intolerancia de quienes no comprenden la experiencia y las exigencias explícitas o implícitas de su ser querido los hacen sentirse en algunos momentos sometidos. Los riesgos para la salud son evidentes, aunque en algunas condiciones son más dramáticos que en otras, por el estigma social y la perspectiva de la pérdida.

Según Alvarado B, síndrome de desgaste del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que enfrenta el cuidador por el cambio radical de vida, así como el desgaste que

le genera la persona enferma, la cual suele ser un familiar o un ser querido que va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y mentales. El desgaste que causa hacerse cargo de un paciente puede ocasionarles problemas interpersonales, así como sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pérdida de energía, sensación de cansancio y aislamiento. Por lo cual este síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos, repercutir en la salud física del cuidador y en su estado de ánimo.

Al realizar la reflexión respectiva sobre este tema resulta que se encuentra cierta convergencia con los resultados de Stetz K; et.al, y Alvarado, B. a medida que el paciente se vuelve dependiente por el progreso de la enfermedad y debilidad física, el cuidador pasa a asumir actividades relacionadas a la atención de sus necesidades fisiológicas como nutrición, higiene y comodidad. Al principio, esas actividades son razonablemente toleradas, pero luego de un período de tiempo ellos sobrecargan los quehaceres diarios del cuidador y provocan el desgaste físico. Por lo tanto el hecho de cuidar, repercute sobre la salud familiar y especialmente sobre la salud del cuidador principal, por ende ello representa una sobrecarga física y emocional que altera su vida, teniendo como consecuencia el llamado síndrome del cuidador; provocando un desgaste del cuidador primario y suelen estar provocados, por la dificultad que enfrenta el cuidador por el cambio radical en su vida, así como el desgaste que le genera la persona enferma, la cual suele ser un familiar o un ser querido que va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y mentales como en este caso de los adultos mayores.

ENOJO

Según Flores, D. es un estado emocional que varía en intensidad yendo de la irritación leve a la furia intensa. Como otras emociones, está acompañada de cambios fisiológicos y biológicos. También menciona, que es una emoción totalmente normal y generalmente sana, pero cuando está fuera de control y se vuelve destructiva que puede conducir a diversos problemas como: problemas en el trabajo, en las relaciones personales y en la calidad de vida de la persona, y puede dar sensación de que se está a la merced de una emoción imprevisible y poderosa.

Así mismo se ven reflejados en los discursos I, V, VIII, donde el cuidador al experimentar un sinnúmero de cambios en su vida, surgen muchas veces sentimientos de enojo.

Al reflexionar sobre este tema se llegó a la conclusión que en los discursos se ven reflejados muchas veces que el cuidador siente enojo porque se encuentran solos enfrentando ésta situación y a pesar que el cuidador deja muchas cosas en su vida para dedicarse a cuidar de su familiar, ellos muchas veces no les muestran agradecimiento por el cuidado que reciben.

TRISTEZA

Según Flores, D. la tristeza es un sentimiento negativo que se caracteriza por el caimiento en el estado de ánimo habitual que se acompaña en una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual, cuya experiencia subjetiva oscila entre la congoja leve y la pena intensa. Los estados de “gozosa tristeza“, se dan cuando los complacemos con la conmiseración propia, e inmersos en un estado de autarquía afectiva, sentimos piedad por nosotros mismos. La tristeza también puede surgir como respuesta a una emoción positiva tan intensa que se torna dañina (saberse por fin de estar libre de una enfermedad), en esos casos se genera un gozo tan intenso que desborda la capacidad de la persona para manejarlo, estimulando de este modo la emergencia de un estado de aflicción más o menos intenso que sume al individuo en un desconcierto emocional transitorio.

Respecto a este tema nos devela que los sentimientos son el común denominador de la mayoría de los casos, así se ven reflejados en los discursos I, II, III, VI, VII, donde el cuidador al experimentar estos cambios sienten tristeza por no saber que hacer, ni como actuar frente a las complicaciones que desencadena la diabetes. Siendo la tristeza una de las emociones básicas del ser humano, también un estado afectivo provocado por un decaimiento moral, provocando la caída del estado de ánimo; denotando así una expresión de dolor a través del llanto, el rostro abatido, el descenso del autoestima, sentimientos de pesimismo, desesperanza y desanparo. Conforme el tiempo de cuidar se hace mas amplio existen más probabilidades que el cuidador experimente cambios en su estado anímico, tiene mas probabilidad de acumular experiencias de pérdidas importantes en diferentes áreas de su vida, puede presentar un animo predominantemente bajo y un sentimiento de tristeza.

La expresión de tristeza puede tener dos fuentes: una en el enfrentamiento de la finitud de la vida y la otra en la pérdida de “su propia vida“, en la mayoría de los casos, las acciones de cuidar ocupan todo el tiempo de la persona, que ya no tiene un momento más para

cuidar de sí mismo y escuchar sus propias necesidades sean estas físicas, afectivas, familiares o sociales.

Al develar al fenómeno estudiado se evidencia que el cuidador muchas veces se ve sumergido en el impacto de la enfermedad, porque experimenta cada cambio, complicaciones del familiar conllevándole muchas veces a una tristeza por el estado de salud de su familiar, son abatidos por la desesperación, no obstante llegan a aceptar su situación con cierta dificultad, muchas veces creyendo que todo ese proceso es parte de las pruebas que Dios les pone en su camino, donde con fé superan todos los obstáculos con el único propósito que su familiar se sienta bien.

PREOCUPACIÓN

Según Flores, D. es un sentimiento de inquietud, temor o intraquilidad que se tiene por una persona, una cosa o una situación determinada. Bajo este concepto se consideran estos tres aspectos al cual están sometidos de manera directa o indirectamente los individuos durante el envejecimiento, ya que éste por largo períodos interfieren con la vida diaria, las relaciones y la tranquilidad misma.

Respecto a este tema nos devela que el cuidador vivencia un gran cambio en su vida, realizando una comparación en el antes y después de tener a su cuidado a un familiar diabético; así mismo se ven reflejados en la mayoría de los discursos I, II, III, IV, V, VI, asiendo que el familiar cuidador pueda tener sentimientos de preocupación en relación con los problemas actuales, venideros y con mayor inseguridad para enfrentarse a ellos.

Al reflexionar sobre este tema se llegó a la conclusión que el simple hecho de cuidar a un ser querido pueda ser una tarea gratificante, pero también puede ser cansadora generando angustia, preocupación, siendo comunes en los que cuidan a personas con enfermedad crónica.

DESESPERACIÓN

Según Flores, D. es la pérdida total de la esperanza, a la cólera, despecho o enojo. Las personas desesperadas pueden llegar a perder el control de sí mismas e incluso pueden llegar a dañarse, tirándose de los pelos o dándose cabezazos, y en casos extremos hay serio peligro de suicidio. Ante la desesperación, las personas tienden a mostrarse ansiosas,

furiosas y angustiadas. Poseen la sensación de haber caído en un pozo muy profundo, donde todo es oscuridad, no consiguen ver el camino que les saque de esa situación. Sin embargo, por muy justificada que esté esa sensación hay que saber actuar, saber que a pesar de todos los problemas no podemos quedarnos quietos cautivos de la tristeza y del dolor. Quienes se sienten desesperadas sienten verdadero dolor, podríamos llamarlo dolor del alma, sufren y no saben cómo afrontar esa situación que tanto dolor les está causando. En este sentido estaba reflejado en la gran mayoría de la población entrevistada, encontrándose en los discursos I, II, III, IV, V, VI, VIII.

Según Araujo, M; et, al. (2011); las personas viven esta experiencia con angustia, desesperación y dolor físico acompañado de importantes limitaciones personales, impuestas por el tratamiento, lo que les provoca angustia y desesperación.

Al realizar la reflexión respectiva sobre este tema resulta que se encuentra cierta convergencia con los resultados de Araujo, M; et, al. (2011), donde las personas expresan que viven ésta experiencia con angustia y desesperación; por lo tanto el cuidador familiar al experimentar cambios de manera que al expresar sus sentimientos a la persona cuidada tienen diferentes matices, generalmente son gratificante pero alguna veces son complejos, expresando resignación e impotencia, soledad, desesperación. A veces existe quejas sobre comportamientos poco amables por parte de la persona cuidada, aunque se intentan muchas veces justificar.

TRISTEZA VS ALEGRÍA

Según Flores D, es una de las emociones básicas del ser humano, es un estado afectivo provocado por un decaimiento moral, provocando la caída del estado de ánimo, también se dice que es una expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, un descenso de la autoestima y sentimientos de pesimismo, desesperanza y desamparo. Conforme el tiempo de cuidar se hace más amplio existen más probabilidades que el cuidador experimente cambios en su estado anímico, tienen más probabilidad de acumular experiencias de pérdidas importantes en diferentes áreas de su vida; puede presentar un ánimo predominantemente bajo y un sentimiento de tristeza.

Según Flores D, es el sentimiento positivo que surge cuando la persona experimenta una atenuación en su estado de mal estar, cuando consigue una meta o cuando tiene una

experiencia estética. Su duración es breve y ocasionalmente se experimenta un estado de placer intenso o éxtasis. Se encuentra dentro del nivel más básico de las emociones del bienestar, es el grato y vivo movimiento del ánimo que se manifiesta como: gozo, dicha y júbilo.

En tal sentido estaba reflejado en el discurso VII; que devela la experiencia de cuidar a su madre, le produce sentimientos encontrados ya que por una parte, siente que realiza un sacrificio que le significa estar postergando su familia actual, su salud y expectativas de vida, a lo que se suma enojo e impotencia por querer satisfacer correctamente las necesidades del familiar enfermo; pero por otra parte, resalta en ella tranquilidad y satisfacción por estar realizando esta labor de cuidadora. Este sentimiento de satisfacción produce también alegría, la que se manifiesta como el momento de disfrutar a pesar de todo la labor de cuidadora y satisfacer las necesidades de su ser querido lo que tiene el significado de una recompensa por la labor realizada.

Según Félix, A. (2012), también refiere que cuidadores (as), significa que es una tarea difícil, agotadora que requiere de mucha responsabilidad, dedicación, coraje, paciencia y fuerza de voluntad, atributos que pueden estar relacionados con la carga de los cuidadores, la falta de apoyo social e incluso el hecho de que cursen en el proceso de envejecimiento; pero también consideran que cuidar es amor, placer y bendición.

Al realizar la reflexión respectiva sobre este tema resulta que se encuentra cierta convergencia con los resultados de Félix, A. (2012), donde expresan que cuidar de una persona con enfermedad crónica muchas veces le es una tarea difícil, triste; pero a su vez consideran que cuidar es de mucha alegría porque cuidan de un ser querido.

FÉ EN DIOS

Es la primera de las virtudes teologales, que nos permite creer, aun sin comprenderlas; también es aceptar los designios de Dios aunque no los entendamos, aunque no nos gusten. Si tuviéramos la capacidad de ver el fin desde el principio tal como Él lo ve, entonces podríamos saber por qué a veces conduce nuestra vida por sendas extrañas y contrarias a nuestra razón y a nuestros deseos. La fe siempre saca algo valioso de lo aparentemente inexistente; puede hacer que brille el tesoro de la generosidad en medio de la pobreza y el desamparo, llenando de gratitud al que recibe y al que da.

Es la disposición natural de las personas para creer y confiar encuentra una seguridad y una certeza muy grande en la virtud teologal de la fe, porque es confiar en Dios, quien nunca nos falla ni nos abandona, que ni se engaña ni nos puede engañar. En este sentido estaba reflejado en la gran mayoría de la población entrevistada, encontrados en los discursos III, V, VII, VIII.

Según Marriner, A; et, al. 1994, el autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

Según Cifuentes, J; et, al. 2005, la aparición de la Diabetes Mellitus sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada que conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura" y que precisa tratamiento para siempre; la familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos.

Al realizar la reflexión respectiva sobre este tema resulta que se encuentra cierta convergencia con los resultados de Jannette, C. et, al; y la teoría de autocuidado de Dorotea Orem; se concluyó de que sí existe una relación, donde el familiar adopta y procesa la enfermedad como una bendición que pone Dios en el transcurso de sus vidas y como brindar una ayuda humanizada al prójimo, en este caso hablamos de un ser querido que de una u otra manera sea la religión o la creencia que tengamos siempre se adopta una posición de amor y entrega para nuestro ser querido.

Capítulo VII

CONSIDERACIONES FINALES

CONSIDERACIONES FINALES

- ❖ Se ha podido identificar en el estudio realizado, que el cuidador muchas veces se encuentra sin el apoyo de la familia en el cuidado de la persona enferma, causándole enojo por la gran responsabilidad que deben asumir, ya que no solo se encuentran enfrentando los problemas que esta enfermedad desencadena, sino también a los cambios propios del envejecimiento; conllevándole al cuidador a tener agotamiento y cansancio; provocándole muchas veces desesperación y tristeza reflejados muchas veces en la alteración de su propia salud.

- ❖ Los sentimientos que expresa el cuidador en relación a la persona cuidada tienen diferentes matices, que generalmente son gratificantes pero algunas veces son complejos, porque expresan sentimientos como tristeza y a la vez alegría porque cuidan de un ser querido.

- ❖ Aunque son miembros de la familia los que ejercen la función de cuidar, suele ser una sola persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad y por lo tanto soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente, donde el cuidador por el mismo hecho de cuidar a un ser querido adopta y procesa la enfermedad según sus creencias religiosas, su cultura, tornándose muchas veces como una prueba que Dios a puesto en su camino superando todas éstas adversidades con fé.

Capítulo VIII
RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

❖ **AL DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-JAÉN**

A implementar programas en los hospitales que estén enfocados en el “cuidado” que deben recibir las personas con enfermedades crónicas; que estén netamente dirigidos a los cuidadores ya sean familiares o particulares, haciendo que el cuidador tenga conocimientos acerca de la enfermedad y a la vez conozca el verdadero arte de “cuidar” en todos sus ámbitos, para así no solo ayudar en la recuperación del paciente si no también prevenir las complicaciones que ésta enfermedad desencadena, a la vez y también dar a conocer cuan importante es la integración de la familia a este proceso de enfermedad.

❖ **A LOS DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNTRM-A.**

Enfatizar “el cuidado” en los estudiantes a través de las prácticas vivenciales; así mismo la inclusión de temas sobre el cuidado que debe recibir el familiar cuidador o la persona que brinda cuidados a pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo II.

❖ **A LOS FAMILIARES Y PERSONAS PARTICULARES CUIDADORES DE PACIENTES DIABÉTICOS EN LA CIUDAD DE JAÉN**

Asistir a las diferentes actividades preventivas promocionales organizadas por el centro del Adulto Mayor para incrementar sus conocimientos sobre los cuidados que deben brindar a un adulto mayor con diabetes mellitus tipo II, proporcionándoles una mejor calidad de vida; como también implementar programas de recreación para los cuidadores donde expresen sus sentimientos y de esa manera puedan tener una mejor calidad de vida, contando con la participación de toda la familia.

Capítulo IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE LIBROS

- Marriner Ann, et al. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem. En: Modelos y Teorías. Madrid: Editorial Mosby, 1994: 186-182.
- Marriner Ann, et al. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem. En: Modelos y Teorías. España: Editorial Elsevier, 2006: 295-267.
- Tello C. Aportes Para Su Operacionalización. En: La Investigación Cualitativa. Trujillo: Editorial Copyright, 2004: 41-31.

DE TESIS Y MONOGRAFÍAS

- Barrera L. (2005). “Evaluación de un programa de fortalecimiento de habilidades de cuidado dirigido a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica”. Colombia. Tesis para optar el grado de Mg. en enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Págs. 3-9.
- Camargo P. (2000). “La experiencia de vivir y cuidarse en una situación de enfermedad crónica en individuos residentes en el Municipio de Funza”. Colombia. Tesis para optar el título de Mg. en enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Págs. 21-32.
- Félix A. (2012). “Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas”. Tesis para optar el título doctoral. Departamento de Enfermería. España. Págs.10-12.
- Isla P. (2000). “El cuidador familiar una revisión sobre la necesidad del cuidado domestico y sus repercusiones en la familia”.Tesis para optar el título de lic. en enfermería. Facultas de Enfermería. Barcelona. Págs. 187-189.
- León G. (1998). “Develando el ser de la enfermera de Salud Comunitaria”. Chile Tesis para optar Mg. en Enfermería Comunitaria. Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción. Págs. 20-23, 25, 28-29.
- Tejada L; et, al. (2006). “Percepciones de enfermos diabéticos y sus familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento”. México. Tesis para optar el título de magíster

en enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Págs.16-21.

ARTÍCULOS DE REVISTAS

- Griffin M. (1993). “Cuidando a los cuidadores: el rol de enfermería en un establecimiento corporativo”. Revista Atlas. México, Vol. (4). Págs. 42-56.
- Grupo de Cuidado Universidad Nacional de Colombia. (1998) “Avances conceptuales del grupo de cuidado en dimensiones del cuidado”. Revista Unibiblos Colombia, Vol. (6). Págs. 86-92.
- Isla P; et, al. (2000). “El cuidador familiar: una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones. Revista cubana cultura de los cuidados Cuba, Vol. (4). Págs. 187-194.
- Johnson M. (1999). “Nursing outcomes classification (NOC): estresores del cuidado”. Revista Mosby Year Book EEUU. Vol. (1). Págs. 65-71.
- Pinto N. (2000). “Modelo de cuidado en el hogar para pacientes que viven enfermedad crónica-cuidado y práctica de enfermería. Revista Unibiblos Bogotá, Vol. (4). Págs. 36-48.
- Pinto N; et, al (2000). “El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad”. Revista Unibiblos Bogotá, Vol. (3). Págs. 22-27.
- Sánchez B. (2002). “El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica. Revista Latina-Actualizaciones en enfermería. Colombia, Vol. (2) Págs. 13- 17.
- Stetz K; et, al. (2004). Physical and Psychosocial Health in Family Caregiving: A Comparison of AIDS and Cancer Caregivers. Public Health Nursing;21(6):533-540.
- Stoltz P; et, al. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. Scandinavian Journal of Caring Sciences; Vol. (3) Págs. 111-119.

SITIOS EN RED

- Aldrete R; et, al. “Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II”. Disponible en: www.insp.mx/salud/35/355-5s.html-32k. Accesado el 15/02/2014.
- Alvarado B. “Desgaste físico y emocional del cuidador primario en diabetes”. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/cuidador_primario. Accesado el 23/11/2014
- Asociación de Diabéticos en Jaen-Adén “La diabetes y sus complicaciones”. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/diabetes/tag/universidad-de-jaen/jaen>. Accesado el 18/01/2014.
- Cifuentes J; et, al. “Osorno tendencias en salud pública- controla tu diabetes”. Disponible en: http://www.com/un_diabetico_en_la_familia.htm-26k Familiar y Comunitaria y Promoción. Accesado el 18/01/2014.
- Díaz R. “El hombre y sus vivencias”. Disponible en: http://www.com/diazolguin.wordpress.com/2008/07/17//http://diazolguin.wordpress.com/2008/07/17/el-Segun_informes_de_la_Oficina_de_Estadistica_e_Informatica_del_Ministerio_de_Salud”. Accesado el 18/01/2014.
- Dueñas J. “Modelos y teorías”. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/dueñas/teorías.htm>. Accesado el 16/02/2014.
- Echegoyen O. “Fenomenología”. Disponible en: <http://www.e-torredebabel.com>. Accesado: 24/09/2014.
- Flores D. “Sentimientos encontrados en las personas cuidadoras primarias”. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300004&script=sci=arttext_sentimientos. Accesado el 01/12/2014.
- Gasteiz V. “Métodos diagnósticos para diabetes mellitus”. Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf. Accesado el 04/03/2014.

- Guía rápida de autocuidado para personas con diabetes. Disponible en https://www.prescriptionsolutions.com/rxsol/live/chp/rxsolutions.../diabetes.../SelfCareQuickGuideForPeopleWithDiabetes_Spanish.pdf. Accesado el 01/10/2014.
- Hurssel E. “Fenomenología de Husserl”. Disponible en: <http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/gargola/sergio.htm>. Accesado el 19/02/2014.
- Hurssel E. “Fenomenología de Husserl”. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Nomot%C3%A9tica>. Accesado el 19/02/2014.
- Huerta A. “Vida y Salud para Diabéticos”. Disponible en: <http://www.panoramacajamarquino.com/noticias>. Accesado el 19/02/2014.
- Luengo R. “Validación de estudios cualitativos”. Disponible en: http://www.validación1_48297201011458.pdf. Accesado el 01/10/2014.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). “Documento de plan de acción regional para la promoción de la salud en las América”. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>. Accesado el 19/02/2014.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). “Declaración de las América sobre la diabetes, promoción y prevención de la enfermedad”. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>. Accesado el 19/02/2014.
- Rodríguez A; et, al. “Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II”. Disponible en: www.insp.mx/salud/35/355-5s.html - 32k. Accesado el 02/03/2014.
- Rodríguez S; et, al. “Intervención educativa de la enfermera comunitaria en la promoción del autocuidado en el paciente diabético atendido en la unidad diabetológica-Educación Diabetes y familia”. Disponible en: www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/02_educacion/06_viviendo/08.htm - 5k. Accesado el 02/03/2014.

- Sgreccia E. “El rigor y la ética aplicados en la investigación”. Disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/5570/1/MONS.ELIO%20SGRECCIA.pdf>. Accesado el 03/03/2014.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA**

ANEXO N° 01

Yo.....abajo
firmante, declaro que acepto participar en la investigación : **VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS. ASENTAMIENTO HUMANO MORRO SOLAR BAJO. JAÉN-2014**, siendo realizado por la estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Nazly Nijath Pérez Sanchez. Que tiene como objetivo Comprender el fenómeno de las vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus. Asentamiento Humano Morro Solar Bajo. Jaén-2014.

Acepto pues participar de las entrevistas que serán grabadas por el investigador en cuanto a mis vivencias asumiendo que las informaciones dadas serán solo de conocimiento del investigador y su asesora quienes garantizan el respeto y secreto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, sin ser mencionado mi nombre, así mismo teniendo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que este genere algún perjuicio y/o gasto.

Sé que de tener dudas de mi participación podre aclararlos con el investigador

Firma de la informante

Firma del Participante



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXOS N° 02

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado participante:

La investigadora del proyecto para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atentamente,

.....

Nazly Nijath Pérez Sanchez

Tesista



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 03

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

I.- PRESENTACION

Con el debido respeto que se merece tenga Ud. Buen día el motivo de mi visita es para informarle sobre el trabajo de investigación que estoy realizando, el título es **VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS**, el cual a través de su colaboración con una entrevista nos permitirá comprender las vivencias sobre del familiar cuidador, el cual posteriormente a los resultados nos servirá de mucho para realizar atenciones más personalizadas de acuerdo a los problemas de salud tanto físicas como emocionales que se encuentren.

II.- DATOS GENERALES

- Edad:
- Sexo:
- Estado civil:
- Procedencia:
- Ocupación:

III.- PREGUNTA ORIENTADORA

¿Qué siente usted cuidar de su familiar diabético?

- ¿Qué más?
- ¿Qué más?
- ¿Qué más?