

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL  
DE HUAMANGA**

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



**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE  
CUIDADOS DOMICILIARIO A CUIDADORES INFORMALES DE  
PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO  
DEGENERATIVAS EN EL DISTRITO DE AYACUCHO, 2014**

Tesis para optar el título profesional de:

**LICENCIADO(A) EN ENFERMERIA**

Presentado por:

Bach. FERNANDEZ LEÓN, Juan Carlos.

Bach. GARCÍA SOTOMAYOR, Ana María.

**AYACUCHO – PERÚ**

**2014**

## Acta de sustentación de Tesis

RDN° 119-FC de la S- UNSCH-2015

Srta. Ana María García Sotomayor  
Sr. Juan Carlos Fernández León

En la ciudad de Ayacucho, siendo las diez y diez de la mañana del día dieciséis de octubre del dos mil quince, se reunieron en el auditorio del Departamento de Enfermería los miembros del jurado evaluador conformado por:

- Mg. José Manuel Diez Macavilca (Presidente)
- Dr. Héctor Huaraca Rojas (Miembro)
- Lic. Arturo Morales Silvestre (Miembro)
- Dra. Marizabel Llamocca Machuca (Miembro- Asesora)

Bajo la presidencia del primero de los nombrados en calidad de Decano (e) de la Facultad de Ciencias de la Salud y actuando como Secretaria Docente a la Mg. QF. Castilla Torres Nancy Victoria.

Acto seguido el Sr. Presidente del jurado evaluador solicita a la Secretaria Docente a dar lectura a los documentos que obran en mesa, ente ellos:

- Expediente N° 004385 de fecha 30 de septiembre, presentado por la Srta. García Sotomayor, Ana María y el Sr. Fernández León, Juan Carlos.
- Resolución Decanal N° 119-FC-de la S- UNSCH- 2015 del 30 de septiembre del 2015.

A continuación el presidente del jurado invita a los sustentantes a exponer el trabajo de tesis titulado "Aplicación de un programa educativo sobre cuidados domiciliarios a cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónico degenerativas en el distrito de Ayacucho 2014", en el tiempo prudencial según reglamento de la Escuela de Enfermería. Concluida la presentación del trabajo de tesis, el Sr. Presidente invita a los miembros del jurado evaluador, a formular las preguntas pertinentes al trabajo de tesis sustentado.

Concluida la ronda de preguntas y absueltas las mismas el presidente del jurado solicita a los aspirantes y al público en general a abandonar momentáneamente el auditorio para la deliberación del jurado evaluador.

Luego del cual los miembros del jurado otorgan las notas que se plasman en el siguiente resumen:

- Para la Srta. Ana María García Sotomayor

| Rubros                          | Nota de texto | Nota de exposición. | Nota de preg. Y resp. | promedio  |
|---------------------------------|---------------|---------------------|-----------------------|-----------|
| Mg. José Manuel Diez Macavilca  | 17            | 17                  | 17                    | 17        |
| Dr. Héctor Huaraca Rojas        | 16            | 15                  | 17                    | 16        |
| Lic. Arturo Morales Silvestre   | 16            | 15                  | 17                    | 16        |
| Dra. Marizabel Llamocca Machuca | 16            | 15                  | 17                    | 16        |
| <b>Promedio</b>                 |               |                     |                       | <b>16</b> |

- Para el Sr. Juan Carlos Fernández León

| Rubros                          | Nota de texto | Nota de exposición | Nota de preg. Y resp. | promedio  |
|---------------------------------|---------------|--------------------|-----------------------|-----------|
| Mg. José Manuel Diez Macavilca  | 17            | 17                 | 17                    | 17        |
| Dr. Héctor Huaraca Rojas        | 16            | 16                 | 17                    | 16.3      |
| Lic. Arturo Morales Silvestre   | 16            | 16                 | 17                    | 16.3      |
| Dra. Marizabel Llamocca Machuca | 16            | 16                 | 17                    | 16.3      |
| <b>Promedio</b>                 |               |                    |                       | <b>16</b> |

Luego de una amplia deliberación los miembros del jurado concluyen en otorgar las siguientes notas para cada uno de los sustentantes.

1º Aprobar por unanimidad a la Srta. Ana María García Sotomayor con la nota de dieciséis.

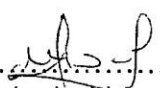
2º Aprobar por unanimidad al Sr. Sustentante Juan Carlos Fernández León con la nota de dieciséis.

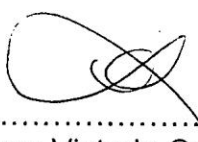
Se concluye el acto de sustentación, no sin antes recomendar que se levanten las observaciones, recomendadas por cada miembro del jurad. Para dar fe de lo actuado se firma al pie del acta y se concluye a las once y cincuenta y cinco.

  
.....  
Mg. José Manuel Diez Macavilca  
Presidente

  
.....  
Dr. Héctor Huaraca Rojas  
Miembro

  
.....  
Lic. Arturo Morales Silvestre  
Miembro

  
.....  
Dra. Marizabel Llamocca Machuca  
Miembro- asesor

  
.....  
Mg. Nancy Victoria Castilla Torres  
Secretaria Docente

## RESUMEN

### APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS DOMICILIARIOS EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS, EN EL DISTRITO DE AYACUCHO, 2014

*Juan Carlos Fernández León<sup>1</sup>, García Sotomayor, Ana María<sup>2</sup>*

Los programas educativos son procesos planificados y sistemáticos de enseñanza aprendizaje orientados a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y evitar las prácticas de riesgo. El propósito principal es la búsqueda de conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos integrantes de la comunidad en el sentido de una salud positiva por ello se elaboró el presente estudio titulado "Aplicación de un programa educativo sobre cuidados domiciliarios a cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónico degenerativas, en el distrito de Ayacucho, 2014". Que tuvo como objetivo: Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método fue cuasi experimental, Las técnicas fueron la entrevista y observación; el instrumento es el cuestionario y guía de observación, la muestra/población se conformó por 30 cuidadores. Los resultados: referidos en cuanto al nivel de conocimiento de los cuidadores informales, son del total de la muestra, 56.7% los hijos son cuidadores informales; de ellos 26,7% tenía un desconocimiento acerca de los cuidados antes de la aplicación del programa educativo, presentando después de la aplicación del programa educativo 43,4% conocimiento avanzado.

En cuanto a la efectividad del programa, se concluye que antes de la aplicación del programa educativo del total de la muestra 43,3% y 56,7% presentaban un conocimiento entre básico e intermedio respectivamente y después de la aplicación del programa educativo presentaron 23,3% y 76,7% un conocimiento entre intermedio y avanzado respectivamente. Conclusión: la aplicación del programa educativo dirigido al cuidador informal fue efectiva.

---

<sup>1</sup> Bachiller en ciencias de enfermería. Email: juanchi\_leon\_f@hotmail.com

<sup>2</sup> Bachiller en ciencias de enfermería. Email: anita\_16302@hotmail.com

**PALABRAS CLAVE:** programa educativo, cuidador informal.

### **ABSTRAC**

#### **IMPLEMENTATION OF AN EDUCATIONAL PROGRAM ON CARE HOME IN INFORMAL CAREGIVERS OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES DEGENERATIVE, DISTRICTS OF AYACUCHO, 2014.**

*Juan Carlos Fernández León<sup>1</sup>, García Sotomayor, Ana María<sup>2</sup>*

Educational programs are planned and systematic teaching process aimed at making easier the acquisition, selection and maintenance of healthy practices and avoid risky practices. The main goal is the pursuit of knowledge, attitudes and behaviors of individual members of the community in the sense of a positive health therefore this study was prepared entitled" application of an educational program on household care for informal caregivers of patients with chronic diseases degenerative districts of Ayacucho, 2014 we aimed to determine the effectiveness of the implementation of home care education program in informal caregivers of patients with chronic degenerative diseases. In order to obtain reliable and valid data to raise a care according to the needs presented by this group at risk. The methodology used was quantitative, application level, was quasi- experimental method, the technique was interview and observation; the survey instrument and observation guide, the sample comprises 30 caregivers. Results : refer to the level of knowledge of informal caregivers are the total sample , 56.7 % children are informal caregivers ; 26.7 % of them had a lack of knowledge about the care before the implementation of the educational program , submitted after the application of the educational program advanced knowledge 43.4 % .

As for the effectiveness of the program, it is concluded that before the implementation of the educational program of all the sample 43.3 % and 56.7 % had knowledge between basic and intermediate respectively and after the implementation of the educational program presented 23 , 3% and 76.7 % knowledge between intermediate and advanced respectively. Conclusion : the implementation of the educational program for the informal caregiver was effective.

**KEY WORDS:** educational program, informal caregiver.

---

<sup>1</sup> Bachellor of science in nursing. Email: juanchi\_leon\_f@hotmail.com

<sup>2</sup> Bachellor of science in nursing. Email: anita\_16302@hotmail.com

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy.

A mi madre, por su esfuerzo y apoyo constante a lo largo de mi vida y en todo mi trayecto estudiantil.

A mi padre quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.

A mi hermano por siempre confiar en mí y brindarme su apoyo poniéndose muchas veces en el papel de padre.

A mi familia y amigos en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

A mis maestros quienes marcaron cada etapa de mi camino universitario, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A todos, por contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

**Ana María**

## **DEDICATORIA**

A mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia, por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, los valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, y el coraje para conseguir mis objetivos.

A todos aquellos que compartieron momentos gratos conmigo.

**Juan Carlos**

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestra alma mater Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por permitirnos alcanzar nuestra profesión con sentido social y humanitario.

A la Escuela de Enfermería y su plana docente, por guiarnos durante el transcurso de nuestra profesión de pregrado.

A la asesora de nuestra investigación: Dra. Marizabel Llamocca Machuca por guiarnos en todo el proceso de la investigación.

A los cuidadores informales quienes colaboraron de manera voluntaria y con empeño y voluntad de aprender, por brindarnos su tiempo y las facilidades para la ejecución del estudio

## CONTENIDO

|                     |     |
|---------------------|-----|
| RESUMEN.....        | ii  |
| ABSTRAC.....        | iii |
| DEDICATORIA.....    | iv  |
| AGRADECIMIENTO..... | vi  |
| CONTENIDO.....      | vii |
| INTRODUCCIÓN.....   | 9   |

### CAPITULO I REVISION BIBLIOGRAFICA

|   |    |
|---|----|
| ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....                        | 15 |
| BASE TEÓRICA.....                                   | 21 |
| 1.2 PROGRAMA EDUCATIVO.....                         | 21 |
| 1.2.2 PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD.....              | 22 |
| 1.3 CUIDADO.....                                    | 23 |
| 1.3.1 CUIDADO DOMICILIARIO.....                     | 23 |
| 1.4 CUIDADOR.....                                   | 24 |
| 1.4.1 CUIDADOR INFORMAL.....                        | 25 |
| 1.4.2 IMPORTANCIA DEL CUIDADOR INFORMAL.....        | 26 |
| 1.4.3 FUNCIÓN PRINCIPAL DEL CUIDADOR:.....          | 27 |
| 1.5 CUIDADOR PRIMARIO FAMILIA.....                  | 27 |
| 1.5.1 CUIDADORES EN LA FAMILIA.....                 | 27 |
| 1.5.2 FASES DE LA PERSONA AL VOLVERSE CUIDADOR..... | 29 |
| 1.6 ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS.....         | 30 |

### CAPITULO II MATERIALES Y METODO

|                           |    |
|---------------------------|----|
| MATERIALES Y MÉTODOS..... | 37 |
|---------------------------|----|

### CAPITULO III

|                 |    |
|-----------------|----|
| RESULTADOS..... | 43 |
|-----------------|----|

## **CAPITULO IV**

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| DISCUSION .....                  | 57 |
| RECOMENDACIONES .....            | 73 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... | 75 |

## **ANEXOS**

|  |     |
|--|-----|
| MATRIZ DE CONSISTENCIA .....   | 88  |
| CUESTIONARIO .....   | 90  |
| GUÍA DE OBSERVACIÓN .....  | 101 |
| VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS .....  | 112 |
| VALIDACION DE LA PRUEBA PILOTO .....   | 116 |
| CUADRO .....   | 117 |
| EVIDENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PARA<br>CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD<br>CRÓNICA DEGENERATIVA ..... | 123 |

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas degenerativas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta que va en avance progresivo hasta que terminan con la vida de la persona, sin que exista cura para detenerlas, enfermedades como la diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, hipertensión arterial y cáncer. <sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (2013) calcula que para el año 2020 estas cifras alcanzarán en 60% y además que estas dolencias serán causa del 73% de muertes. <sup>(2)</sup>

Las enfermedades crónico-degenerativas producen cambios a medida que avanza la enfermedad por falta o pérdida de la capacidad física, psíquica o intelectual y requieren de asistencia o ayuda para realizar actividades de la vida diaria como el simple hecho de comer, caminar, asearse o ir al baño, etc, o cuando la dependencia es definitiva requiere de manera sistemática los

cuidados de otras personas que fundamentalmente esta situación recae en la familia, el cual exige gran capacidad y sensibilidad humana para apoyar en la mantención de la autonomía de la persona a quien se cuida. <sup>(3)</sup>

La familia, sobre todo las mujeres (madre, hija o hermana), son quienes brindan los cuidados directos al familiar enfermo en casa y tienen mayor probabilidad de convertirse en cuidadores familiares primarios y son ellos; las personas sometidas a la carga física y psicoactiva de responsabilidades y actividades derivadas del cuidado y de la vivencia continua del sufrimiento del familiar enfermo y son quienes enfrentan la tarea nueva, desconocida y a veces atemorizante llegando a producirse un cambio de roles en la familia, esta situación que atraviesa la familia se puede hacer más llevadero cuando se brindan las condiciones materiales y educativas adecuadas que permitan a la familia desarrollar comportamientos, habilidades y competencias para el cuidado de personas con enfermedades crónico degenerativas. <sup>(4)</sup>

Los programas educativos son instrumentos que organizan actividades de enseñanza-aprendizaje para permitir el cambio de actitudes de la persona en un periodo de tiempo determinado, y el programa educativo referido a la atención domiciliaria es una estrategia extrahospitalaria que permite la enseñanza en cuidados domiciliarios a los cuidadores informales, con la finalidad de garantizar que el paciente con enfermedad crónico degenerativa reciba asistencia sanitaria con alto nivel de efectividad al igual que en las instituciones de salud, para ello se requiere la preparación cognoscitiva y practica acerca de los cuidados del paciente a cada uno de los cuidadores

informales, considerándose un reto para el profesional de enfermería la capacitación a los familiares con la finalidad de contribuir en la mejora de la calidad de vida de este grupo vulnerable. <sup>(5)</sup>

Estas premisas permitieron plantear el estudio referente a la Aplicación de un Programa Educativo sobre cuidados domiciliarios a cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, distrito de Ayacucho, 2014. Cuyo objetivo general fue, determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios a cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Los objetivos específicos planteados fueron:

1. Identificar el nivel de conocimiento teórico y práctico de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas con grado de dependencia II y III antes y después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho.
2. Determinar el nivel de conocimiento teórico y práctico según tipo de cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas con grado de dependencia II y III antes y después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho.
3. Determinar el nivel de conocimientos teórico y práctico de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónicas degenerativas con grado de dependencia II y III según necesidades antes y después de la

aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho.

La Hipótesis de Investigación fue, La aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios tiene efecto positivo en el conocimiento de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, del distrito de Ayacucho, 2014. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo; método cuasi experimental, teniendo como variable independiente Programa educativo de cuidados domiciliarios y variable dependiente conocimiento teórico y práctico del cuidador informal, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y la guía de observación; la recolección de datos se realizó en dos momentos, antes (pre- evaluación) y después (post-evaluación) de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios.

Los resultados encontrados son que la aplicación del programa de cuidados domiciliarios en cuidadores informales es efectiva considerando que la aplicación de este programa permite desarrollar habilidades para el cuidado de pacientes con enfermedades crónico degenerativas y a su vez contribuye en la prevención del riesgo de complicaciones y apoyo esencial en el cuidador permitiendo promover un ajuste socioemocional para el cuidado del paciente crónico.

El trabajo está constituido por la introducción que trata de un breve resumen. Primer capítulo consta de la revisión de la literatura que trata de los

antecedentes históricos, sustento teórico, la hipótesis y las variables en estudio, el segundo capítulo consigna los materiales y métodos del estudio; el tercer capítulo presenta los resultados en cuadros estadísticos; el cuarto capítulo está conformada por la discusión y el análisis de los resultados encontrados en contrastación con la bibliografía; finalmente se presenta las conclusiones, recomendaciones puntuales y referencia bibliográfica utilizada.

## CAPITULO I

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Villegas-Ceja y Cols. <sup>(6)</sup> En su estudio titulado, Desempeño del rol de cuidador primario y eficiencia del programa Atención Hospitalaria a Domicilio 2013. Tuvo como **objetivo:** evaluar el desempeño del cuidador principal y su relación con la eficiencia del programa (Atención Hospitalaria a Domicilio) ATHODO. **Método y material:** El estudio fue descriptivo y transversal- correlacionar en 72 cuidadores principales inscritos en el programa (Atención Hospitalaria a Domicilio) ATHODO. El desempeño del cuidador principal se evaluó con el instrumento elaborado Landeros y Huitzache “Valoración para el Agente de Cuidado Dependiente”, validado con alfa de Cronbach de 0.862; y la eficiencia del programa, con una lista de cotejo. Los **resultados** a los que arribó fueron que el desempeño del rol de cuidador principal fue bueno en 58 % y regular en 42 %. **Conclusiones:** la asociación entre desempeño y eficiencia del programa

(Atención Hospitalaria a Domicilio) ATHODO permite proponer acciones que lo perfeccionen y que mejoren el desempeño del cuidador principal.

Sánchez Yadira y Gásperi. <sup>(7)</sup> En su estudio "Perfil del cuidador informal y nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos domiciliario de pacientes en estado terminal estado de Lara 2011. **Objetivo:** conocer las características de los cuidadores informales de pacientes terminales y su nivel de conocimiento sobre cuidados domiciliarios. Cuyo **método y material** fue. De campo - descriptivo, el **resultado:** en su mayoría son del género femenino (73%), con una edad comprendida entre 45 y 54 años (31,7%), dedicados al oficio del hogar (67,1%). asimismo, 35,4% de los cuidadores informales tienen una afinidad de hija/hijo con el enfermo y el grado de instrucción de la mayoría de los cuidadores informales es Básica Incompleta (35,4%).

Shirley Castro. <sup>(8)</sup> En su estudio "nivel de habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca clase funcional II en una institución de III nivel, Bogotá 2006" con el **objetivo** de identificar el nivel habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca clase funcional II en una institución de III nivel. **Método y material:** El estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, prospectivo transversal. El instrumento utilizado fue el Caring Hability Inventory (Cai), el cual se aplicó a 42 cuidadores. Como **resultado:** Se identificó que la mayoría de los cuidadores correspondía al género femenino y su edad se ubica en la generación intermedia. En **conclusión** el cuidador informal se encuentra día a día

enfrentando a tareas, toma de decisiones, situaciones adversas o favorables, que se ven influenciadas por características socio demográficas como la edad, genero, ocupación, escolaridad, estrato socioeconómico, entre otros, que intervienen en el nivel de habilidad del cuidador en cada uno de sus componentes, conocimiento valor y paciencia, que finalmente, en beneficio del cuidado brindado.

Yadira Sánchez.<sup>(9)</sup> En su estudio titulado "Programa educativo de atención domiciliaria en cuidados paliativos dirigido al cuidador informal de pacientes en estado terminal afiliados a instituciones de servicio de salud domiciliarios en los municipios Iribarren y Palavecino del Estado Lara. 2008. El **objetivo** del proyecto fue elaborar un programa educativo de atención domiciliaria en cuidados paliativos dirigido al cuidador informal de enfermos en estado terminal. Cuyo **método y material** se enmarco dentro de una modalidad de proyecto factible con diseño de campo. Se trabajó con 79 cuidadores de enfermos, se aplicó un cuestionario conformado por 20 Ítems de selección simple, y 18 ítems, en escala tipo Licker, con un total de 38 ítems, que midieron el grado de conocimiento sobre cuidados paliativos y las necesidades socio familiares, psicoemocionales, espirituales y económicas, que tienen los cuidadores de los enfermos en estado terminal. Se empleó además del test psicométrico de goldberg, el cual midió la necesidad de ayuda del cuidador por un profesional en relación a la ansiedad y depresión de los cuidadores, y la escala de graffarmendez modificado para conocer el estrato social a que pertenece la familia. Cuyo **resultado** se evidencio que el sexo predominante

del cuidador es el sexo femenino con un 73%, que el nivel de conocimientos sobre los cuidados es deficiente, en las necesidades socio familiares, emocionales y económicas, más de 50% de los cuidadores, señalan que son completamente necesarias. En **conclusión** al investigar el nivel de conocimiento de los cuidadores informales sobre los cuidados paliativos se concluye que la mayoría presentan deficiencia (73.4%). También se puede detectar que una gran mayoría de cuidadores informales (70%) necesitan profesional (psicólogos, psiquiátricos), para tratar estados posibles de ansiedad y depresión.

Bernabé Domínguez. <sup>(10)</sup> En el estudio titulado "Correlación del estado de salud y la carga del cuidador en los familiares que cuidan pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (2005-2007) con el objetivo de determinar la correlación del estado de salud y la carga del cuidador Cuyo **método y material** del Estudio fue Observacional, proyectivo, comparativo, de agosto 2008 a diciembre 2011. Muestra por conveniencia. **Resultados:** El 60% de cuidadores no presento sobrecarga, el estado de salud más frecuente fue malo o muy malo en 38.4%. Los cuidadores con mayor sobrecarga fueron la madre (38.4%) seguida por la nuera (28.5%) y la hija (20.5%). Así también los que tienen de 7-12 meses (30%), que cuidan de 4 a 6 días (22.2%) y los que están las 24>hs (30.3%). en las Esferas: sentimientos 24.6%, actividades sociales 31.0 %, cambios en la salud 31.3%, salud global 36.8 %, calidad 50.4% y dolor 39.6%. arribando a la siguiente **conclusión:** Los cuidadores que tienen mayor

tiempo de cuidar a sus familiares, son los que mal estado de salud tienen y la madre es una de ellas.

Orfelina Arpasi. <sup>(11)</sup> En su estudio titulado “Efectividad del programa educativo “Cuidando con amor” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – Es Salud, Lima, Perú” cuyo **Objetivo:** Determinar la efectividad del programa educativo “Cuidando con amor” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – Es Salud. **Material y Métodos:** El estudio fue de diseño pre-experimental, de tipo cuantitativo con un solo grupo a quien se aplicó una pre-prueba y pos-prueba. Se utilizó el muestreo no probabilístico, a conveniencia del investigador, basado en criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, la muestra estuvo conformada por 30 cuidadores. El programa estuvo organizado en 15 sesiones educativas teórico-prácticas con una frecuencia de 2 veces por semana durante 4 meses. Para medir los conocimientos y actitudes se aplicó un cuestionario y para la práctica se utilizó una guía de observación elaborados por la autora. **Resultados:** Los resultados obtenidos en cuanto al nivel de conocimiento sobre prevención de UPP antes del programa fueron: 46.7% muy malo, 36.7% malo y 23.3% regular, observándose un incremento al 100% excelente, después del programa. Las actitudes de los cuidadores antes del programa fueron favorables en un 96.7% y después

del programa llegaron a ser 100% favorables. En cuanto al nivel de práctica antes del programa se encontró un 86.7% no favorable y después del programa 100% favorable. La prueba t – student indica que existe diferencia significativa de 0.00, entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de UPP antes y después del programa educativo.

**Conclusiones:** El programa “Cuidando con amor” fue efectivo en el incremento del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión en los cuidadores de adultos mayores del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

Vilma Quispe.<sup>(12)</sup> En su estudio titulado “Efectividad de un Programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del ( Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión) HNDAC-diciembre, 2006” Cuyo **objetivo** era medir la Efectividad de un Programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina cuyo **método y material:** Fue la entrevista y el instrumento de medición el cuestionario, la población estuvo conformada por 25 Cuidadores del Adulto Mayor hospitalizado en los cuatro Servicios de Medicina del ( Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión) HNDAC durante los meses Noviembre-Diciembre del 2006, la recolección de los datos se dio en dos momentos, antes (pre-evaluación) y después (Post-evaluación) de la participación en el programa educativo de enfermería. **Los resultados** antes y después de la participación de los cuidadores en el

programa educativo de enfermería, mostraron en la pre – evaluación que el 84 % (21) de los cuidadores presenta un conocimiento entre medio y alto y solo un 16 % (4) conocimiento bajo; y en la post – evaluación el 100 % de los cuidadores presentan conocimiento entre medio a alto. En **conclusión** El programa “sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina” fue efectivo en el incremento del nivel de conocimientos impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del (Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión) HNDAC-diciembre.

## **BASE TEÓRICA**

### **1.2 PROGRAMA EDUCATIVO**

El programa educativo es un instrumento curricular donde se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje, que permiten orientar con respecto a los objetivos a lograr. <sup>(13)</sup>

Es un conjunto de actividades de información, comunicación y educación a desarrollar en un periodo de tiempo determinado en apoyo al programa de salud. Contribuye al cumplimiento de los objetivos de salud (va respaldando cualquier programa de salud), al estimular cambios de conducta de las personas y/o comunidad donde está inserto el problema, frente a situaciones específicas que los afectan. <sup>(14)</sup>

### **1.2.1 Etapas de un programa educativo:**

**Planificación:** responde una serie de preguntas, ¿en qué lo vamos a hacer, cómo lo vamos a hacer, a quiénes lo vamos a hacer, donde? Es pensar en forma anticipada lo que nosotros queremos lograr como meta final.

**Ejecución:** Definimos el cronograma de actividades. Asignado fechas y responsabilidad a las distintas personas.

**Evaluación:** Está al final pero se hace durante el proceso. Una 1° evaluación diagnóstica para saber de qué nivel partimos, luego una 2° evaluación formativa durante el proceso a través del intercambio de opinión con las personas que están sujetas a la educación, finalmente una evaluación acumulativa para ver que el objetivo se haya cumplido o no.

### **1.2.2 PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD**

Los programas educativos de salud referidos a la atención domiciliaria son una estrategia de atención extrahospitalaria, en contacto con el primer nivel de atención de salud que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población en su entorno natural y domicilio, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la atención domiciliaria. Es válido señalar, que en dichos programas se incluyen actividades de todos los aspectos de servicios de salud, desde el fomento y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, la hospitalización en casa, con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios y procedimientos de rehabilitación, entre otros. <sup>(15)</sup>

### **1.3 CUIDADO**

El cuidado significa realizar acciones acompañadas, siempre, de actitudes y comportamientos de cuidar. El cuidar es una característica que hace parte del ser, y es pensado y dirigido a todas las cosas, los objetos y los seres vivos, pues fundamentalmente esta acción se constituye en la relación con los otros, y en ayudarlos a crecer y a realizarse <sup>(16)</sup>

#### **1.3.1 CUIDADO DOMICILIARIO**

Se define la atención domiciliaria como “aquella atención que se brinda a personas con enfermedades crónicas y/o terminales o con discapacidad que les impidan el acceso a los servicios de salud por sus propios medios, brindando atención en el propio domicilio <sup>(17)</sup>

##### **1.3.1.1 BENEFICIOS DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS**

Entre los beneficios que ofrece la atención domiciliaria se tiene:

- a. Ayuda a la humanidad la asistencia para hacer más digno los últimos días de vida, llenándolo de plenitud y significado hasta el último instante.
- b. Promueve encuentros entre los familiares y los demás miembros del equipo.
- c. Hay mayor privacidad familiar
- d. La alimentación es más fresca y nutritiva
- e. Disminuye el duelo patológico.

##### **1.3.1.2 VENTAJAS DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS**

Las ventajas que ofrecen la atención domiciliaria se puede resumir en tres aspectos básicos:

###### **Aspectos científico-técnicos**

- a. Ausencia de infecciones nosocomiales.

- b. Evitar la hospitalización.
- c. Disminución de los episodios de confusión mental y/o depresión.

### **Aspectos psicosocial**

- a. Mejora y humanización de la relación personal en el paciente.
- b. Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberar los horarios de actividades propias (alimentación descanso, higiene, entre otros).
- c. Evita desplazamiento de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo.
- d. Facilita la comunicación entre el personal de salud y los familiares.
- e. Integra a la familia en el proceso curativo.
- f. Promueve las actividades de educación sanitaria.

### **Aspecto gerencial (Gestión)**

- a. Disminuye los costes marginales por proceso.
- b. Facilita el acceso a los hospitales a quien realmente los necesita.
- c. Sirve de conexión entre el hospital y el primer nivel, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales. <sup>(18)</sup>

## **1.4 CUIDADOR**

Definen al cuidador como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada con cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades o de sus relaciones sociales. <sup>(19)</sup>

### **Características del cuidador**

Vínculo de parentesco o cercanía, que asumen las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica

discapacitante y participa con él en la toma de decisiones. Los cuidadores realizan o supervisan las actividades de la vida diaria y buscan compensar las disfunciones que existen en el receptor del cuidado. <sup>(20)</sup>

Es importante identificar y conocer a los cuidadores familiares principales, de manera que se posibilite el conocimiento entre ellos, la conformación de redes de apoyo y el fortalecimiento de sus habilidades de cuidado. <sup>(21)</sup>

## **TIPOS DE CUIDADORES**

Entre los tipos de cuidadores esta:

**Cuidador informal:** son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horario.

**Cuidador formal:** toda aquella persona que cuida en forma directa a enfermos en diversos ámbitos, este o no discapacitado, recibiendo un pago o beneficio pecuniario (dinero) por su trabajo. <sup>(22)</sup>

### **1.4.1 CUIDADOR INFORMAL**

El cuidado informal es la atención desempeñada por la familia o por miembros extra familiares, no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia psicofísica por parte de los miembros de la familia u otros sujetos sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad. <sup>(23)</sup>

En el que el cuidador primero debe conocer las necesidades de la persona y después sabe cómo satisfacer esas necesidades. En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir poco trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o no se sabe cuándo va a finalizar. Cuando es una gran tarea o se

prolonga durante mucho tiempo puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías del cuidador.

De hecho, la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del enfermo, y los cuidados que tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. Incluso en ocasiones, especialmente en las enfermedades crónicas y degenerativas, no son las atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores sino que todo el horario se adapta en función del enfermo al que se atiende: horario laboral, de comidas, de vacaciones. <sup>(24)</sup>

Es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí. El cuidador principal o informal “aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo medido en número de horas al día al cuidado de dicho enfermo”. <sup>(25)</sup>

#### **1.4.2 IMPORTANCIA DEL CUIDADOR INFORMAL**

El cuidador informal debe ejercer diferentes tipos de roles: el de enfermero, consejero, psicólogo, abogado y además cumplir con el resto de las responsabilidades, particulares ya anteriormente adquiridas el hogar, familia y empleo, siendo la dificultad para compatibilizar los diferentes tipos de responsabilidades lo que repercute en la parte psíquica y física del cuidador y por ende en la calidad de atención que le brinda al paciente.

Es así, como el cuidador informal debe efectuar un buen control del dolor y otros síntomas, en el paciente y tener información para efectuar una buena comunicación con el mismo y su grupo familiar, deben ofrecer apoyo psicosocial y trabajo en equipo, así se promueve el reajuste del paciente y su

familia a una nueva realidad, logrando el mejor afrontamiento posible a la situación de enfermedad.

De igual manera, al paciente se le debe dar apoyo psicológico dado que frecuentemente experimenta un sentimiento de desesperanza e inutilidad, que los llevan a una pérdida de su autoestima expresada, a veces como enojo y resentimiento; otras como apatía y depresión. La sensación de control se puede mantener respetando y facilitando la toma de decisiones del paciente con respecto a su cotidianeidad: dieta, mediación, visitas, promover la actividad del paciente en distintas tareas que aún es capaz de realizar, pero que ha abandonado o que la familia se ha restringido por temor, esto promueve su sentimiento de autonomía.

#### **1.4.3 FUNCIÓN PRINCIPAL DEL CUIDADOR:**

De cuidar al familiar enfermo estar al pendiente en sus necesidades que lo requiera. <sup>(26)</sup>

### **1.5 CUIDADOR PRIMARIO FAMILIA**

Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas a esta situación según la ayuda, formal o informal, que reciban.

#### **1.5.1 CUIDADORES EN LA FAMILIA**

##### **1.5.1.1 Cuidadores del Género Femenino y mediana edad**

Cuando los enfermos requieren ayuda su cuidador principal suele ser una mujer (83%), de edad intermedia (M= 52 años), ama de casa (50%) y en la

mayoría de las ocasiones hija (52%) o cónyuge (16%). Aunque el 69% de los cuidadores es mayor de 64 años. También es mayoritaria la presencia de cuidadoras de mediana edad en casi todos los estudios realizados en nuestro país.

No se puede negar que en muchas sociedades, incluida la nuestra, hay unas expectativas no escritas sobre quién debe cuidar en el caso de que esto sea necesario. Y si una persona mayor se pone enferma o necesita de atenciones en las actividades de la vida cotidiana se espera que su esposo o esposa, si puede, le cuide. Y si este no puede, el género se convierte en un factor importante. Ser mujer (hija, la nuera, la nieta, la hermana, la sobrina, etc.) se convierte en un factor asociado a ser cuidador. <sup>(27)</sup>

#### **1.5.1.2 Las hijas y los hijos como cuidadores**

Cuando la persona que cuida es la hija o el hijo, existe un vínculo natural familiar con la persona dependiente que "favorece" la disposición del cuidado. En la mayoría de las ocasiones, esto representa un fuerte impacto emocional para los hijos al darse cuenta de que el padre, la madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando eran personas independientes y el sostén del hogar.

#### **1.5.1.3 Los padres como cuidadores**

Los esposos o padres son cuidadores cuando algún familiar en la casa no lo puede o tienen limitaciones, también brindan su atención hacia el familiar enfermo. <sup>(28)</sup>

## **1.5.2 FASES DE LA PERSONA AL VOLVERSE CUIDADOR**

### **1.5.2.1 Fases De Adaptación a la Situación de Cuidado**

Ser cuidada, y viceversa el cuidado es sustituido por un papel de cuidador. Los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres, ya que normalmente implica algo imprevisto que les impide realizar actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato.

Las hijas solteras, la hija favorita, la que tiene menos carga familiar o de trabajo, así como la hija que vive más cerca o la única mujer entre los hermanos, o el hijo favorito, suelen ser los responsables del cuidado.

### **1.5.2.2 Fase 1: negación o falta de conciencia del problema**

En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Así, es común encontrar que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad (o varias) que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio.

### **1.5.2.3 Fase 2. Búsqueda de la información**

En esta etapa, el cuidador comienza a buscar información sobre la enfermedad de su familiar, consecuencias, secuelas, medios de ayuda, segundas opiniones, medicina alternativa. Todo esto con la esperanza de que su familiar vuelva a ser el mismo.

En este momento, son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de “malestar” por la injusticia que supone el que les haya “tocado” a ellos vivir esa situación.

#### **1.5.2.4 Fase 3. Reorganización**

La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida, cuando logra una buena adaptación, podrá estar más serena que en los primeros momentos de la enfermedad. Se comienza a reconstruir una imagen de cómo era antes de que la enfermedad mostrase sus primeros signos, imagen que hará más confortable y significativa la labor de la persona que cuida.

#### **1.5.2.5 Fase 4. Resolución**

En esta fase aprenden a cuidar mejor de sí mismo; están más dispuestos a buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares; suelen hacerse, en esta fase, más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales y pueden buscar y encontrar otras fuentes de apoyo emocional, tales como reforzar las amistades o crear nuevos amigos. <sup>(29)</sup>

### **1.6 ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS**

Una Enfermedad degenerativa afecta sobre todo a las células. En ellas se producen modificaciones con producción de sustancias inhabituales que alteran su comportamiento. <sup>(30)</sup>

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo,

También la alimentación deficiente, alta en grasas y azúcares simples, los malos hábitos como el tabaco y el alcohol, la contaminación son factores que intervienen en su aparición. <sup>(31)</sup>

Las enfermedades crónicas degenerativas son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.

Son aquéllas que van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, provocan un desequilibrio y afectan a los órganos y tejidos. Las enfermedades degenerativas pueden ser congénitas o hereditarias. Suelen manifestarse en edades avanzadas, aunque también pueden afectar a personas jóvenes de entre 20 y 40 años, dependiendo la enfermedad. Están relacionadas con los estilos de vida y con el envejecimiento de la población. <sup>(32)</sup>

#### **1.6.1 Enfermedad crónica**

Son aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede

considerarse como crónica. Las enfermedades crónicas no se distribuyen al azar sino que se ven más frecuentemente en determinadas personas, familias y comunidades, tanto por causas genéticas mal comprendidas como por efecto del contexto.

#### **a. Etimología**

El término "crónico", viene del griego (Chronos): «dios del tiempo», como su etimología lo indica, se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, pero nada dice acerca de su gravedad. Hay enfermedades crónicas sin gravedad alguna, como laringitis crónica. Cuando a una enfermedad se le pone el adjetivo crónica, se suele tratar de una enfermedad no curable salvo raras excepciones (por ejemplo la insuficiencia renal crónica es curable con el trasplante renal, algunos tipos de asma sobre todo en la infancia acaban curando, las hepatitis crónicas de origen vírico pueden curar con tratamiento antiviral).<sup>(33)</sup>

#### **b. Epidemiología**

En general incluyen enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular principalmente), enfermedades neoplásicas sin tratamiento curativo, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma crónicas), enfermedades osteoarticulares (artritis reumatoides y artrosis severa), enfermedades invalidantes, diabetes mellitus, y otras muchas. Para el año 2005 la OMS calculó que 35 millones de personas murieron por culpa de una

enfermedad crónica, de las cuales la mitad eran mujeres menores de 70 años.

(34)

### **1.6.2 Factores De Riesgo**

Enfermedades crónico degenerativas, son padecimientos regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento. La edad, el exceso de peso, factores hereditarios, hábitos nocivos que atentan contra su salud. Estos padecimientos pueden estar presentes sin que la persona que los tiene pueda sentir alguna molestia o síntoma ahí que, en el resto del mundo, la epidemiología ha cambiado; esto debido a diversos factores que se han modificado con el paso del tiempo, por ejemplo la alimentación, el estrés, la densidad poblacional en zonas urbanas, el sedentarismo, entre otros. Estos factores aunados a los avances en las ciencias de la salud, han generado como consecuencia principal el aumento en la esperanza de vida y son los causantes de los cambios epidemiológicos tan intensos en el último siglo. Y si a esto le agregamos elementos no modificables inherentes a nuestra raza dan por resultado una interesante historia en cuanto a enfermedades que aquejan a nuestra población.

### **1.6.3 Complicaciones o Efectos de las Enfermedades Crónicas**

Si padeces una enfermedad crónica, es posible que no sólo te afecte físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente. Representan verdaderas urgencias médicas, con resultados

funestos en ocasiones. No por ser tardías, causan de incapacidades tempranas, una deficiente calidad de vida y enormes costos de tratamiento.

Amenaza inevitablemente las funciones orgánicas, sociales y emocionales del paciente quien requerirá en un momento dado de largos periodos de hospitalización, con lo que definitiva mente se modifica su vida y la de sus familiares Al ponerse en riesgo la vida del enfermo o enfrentar diferentes niveles de incapacidad, la familia debe experimentar cambios y ajustes en sus actividades y funciones diarias que, si no son favorables, llevarán a enfermar a los demás familiares (estrés, depresión, hipertensión, gastritis, colitis, anemia, afecciones pulmonares, etc.)

#### **1.6.4 Prevención**

Es por esto que se requiere de medidas preventivas eficientes, así como del control del paciente sano; es preciso tomar las acciones adecuadas para evitar que cada vez más, desarrollen enfermedades crónico-degenerativas que pondrán en riesgo su vida. Cuidando nuestra salud, evitando el sedentarismo, llevando a cabo una dieta sana y manteniendo nuestro peso ideal. Si la enfermedad ya se estableció entonces el adecuado control del paciente nos permitirá ofrecerle una calidad de vida adecuada, mayor sobrevida y evitar las complicaciones propias de la enfermedad, mismas que son las causantes del deterioro grave del paciente y de gastos catastróficos en el sistema de salud y en la propia economía del paciente y su familia.

Son patologías que pueden ser prevenidas: Insuficiencia respiratoria crónica (IRC), hipertensión arterial sistólica (HAS), DM Tipo 1, Enfermedades del

sistema digestivo, Tumor maligno de la mama, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades cerebrovasculares (EVC), Insuficiencia cardíaca Enfermedad isquémica crónica del corazón. <sup>(35)</sup>

## **1.7 HIPÓTESIS**

**Hi.** La aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios tiene efecto positivo en el conocimiento de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, Ayacucho 2014.

**Ho.** La aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios no tiene efecto en el conocimiento de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, Ayacucho 2014.

## **1.9 VARIABLE**

### **1.9.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

Aplicación del Programa educativo de cuidados domiciliarios

- a. Efectivo
- b. No efectivo

### **1.9.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Conocimiento teórico del Cuidador informal

- a. Básico
- b. Intermedio
- c. avanzado

Conocimiento práctico del Cuidador informal

- a. Adecuado
- b. Inadecuado

## **CAPITULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Aplicativo

#### **2.2. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativo

#### **2.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

El tipo de investigación fue cuasi experimental

#### **Según el Tiempo de ocurrencia de los hechos**

Longitudinal

#### **2.4 AREA DE ESTUDIO**

Distrito de Ayacucho

#### **2.5 POBLACIÓN:**

La población estuvo constituida por la totalidad de cuidadores informales de cada paciente con enfermedad crónico degenerativo captados en el Hospital Regional de Ayacucho. Según informe de la unidad de estadística del Hospital Regional de Ayacucho durante el segundo trimestre del 2014 se atendieron a 40 pacientes con enfermedades crónico degenerativas y teniendo como

referencia a dos cuidadores por cada paciente se consideró como población de estudio a 80 cuidadores informales según dato referencial.

### **2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- a. Cuidadores informales que residen junto al paciente con enfermedad crónico degenerativa.
- b. Cuidadores informales de pacientes con grado de dependencia II y III.
- c. Cuidadores informales de pacientes que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho.

### **2.5.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN**

- a. Cuidadores informales que no residen junto al paciente con enfermedad crónico degenerativa.
- b. Cuidadores informales de pacientes con grado de dependencia I
- c. Cuidadores informales de pacientes que no fueron atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho

## **2.6 MUESTRA**

### **2.6.1 TAMAÑO DE MUESTRA**

Estuvo conformado por 30 cuidadores informales

(Se consideró 2 cuidadores informales por cada paciente (15 pacientes) con enfermedades crónicas degenerativas captados en el Hospital Regional de Ayacucho durante el cuarto trimestre 2014 según criterios de inclusión).

### **2.6.2 TIPO DE MUESTREO**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia

## **2.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

### **2.7.1 TÉCNICAS**

La técnica de recolección de datos utilizados fueron la encuesta y observación

### **2.7.2 INSTRUMENTO**

Los instrumentos utilizados fueron:

- a. Para determinar el nivel de conocimientos se utilizó el cuestionario de conocimiento de cuidados domiciliarios
- b. Para determinar la práctica se utilizó la guía de observación respecto a los cuidados domiciliarios.

#### **Procedimiento para la recolección de datos:**

1. Se envió una solicitud dirigido al Director del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena para la autorización de la captación de la población en estudio.
2. Se identificó a pacientes con enfermedades crónico degenerativas con grado de dependencia II y III en el Hospital Regional de Ayacucho.
3. Se realizó la visita domiciliaria a cada uno de los pacientes para la identificación de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en el ámbito del distrito de Ayacucho
4. Se determinó la población de estudio considerando los criterios de inclusión y exclusión y teniendo en cuenta la hoja de consentimiento informado para solicitar su participación y colaboración en la aplicación del programa educativo

5. Se procedió a aplicar el pre test de conocimiento y con la guía observación a evaluar la práctica de cuidados domiciliarios a la población en estudio para determinar el nivel de conocimientos.
6. Se procedió a aplicar el programa educativo durante los meses de enero y febrero del 2015 en el domicilio de los cuidadores informales.
7. Se procedió a una reevaluación con el post test de conocimientos y la práctica con la guía de observación para determinar la efectividad del programa educativo.

## **2.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

La validez del contenido del instrumento se obtuvo a través de una base teórica, la operacionalización de las variables de estudio está encaminada por los objetivos planteados; además el instrumento fue sometido a una prueba piloto de confiabilidad a través de:

**2.8.1 JUICIO DE EXPERTOS:** la validez se realizó por dos Enfermeras especialistas en el área de cuidados domiciliarios.

**2.8.2 PRUEBA PILOTO:** Se realizó previamente antes de aplicar el instrumento en el mes de enero, a fin de constatar su aplicabilidad y comprensión donde al azar se aplicó la evaluación a 10 cuidadores, con los mismos criterios de inclusión y exclusión; con la cual se obtuvo una confiabilidad del formulario para medir la información con la prueba estadística de alfa de CRONBACH donde se obtuvo el siguiente resultado de 0,804 el

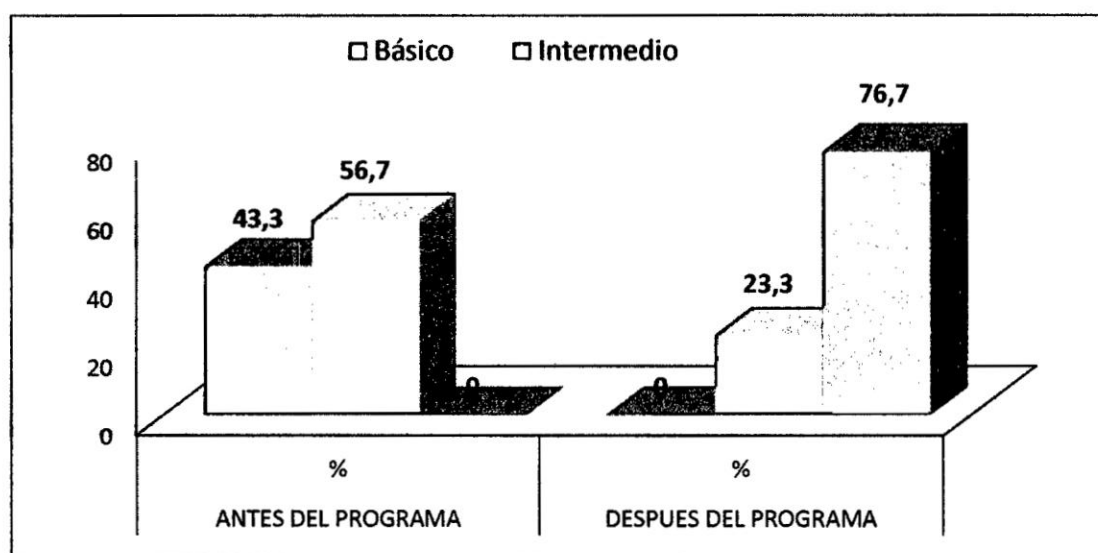
método permite estimar la fiabilidad del instrumento de medida, cuanto más cerca se encuentre el valor de alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Al final solo se modificó algunos términos de comprensión de las preguntas. La evaluación se aplicó antes y después del programa educativo.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

GRAFICO 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO TEORICO DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO. 2014



FUENTE: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$z = -4,714$

signif. Asintót. = 0,000

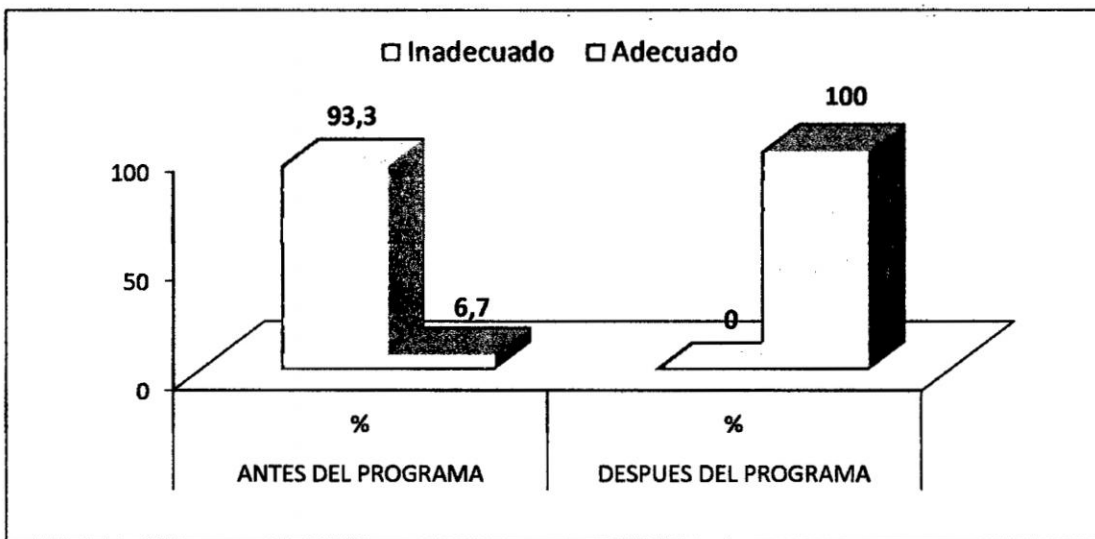
En el grafico se observa que de 30 (100%) cuidadores informales, antes de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios el 56.7% presentó un nivel de conocimiento teórico intermedio; 43.3% presentó nivel de conocimiento teórico básico y 0.0% presentó nivel de conocimiento teórico avanzado; después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios se observó que el 76.7% presentaron nivel de conocimiento

teórico avanzado; 23.3% presentó un nivel de conocimiento teórico intermedio y 0.0% presentó nivel de conocimiento teórico básico.

Se sometió al estadístico wilcoxon (no paramétrico) para probar la hipótesis de dos muestras pareadas relacionadas, el resultado fue altamente significativo ( $z = -4,714$ ) quiere decir que después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios tuvo efecto positivo en el conocimiento teórico de los cuidadores informales que antes de la aplicación del programa educativo.

## GRAFICO 02

**NIVEL DE CONOCIMIENTO PRACTICO DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO. 2014**



FUENTE: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$z = -5,292$

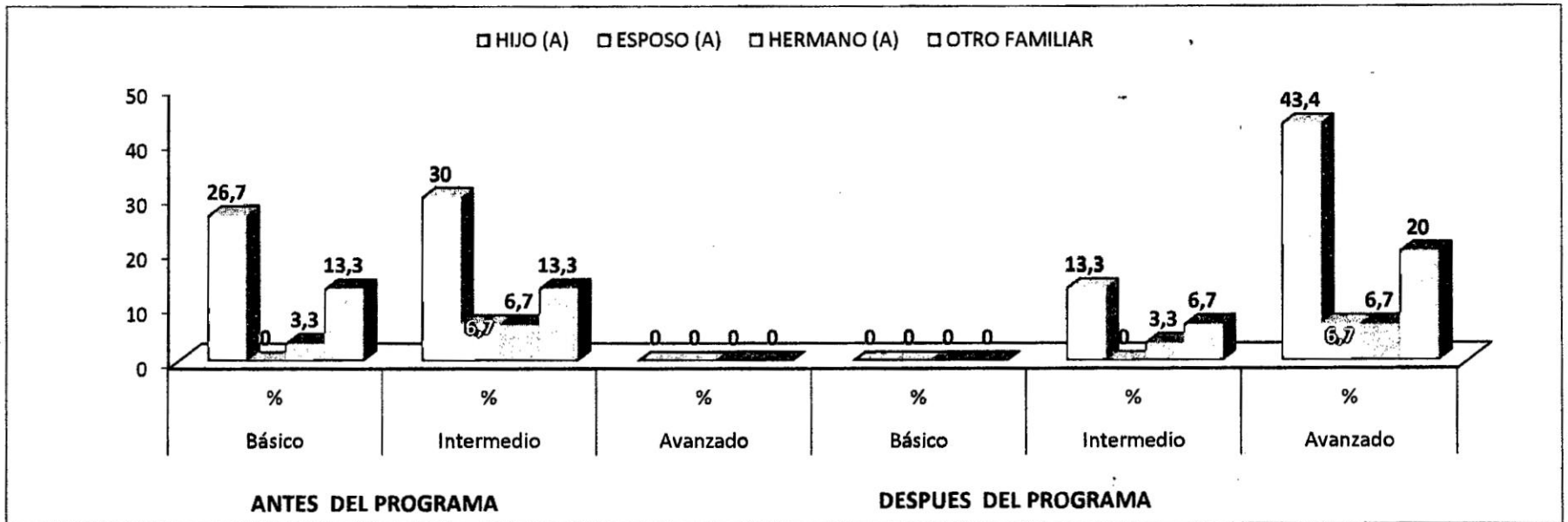
signif. Asintót. = 0,000

En el gráfico que antecede se muestra que del total de población en estudio 30 (100%) cuidadores informales; antes de la aplicación práctica del programa educativo de cuidados domiciliarios el 93.3% presentó nivel de conocimiento práctico inadecuado y 6.7% presentó nivel de conocimiento práctico adecuado; después de la aplicación práctica del programa educativo de cuidados domiciliarios se observó que el 100 % presentó nivel de conocimiento práctico adecuado.

Al ser sometido a la prueba estadística de wilcoxon para probar la hipótesis de dos muestras pareadas relacionadas, el resultado fue altamente significativo ( $z = -5,292$ ) quiere decir que después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios tuvo efecto positivo en la práctica de los cuidadores informales que antes de la aplicación del programa educativo.

GRAFICO 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO TEÓRICO SEGÚN TIPO DE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO. 2014



FUENTE: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$Z = -2,630$

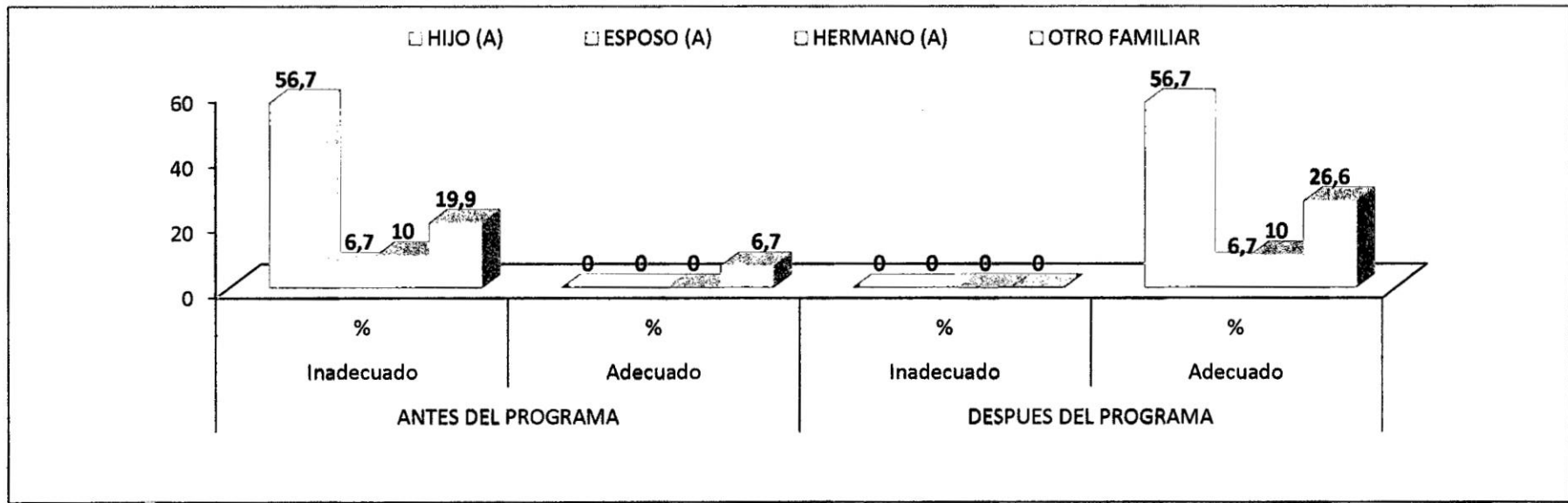
signif. Asintót. = 0,000

En el gráfico se observa que del 100% de la muestra (30 cuidadores informales), antes de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios para cuidadores informales el 56.7% presentó un nivel de conocimiento intermedio, de ellos el 30.0% de cuidadores informales son los hijos, 13.3% otros familiares, 6.7% son los esposos (as) y hermanos respectivamente; así mismo, el 0,0% de cuidadores informales tenía un nivel de conocimiento avanzado y posterior a la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios para cuidadores informales el 76.7% presentó un nivel de conocimiento avanzado, de ellos 45.4% de cuidadores informales son los hijos, 20.0% son otros familiares y 6.7% son los hermanos. Después de la aplicación del programa educativo para cuidadores informales se observa 76.7% presentaron nivel de conocimiento bueno, de ellos 43.4% son hijos, el 20.0% son otros familiares, 6.7% son esposos y hermanos respectivamente.

Se sometió al estadístico wilcoxon (no paramétrico) para probar la hipótesis de dos muestras pareadas relacionadas, el resultado fue altamente significativo ( $z=-2,630$ ) lo que indica que después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios tuvo efecto positivo en el conocimiento de los cuidadores informales que antes de la aplicación del programa educativo.

GRAFICO 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO PRACTICO SEGÚN TIPO DE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO. 2014



FUENTE: Guía de observación aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$z = -3,292$

186886

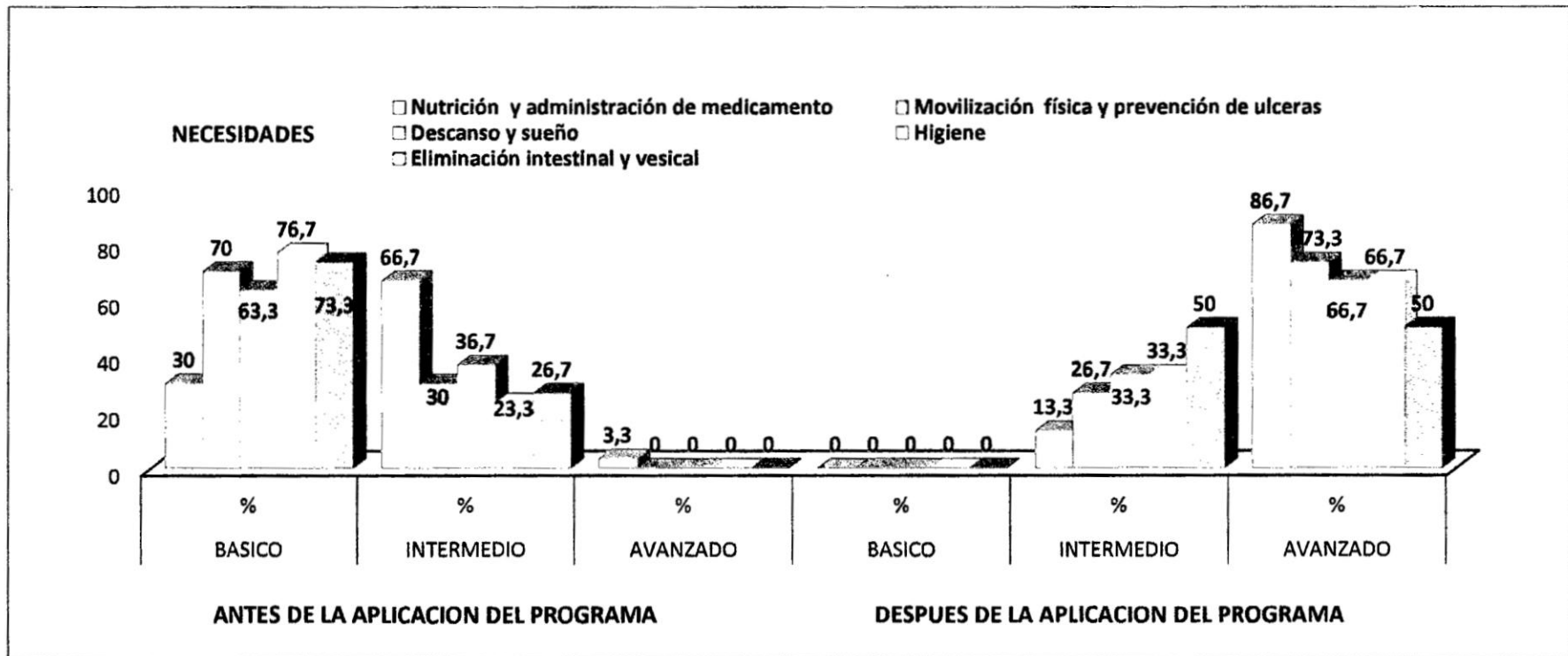
signif. Asintót. = 0,000

En el grafico se observa que del 100% de la muestra (30 cuidadores informales), antes de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios para cuidadores informales el 93,3% presentó un nivel de conocimiento práctico inadecuado, de ellos el 56.7% de cuidadores informales son los hijos, 19.9% otros familiares, 6.7% es el esposo (a) y 10.0% son los hermanos ; así mismo, el 6,7% de cuidadores informales tenía un nivel de practica adecuado y posterior a la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios para cuidadores informales el 100,0% presento un nivel de practica adecuado, de ellos 56.7% de cuidadores informales son los hijos, 26.6% son otros familiares, 10.0% son los hermanos y 6.7% es el esposo (a) respectivamente.

Al ser sometido a la prueba estadística de wilcoxon para probar la hipótesis de dos muestras pareadas relacionadas, el resultado fue altamente significativo ( $z = -3,292$ ) quiere decir que después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios tuvo efecto positivo en la práctica de los cuidadores informales que antes de la aplicación del programa educativo.

GRAFICO 05

NIVEL DE CONOCIMIENTO TEORICO DE LOS CUIDADORES INFORMALES SEGÚN NECESIDAD DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS EN LOS DISTRITO DE AYACUCHO. 2014

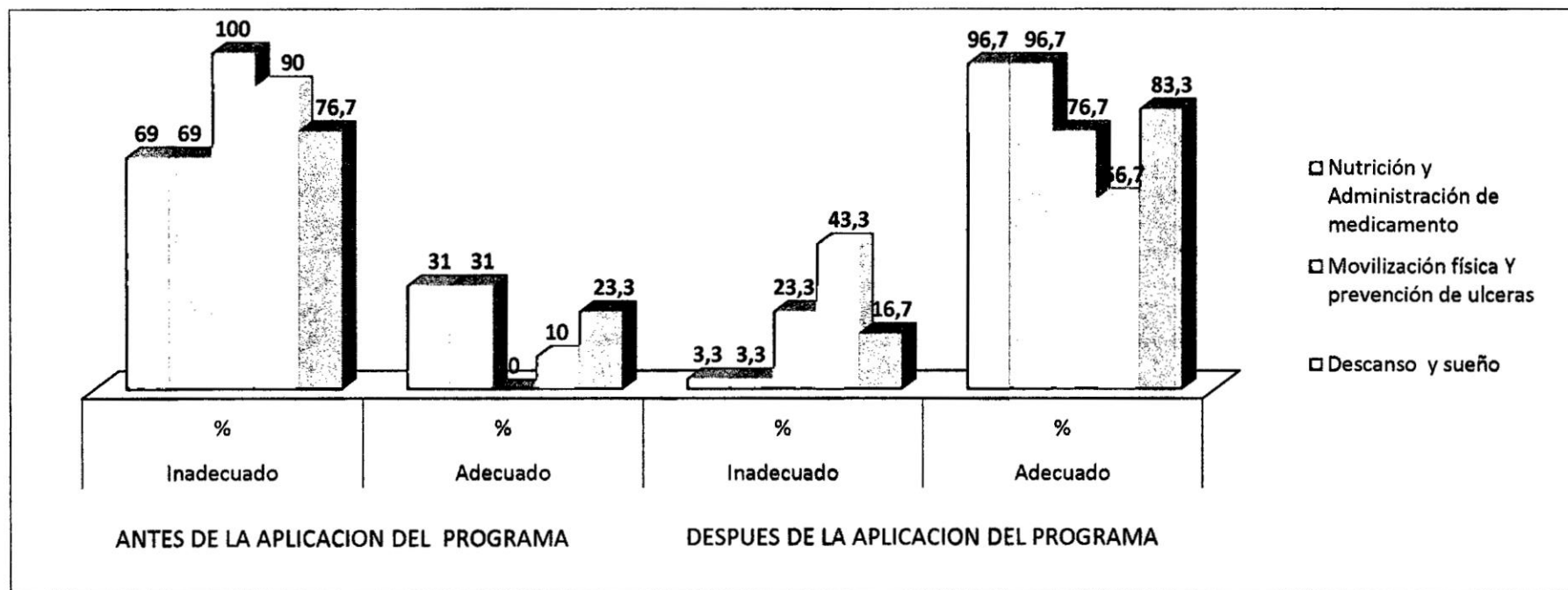


FUENTE: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

Del 100% de la muestra (30 cuidadores informales), se observa en el gráfico que antes de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios para cuidadores informales el 3.3% de cuidadores informales tenía un nivel de conocimiento avanzado en la categoría de necesidad de nutrición y después del programa educativo 86.7% tuvo un nivel de conocimiento avanzado; así mismo, en la categoría de necesidad de movilización física y prevención de úlceras antes del programa educativo 70% presentó nivel de conocimiento básico y posterior a la aplicación el 73.3% presentó nivel de conocimiento avanzado. En la categoría de necesidad de descanso y sueño el 63.3% presentó nivel de conocimiento básico y posterior a la aplicación del programa educativo el 66.7% presentó avanzado nivel de conocimiento. En la categoría de necesidad de higiene el 76.7% presentó nivel de conocimiento básico y luego de la aplicación del programa se encontró que el 66.7% tiene nivel de conocimiento avanzado y en la categoría de la necesidad de eliminación intestinal se encontró que 26.7% posee un nivel de conocimiento intermedio y después de la aplicación del programa educativo el 50% posee un nivel de conocimiento intermedio.

GRAFICO 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO PRACTICO DE LOS CUIDADORES INFORMALES SEGÚN NECESIDAD DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO. 2014



FUENTE: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

En el grafico que antecede del 100% de la muestra (30 cuidadores informales), se observa que antes de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios para cuidadores informales el 69.0% de cuidadores informales poseía un nivel práctico inadecuado en la categoría de necesidad de nutrición y administración de medicamento y después del programa educativo 96.7% posee un nivel práctico adecuado; así mismo, en la categoría de necesidad de movilización física y prevención de úlceras antes del programa educativo 69.0% poseía un nivel práctico inadecuado y posterior a la aplicación el 96.7% posee un nivel práctico adecuado. En la categoría de necesidad de descanso y sueño el 100% poseía un nivel práctico inadecuado y posterior a la aplicación del programa educativo el 76.7% posee un nivel práctico adecuado. En la categoría de la necesidad de eliminación intestinal y vesical se encontró que 90.0% poseía un nivel práctico inadecuado y después de la aplicación del programa educativo el 56.7% posee un nivel práctico adecuado. En la categoría de necesidad de higiene el 76.7% poseía un nivel práctico inadecuado y luego de la aplicación del programa se encontró que el 83.3% posee un nivel práctico adecuado.

## CAPITULO IV

### DISCUSION

En el **cuadro N° 01** referente al **Nivel de conocimiento teórico del cuidador informal** Yadira, Sánchez. <sup>(9)</sup> En su estudio refiere que, se evidencio que un 73% de los cuidadores presentaron un nivel de conocimiento deficiente y más del 5% de los cuidadores, señalan que son completamente necesarias la colaboración de un profesional. El programa es factible desde el punto de vista social, institucional, económico y legal y permitirá mejorar la calidad de vida del binomio enfermo cuidador.

Villegas C. y Cols. <sup>(6)</sup> También refieren que, el nivel de conocimiento en el desempeño del rol de cuidador principal fue bueno en 58 % y regular en 42%. El programa de atención domiciliaria ATHODO fue evaluado como insuficiente por los cuidadores debido a que no se cumplió favorablemente con los siete indicadores. Luego de haber mejorado el programa se obtuvo resultados de un 80% con nivel de conocimiento bueno, por lo cual tuvo éxito dicho programa.

Vilma Quispe. (2006) Asimismo refiere que, antes y después de la participación de los cuidadores en el programa educativo de enfermería, mostraron en la pre-evaluación que el 84 % (21) de los cuidadores presenta un conocimiento entre medio y alto y solo un 16 % (4) conocimiento bajo; y en la post – evaluación el 100 % de los cuidadores presentan conocimiento entre medio a alto. <sup>(12)</sup>

Respecto a los cuidados domiciliarios, estos requieren de un nivel de conocimientos para una adecuada ejecución y los programas educativos en salud buscan cambiar parámetros conductuales en forma generalizada permitiendo la sensibilización y motivación acerca de lo que implica apropiar como hábitos saludables; entendiéndose que la mayoría de personas que cuidan de sus enfermos en sus domicilios son personas que carecen de formación específica para los cuidados del familiar enfermo, el hecho de enfrentarse al cuidado de personas dependientes no es tarea fácil, requiere aprender a afrontar y adaptarse a los cambios que acompaña todo este proceso; muchas veces los problemas de dependencia son cada vez más complejos se agravan más por el desconocimiento acerca de cómo afrontar estos cuidados aspecto que repercute en el cuidado brindado, por ello la aplicación del programa educativo permite cambios a través de estrategias metodológicas seleccionadas, organizadas para reforzar o adquirir nuevos conocimientos que luego se pondrán en práctica, permitiendo que el cuidador facilite su aprendizaje, permitiendo de esta forma el cambio de conocimiento de los cuidadores favoreciendo a la calidad de vida de los pacientes con

enfermedades crónico degenerativos; con relación al nivel de conocimiento se observó que los cuidadores informales reportaron un nivel de conocimiento de cuidados domiciliarios avanzado.

Se concluye que la aplicación del programa educativo fue efectivo observado en 43,3% y 56,7% de cuidadores informales presentó conocimiento entre básico e intermedio, después de la aplicación del programa educativo presentaron 23,3% y 76,7% cuidadores informales conocimiento entre intermedio y avanzado respectivamente; este resultado indica que el grupo de cuidadores informales incremento su nivel de conocimiento teórico después de haber participado en el programa educativo.

En el **cuadro N° 02** referente al **nivel de conocimiento práctico de los cuidadores informales Shirley Castro.**<sup>(8)</sup> En su estudio refiere que el nivel de habilidad prácticas en el cuidado del familiar enfermo, 93% de los cuidadores se ubicaron en un nivel bajo o inadecuado lo cual imposibilita que se brinde un cuidado integral a los pacientes, se debe tener en cuenta varios factores internos y externos que influyen en el desarrollo de un óptimo nivel de habilidades prácticas para brindar un cuidado integral del paciente.

Eugenia Gil.<sup>(36)</sup> También refiere que, en los discursos de las cuidadoras se identificaron 6 tipos de cuidados realizados por las cuidadoras familiares: higiene, alimentación, eliminación, movilidad, realización de curas y administración de medicamentos. Las cuidadoras manifestaron su satisfacción con la competencia técnica y la comunicación de las enfermeras. Sin embargo,

la valoración es deficiente con respecto a la frecuencia de las visitas domiciliarias y a la formación que perciben. Demandaron actividades formativas y técnicas específicas (cura, alimentación) y en actividades de prevención y promoción de salud (cambios posturales, ejercicios de movilización teniendo como resultado que un 35.5% realizaba inadecuadas prácticas.

Orfelina Arpasi.<sup>(11)</sup> Asimismo refiere, en cuanto al nivel de práctica antes del programa se encontró un 86.7% no favorable y después del programa 100% favorable.

Respecto a los conocimientos prácticos incluyen una comprensión interpretativa del significado de objetos o personas configurado como guías de actuación sobre el modo de realizar acciones de cuidado, el desarrollo de los programas educativos están vinculados a la satisfacción de necesidades que son experiencias de aprendizaje para la consecución de comportamientos saludables satisfaciendo cada necesidad de la vida cotidiana, esta no supone la imposición de pautas de acción sino es una tarea de aportación de elementos cognitivos y experienciales para promover cambios en los estilos de vida de forma voluntaria, el cual será adquirido mediante actividades ordinarias de la vida diaria y complementado con otros medios de información; en este caso la aplicación del programa educativo permitió de manera efectiva el cambio de actitudes y adquisición de destrezas necesarias para llevar a cabo acciones de cuidado en pacientes postrados observándose cambios fundamentales necesarios en la vida del familiar postrado.

Se concluye que la aplicación del programa educativo fue efectiva porque se observó que 93,3% de cuidadores informales presentó conocimiento práctico inadecuado antes de la aplicación del programa educativo, cambio a adecuado en un 100% después de la aplicación del programa educativo; resultado que indica el incremento del nivel de conocimiento práctico después de haber participado en el programa educativo.

En el cuadro N° 03 referente al Nivel de conocimiento según el tipo de cuidadores informales Aníbal Pérez.<sup>(35)</sup> En su estudio refiere que, en los domicilios las familias son el principal proveedor de ayuda personal de los mayores con discapacidad en las actividades diarias (AVD), atendiendo al 76,8% de estas personas. Los cuidadores familiares siguen siendo las esposas o esposos o las (os) hijas(os). Además, en la mayoría de los casos (85,3%) la familia lleva a cabo estos cuidados con un conocimiento bueno en el cuidado de su familiar.

Yadira Sánchez. y Gásperi. <sup>(7)</sup> También refiere; que el nivel de conocimiento sobre los cuidadores es deficiente y en su mayoría son del género femenino y 35,4% de los cuidadores informales tienen una afinidad de hija/hijo con el enfermo. El trabajo demuestra la necesidad de formar a los cuidadores informales de los pacientes en etapa terminal para hacerles más comfortable su último momento de vida. Quiere decir que el grupo de cuidadores tuvo una variación en su conocimiento después de haber participado el programa educativo de enfermería; por lo tanto la educación impartida al grupo de

cuidadores a través del programa educativo de Enfermería permite al cuidador incrementar los conocimientos acerca de los cuidados básicos.

Respecto a las enfermedades crónico degenerativas que causan dependencia de los pacientes generan una serie de cambios en la estructura familiar por la misma característica dependiente del enfermo, para el cual requiere del cuidado permanente de una persona que en este caso son los familiares quienes se hacen cargo de ellos considerándoseles como cuidadores informales, entendiéndose que el cuidador informal es aquella persona que dedica mayor parte del tiempo al cuidado del enfermo, que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, etc., se trata de una labor muy intensa y elevada que exige dedicación importante y que muchas veces se prolonga en el tiempo y quienes brindan los cuidados a las personas enfermas en su mayoría recae sobre las mujeres, hijas o conyugues de la persona cuidada, que en la mayoría de veces lo realiza como muestra de agradecimiento u obligación hacia la persona que cuida y además por ser consideradas como las personas más serviciales y cuidadosas, que aun teniendo ocupaciones diversas se hacen cargo de los familiares enfermos que requieren de cuidados y que en muchos de los casos estos cuidadores carecen de conocimiento para brindar adecuados cuidados y satisfacer las necesidades del familiar enfermo, en la aplicación del programa educativo permitió identificar que los hijos son quienes en su mayoría se hacen cargo del familiar enfermo y

que a su vez es efectivo el cambio de actitudes y adquisición de destrezas necesarias para llevar a cabo acciones de cuidado en su familiar postrado.

Se concluye que 56,7% de cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas son los hijos. Y que a su vez antes de la aplicación del programa educativo 30% tenía conocimiento intermedio y después de la aplicación del programa educativo 43.4% presenta un nivel avanzado de conocimientos.

En el **grafico N° 04** referente al **Nivel de conocimiento según el tipo de cuidadores informales** Yadira Sánchez; Gásperi. <sup>(7)</sup>, refiere en su estudio que 35,4% de los cuidadores informales tienen una afinidad de hija/hijo con el enfermo.

Aníbal Pérez.<sup>(35)</sup> asimismo en su estudio refiere que, en los domicilios las familias son el principal proveedor de ayuda personal de los mayores con discapacidad en las actividades diarias (AVD), atendiendo al 76,8% de estas personas. Los cuidadores familiares siguen siendo las esposas o esposos o las (os) hijas(os).

Orfelina Arpasi. <sup>(11)</sup> también refiere que en cuanto al nivel de práctica antes del programa cuidando con amor se encontró un 86.7% no favorable y después del programa 100% favorable. El trabajo demuestra la importancia de formar a los cuidadores informales en la parte práctica, así poder mejorar en las habilidades de cuidados básicos que brindan a su familiar enfermo y hacer más confortable la estancia en el domicilio, por lo tanto es importante la

enseñanza práctica de los cuidados a través de programas educativos para mejorar y fortalecer las destrezas de los cuidadores informales.

El aumento de enfermedades crónicas, hace que exista la posibilidad de un crecimiento de la dependencia, fragilidad y necesidad de cuidados de larga duración, donde la familia juega un papel determinante, ya que es la encargada por excelencia de preservar y mantener la salud y la estabilidad emocional y afectiva del enfermo, aunque ello implique sacrificios y esfuerzos innumerables. Todos estos cambios generados por la afectación de un familiar con una enfermedad crónica degenerativa requiere de una reestructuración de los roles familiares ya que las tareas de cuidado se complejizan y demandan de más tiempo de dedicación, fundamentalmente por parte de la persona directamente encargada del cuidado del enfermo, es decir, el cuidador informal que en este caso serán las hijas (os) su mayoría y brindaran los cuidados por razones afectivas y de gratitud hacia el familiar enfermo y que en muchos de los casos estos cuidadores carecen de habilidades para brindar los cuidados y satisfacer las necesidades del familiar enfermo, la aplicación del programa educativo permitió identificar que los hijos son quienes en su mayoría se hacen cargo del familiar enfermo y a su vez la adquisición de las habilidades prácticas fue efectiva.

Se concluye que 56,7% de cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas son los hijos. Y que a su vez antes de la aplicación del programa educativo tenía una práctica inadecuada y después de

la aplicación del programa educativo presentaron prácticas adecuadas de los cuidados.

En el **cuadro N° 05** referente al **conocimiento teórico de las necesidades básicas en los cuidadores informales** Orfelina A. (LIMA 2013) en su estudio refiere que, los resultados obtenidos en cuanto al nivel de conocimiento sobre prevención de UPP y movilización física antes del programa fueron: 80.7% malo y 23.3% regular, después del programa. Las actitudes de los cuidadores fueron favorables en un 96.7% bueno 12% regular.

Vilma Quispe.<sup>(12)</sup> También refiere que, de acuerdo a la necesidad de alimentación, higiene, movilización y descanso sueño mostraron lo siguiente: En la Necesidad de Alimentación en la pre – evaluación 76% de cuidadores presenta conocimiento de medio a alto y solo 24% conocimiento bajo y en la post – evaluación llega al 100% de conocimiento medio a alto. En la Necesidad de Higiene en la pre – evaluación el 80 % de cuidadores presentaron conocimiento de medio a alto y el 20% conocimiento bajo a diferencia de la post – evaluación donde el 100 % de cuidadores presenta conocimiento medio a alto. En relación a la Necesidad de Movilización en la pre – evaluación el 96 % tenía un conocimiento de medio a alto, y solo 4 % tenía conocimiento bajo, y en la post – evaluación el 100 % presento conocimiento de medio a alto. Por último en la Necesidad de Descanso y Sueño, 8 % de cuidadores presento un conocimiento alto y el 72 % un conocimiento medio en la post – evaluación se evidencia que el 72% presenta conocimiento alto y 28 % conocimiento medio.

Se conoce que el proceso de enfermedad altera la satisfacción de las necesidades básicas pues esta situación trae consigo nuevas necesidades para el cual requiere de una mejor sistematización en los conocimientos cognitivos, procedimentales y actitudinales para alcanzar la satisfacción de estas; por ello, los cuidadores informales deben contar con conocimientos básicos que implica tener la idea o noción de una acción, donde el sujeto se empodera del objeto conocido; en este caso el conocimiento que posee el cuidador es la suma de hechos y principios adquiridos a lo largo de su vida como resultado de la experiencia y aprendizaje que presento caracterizado como un proceso activo que origina cambios en el pensamiento y acciones o actividades del cuidador; la aplicación de un programa educativo permite cambios fundamentales en el aprendizaje y fortalecimiento de nuevos conocimientos en temas referentes a la satisfacción de necesidad de nutrición y administración de medicamento. movilización física y prevención de úlceras, restablecimiento de la fuerza y el tono muscular, descanso y sueño, higiene y eliminación intestinal, considerando que la satisfacción de las necesidades permite que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo a través de acciones adecuadas que realiza la mismo persona o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento permitiendo un nivel de satisfacción de sus condiciones y solo cuando las necesidades son satisfechas es posible pensar en la calidad de vida en termino estrictamente subjetivo.

Se concluye que el nivel conocimiento de los cuidadores respecto a las diferentes necesidades como nutrición y administración de medicamentos,

movilización física y prevención de úlceras por presión, descanso y sueño, higiene, eliminación intestinal y vesical antes de la aplicación del programa educativo se mantenía entre malo y regular, lo cual cambio después de la aplicación del programa educativo cambio a regular y bueno.

En el **cuadro N° 06** referente al **conocimiento práctico de las necesidades básicas en cuidadores informales** Lurdes T. <sup>(38)</sup> En su estudio refiere que,

La actividad o la movilidad es necesaria para la salud, no obstante, muchos individuos no valoran el ejercicio como medio para mantener la salud optima, encuentran a menudo excusas para no participar en un programa de ejercicios. La práctica del ejercicio regular es importante en el adulto mayor para optimizar su calidad de vida, mejorando su bienestar general”.

Potter <sup>(52)</sup> refiere que, el sueño tiene funciones de restauración y protección y sirve para reajustar o conservar los sistemas biológicos por eso es importante realizar actividades de relajación, lectura, ver imágenes y ejercicios.

Virginia Henderson. <sup>(39)</sup> Refiere que, las necesidad como la nutrición, movilización física sueño y descanso, higiene y eliminación intestinal entre otras necesidades son muy importantes si lo pones en práctica cada necesidad como aquel elemento requerido para la supervivencia y el mantenimiento de la salud física y mental. A medida que se va cubriendo una necesidad surge la siguiente, y así sucesivamente, de forma que la satisfacción de las necesidades va a determinar el desarrollo de la personalidad del sujeto. Estados de enfermedad, tanto física como mental, pueden hacer que el hombre

sea incapaz de cubrir estas necesidades, que no las identifique como tal o que pierda la prioridad de las mismas.

El estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado/calidad de estas, la imposibilidad de acceder a las necesidades básicas es sinónimo de deterioro de la salud y con pronóstico de peligro y daño. A partir de ello se desprende que los cuidadores deben poseer conocimientos prácticos y generar mecanismos a través de los cuales brinden posibilidades del acceso a la atención de salud a todo ser humano, por ello el cuidador informal que es el encargado principal del cuidado continuo del familiar debe aprender a mantener el equilibrio entre el trabajo, familia y sus propias necesidades, mientras cuida de alguien más y cumple con algunas de las responsabilidades, porque la satisfacción de las necesidades de un ser querido requiere de habilidades o destrezas con las que el cuidador en muchas ocasiones no está familiarizado y demanda la habilidad de manejar para participar en la planificación y ejecución de los cuidados y la aplicación de programas educativos prácticos permiten al cuidador contribuir en mejorar la calidad de vida del familiar cuidado; la aplicación del programa educativo permitió en los cuidadores informales mejorar la práctica de satisfacción de necesidades aspecto que ayudara en la prevención de complicaciones en pacientes postrados por enfermedades crónico degenerativas.

Se concluye que el mayor porcentaje de cuidadores antes de la aplicación del programa educativo tenían practicas inadecuadas de las necesidades básicas y posterior a la aplicación del programa educativo se revirtió en adecuada práctica.

## CONCLUSIONES

1. La aplicación del programa educativo fue efectivo observado en 43,3% y 56,7% que presento conocimiento entre básico e intermedio, después de la aplicación del programa educativo presentaron 23,3% y 76,7% el conocimiento entre intermedio y avanzado respectivamente.
2. El 56.7% de cuidadores informales son los hijos quienes a su vez tienen conocimiento teórico entre intermedio y avanzado después de la aplicación del programa educativo.
3. El 93,3% que presentaba práctica inadecuada de los cuidados antes de la aplicación del programa educativo, cambio a la práctica adecuada de los cuidados después de la aplicación del programa educativo.
4. El nivel conocimiento de los cuidadores respecto a las diferentes necesidades como nutrición y administración de medicamentos, movilización física y prevención de úlceras por presión, descanso y sueño, higiene, eliminación intestinal y vesical antes de la aplicación del programa educativo se mantenía entre básico e intermedio y después

de la aplicación del programa educativo cambio en intermedio y avanzado.

## RECOMENDACIONES

1. A las instituciones de salud desarrollar programas educativos enfocados a la enseñanza de los cuidado domiciliario de los cuidadores informales en los diferentes niveles de atención, donde se denote la influencia del trabajo del profesional de Enfermería en su manejo de promoción y prevención tratamiento y rehabilitación
2. Al Ministerio de Salud y Gobierno Regional desarrollar programas de cuidados domiciliarios en la agenda de salud de las políticas gubernamentales.
3. A la escuela de Enfermería implementar y crear programas de salud en atención domiciliaria en las asignaturas de salud comunitaria.
4. A los estudiantes realizar estudios de investigación sobre cuidado domiciliario en las diferentes dimensiones a través de propuestas educativas desde el I hasta el IV nivel de atención; pues el aumento de

la población exige una atención oportuna y de calidad – calidez humana de acuerdo a sus características; y por consiguiente mejorar la calidad de vida del enfermo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro A. Enfermedades crónicas degenerativas. Especialidad de salud en los mexicanos elite medical Landstener Scientific (México) [citado 09 de marzo 2014], disponible en: <http://www.elitemedical.com.mx/general/enfermedades-cronico-degenerativas/>
2. Bonita R, De Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R. Vigilancia de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles: el Método Progresivo de la OMS. Resumen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001. [citado 09 de marzo 2014], disponible en: [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/media/en/690.pdf](http://www.who.int/ncd_surveillance/media/en/690.pdf)
3. Cárdenas H., et al. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Instituto nacional de salud. Lima-Perú 2006 [citado 10 de marzo 2014].Pg.99. disponible en:[www.minsa.gob.pe/portada/.../nutricion/.../INFORME\\_FINAL\\_ENIN.pd](http://www.minsa.gob.pe/portada/.../nutricion/.../INFORME_FINAL_ENIN.pd).
4. Sandoval H. Impacto de las Enfermedades crónicas degenerativas. [Revista Científica Instituto Nacional de Salud Pública]. Especialidad de salud en los mexicanos [citado 10 de marzo 2014]. Pg. 13 México Noviembre 2010 disponible en: <http://www.elitemedical.com.mx/general/enfermedades-cronico-degenerativas>

5. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal\* [revista peruana de medicina experimental y salud publica scielo] rev.Peruexp. Salud Pública. abr. /jun 2009; [citado 10 de marzo 2014] 26(2): 222-31 disponible en: <http://www.slideshare.net/anibalvelasquez/carga-de-enfermedad-y-peasRevPeruMedExp>.
  
6. Villegas-Ceja, et al. Desempeño del rol de cuidador primario y eficiencia del programa Atención Hospitalaria a Domicilio 2013. [tesis en el internet]. Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic; Facultad de Enfermería Campus Celaya Salvatierra, Universidad Autónoma de, Guanajuato; Educación e Investigación en Enfermería, Hospital General de Zona 1, Tepic, Nayarit. México. [citado 10 de marzo 2014]. Pg. 14 Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim141e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim141e.pdf)
  
7. Sánchez Y; Gásperi R. Perfil del cuidador informal y nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos domiciliario de pacientes en estado terminal estado de Lara 2011. Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado. Decanato de Ciencias de la Salud Departamento de Medicina Preventiva y Social. [tesis en el internet]. [citado 10 de marzo 2014]. Venezuela 2011 Pg. 14 disponible en: [www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0594](http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0594)
  
8. Castro S. Nivel de habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con insuficiencia cardíaca clase funcional II en una institución de III nivel,

Bogotá 2006” pontificia universidad javeriana facultad de enfermería, departamento de enfermería clínica Bogotá. [citado 10 de marzo 2014]. Colombia 2019 Disponible en: [www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis](http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis)

9. Sánchez Y. Programa educativo de atención domiciliaria en cuidados paliativos dirigido al cuidador informal de pacientes en estado terminal afiliados a instituciones de servicio de salud domiciliarios en los municipios Iribarren y Palavecino del estado Lara. 2008. [revista de enfermería y otras ciencias de la salud]. Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado” Barquesimetro. [citado 12 de marzo 2014]. Pg. 01 Venezuela 2008. Disponible en: [www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0594.pdf](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0594.pdf).
10. Márquez B. Correlación del estado de salud y la carga del cuidador en los familiares que cuidan pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (2005-2007)[revista de enfermería tesis]. Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Regional Veracruz sub unidad de Medicina Familiar. 1 orizaba, Veracruz. [citado 15 de marzo 2014]. México 2008 pg. 07 Disponible en: [www.laalamedilla.org/Investigacion/.../tesina%20cuidadores06.pdf](http://www.laalamedilla.org/Investigacion/.../tesina%20cuidadores06.pdf).
11. Arpasi O. Efectividad del programa educativo “Cuidando con amor” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – Es Salud, [revista de enfermería tesis]. Lima, Perú [citado 15 de

marzo 2014]. Lima 2013 pg. 12 Disponible en :  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/489/1/armas\\_rk.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/489/1/armas_rk.pdf)

12. Quispe V. Efectividad de un Programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [citado 15 de marzo 2014]. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión HNDAC- diciembre, 2006 pg. 14.
13. De Lima L. Programa Educativo Sobre Cuidados [revista científica scielo Documento En Línea]. [citado el 20 de marzo 2014]. Lima Metropolitana 2008. Disponible en: <https://www.epm.com.co/site/.../CuidamundosEPM.aspx>.
14. Chan M. Atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud [revista científica]. [citado el 21 de marzo 2014]. Estados Unidos 2014. Disponible en: [www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/).
15. Vera W. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado humano el rescate necesario Aquichan, [Manual de Enfermería]. vol. 9, núm. 3, diciembre, 2da edic. 2009, pp. 246-256 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia [citado el 20 de marzo 2014]. Edit. Grupo océano La revista está incluida en el catálogo LATINDEX.

16. Gonzales S., et al. Atención Domiciliaria. México: Salud Pública de México, vol. 53, núm. 1, enero-febrero, 2011, pp. 17-25v marzo [Red. Revista científicas de América Latina y el Caribe]. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México Editorial Trillas. [citado el 20 de marzo 2014]. México 2011 Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619407004](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619407004).
17. Izquierdo M. Sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado, SARE 2003 "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado" [revista científica tesis]. Universidad de Barcelona Congreso internacional SARE 2003, EMAKUNDE, Vitoria-Gasteiz, [citado el 21 de marzo 2014]. España 2004. 1-34. Disponible en: [www.emakunde.euskadi.net/contenidos/.../pub.../es.../sare2003\\_es.pd](http://www.emakunde.euskadi.net/contenidos/.../pub.../es.../sare2003_es.pd).
18. García M., et al. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad, [revista científica tesis] Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada Gaceta Sanitaria V18, supl.1, Barcelona, 2004. 45 [citado el 20 de marzo 2014]. 132-139 SUPLEMENTO SESPAS 13/4/04 17:36 Pág. 132 España 2004 Disponible en: [www.sespas.es/informe2004/sespas2004p132-139.pdf](http://www.sespas.es/informe2004/sespas2004p132-139.pdf).
19. Lagarde M. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción (la enajenación cuidadora), [revista científica tesis] SARE 2003 "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado" Congreso Internacional Sare 2003, emakunde, Vitoria-Gasteiz, 2004. [citado el 22 de marzo 2014]. Ciudad de

España, Septiembre del 2003 pg.03 Disponible en:  
[www.emakunde.euskadi.net/contenidos/.../pub.../es.../sare2003\\_es.pdf](http://www.emakunde.euskadi.net/contenidos/.../pub.../es.../sare2003_es.pdf).

20. Montorio I, Fernández M, López A. Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *anales de psicología* 1998 [Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia] Universidad Autónoma de Madrid, vol. 14, nº 2, 229-248 [citado el 20 de marzo 2014]. Pg. 04 España 1998 Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v14/v14\\_2/09-14](http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14)
21. De Caballero R, Medina L. Significado del Cuidado de Enfermería desde la Perspectiva de los Profesionales de una Institución Hospitalaria de Tercer Nivel universidad de Alicante [revista de enfermería y humanidades] En Santafé De Bogotá, Colombia. [citado el 24 de marzo 2014]. Disponible en:[www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf).
22. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. [Investigación y educación en Enfermería]. marzo 2006; 23 Medellín vol. XXIV (1): 36-46.[citado el 24 de marzo 2014]. España 2006 Disponible en:  
[www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2_4.pdf).
23. Ruiz N, Moya L. El cuidador informal una visión mundial universidad de valencia [revista de motivación y emoción de enfermería]. 2012, 1, 22 – 30 [citado el 25 de marzo 2014]. España 2012 Disponible en:  
[www.worldcat.org/.../redes-familiares-en-el-cuidado-del-anciano-con-de](http://www.worldcat.org/.../redes-familiares-en-el-cuidado-del-anciano-con-de).

24. Losada A. Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de personas mayores con demencia. resultados de un estudio transversal y de intervención, [Tesis Doctoral]. No Publicada. Universidad Autónoma de Madrid. Books. [citado el 25 de marzo 2014]. Disponible en: [www.elsevier.es/.../influencia-los-pensamientos-disfuncionales-sobrecarga-l](http://www.elsevier.es/.../influencia-los-pensamientos-disfuncionales-sobrecarga-l).
25. Roqué M. Manual de cuidados domiciliarios aprendiendo estrategias para cuidar mejor Universidad Nacional de Mar del Plata Segunda Parte [Ministerio de Desarrollo Social]. segunda parte / [et. al.] compilado por Mónica Laura Roqué. – edit. en Mar del Plata - Pcia. de Buenos Aires 1a ed. - Buenos Aires Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010. [citado el 28 de marzo 2014]. argentina Fecha de catalogación: 06/10/2010.
26. Uribe Z. Orientación para el cuidado continuo de Salud, manual para los encargados del cuidado continuo de pacientes con enfermedades graves University Of California, San Francisco [proyecto para encargados del cuidado continuo /centro osher de medicina integrada] 11 [citado el 28 de marzo 2014]. Pg. 18 Estados unidos 2009 disponible en:  
[http://cancer.ucsf.edu/\\_docs/crc/Caregiver\\_GENspanish.pdf](http://cancer.ucsf.edu/_docs/crc/Caregiver_GENspanish.pdf)
27. Espín A. Estrategias para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia ciudad de la habana 2003 - 2009 [tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias de

la salud]. [citado el 28 de marzo 2014]. Pg. 07 La Habana cuba 2010 disponible en:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis\\_ana\\_margarita\\_espin.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_ana_margarita_espin.pdf)

28. Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V, et al. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Primera edición: Tarragona. [guía de cuidados de enfermería]. Septiembre 2011 ISBN: 978-84-694-7940-7 Depósito Legal: SE- 6276-2011 editorial: Silvia Mulet Ferré Imprime: Publidisa, S.A [citado el 28 de marzo 2014] Pg. 45
29. Córdova-Villalobos J, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. [revista salud pública de México] Salud Pública 2008; 50:419-427. [citado el 28 de marzo 2014] México 2008 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n5/a15v50n5>
30. Secretaria de salud. Michoacán. México. "Plan de Acción de Promoción de la Salud en Enfermedades Crónico-Degenerativas". (revista científica) 2012-2015. Pg. 03. Pág. 23 Primera edición, septiembre 2013 D.R. Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696, México, D.F. Impreso y hecho en México Por IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno Federa [citado el 28 de marzo 2014] México 2013.
31. Beratarrechea A. Definición de enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas [ChronicDiseases] Primera parte. EvidActPractAmbul. Vol 13(2):68-

73 Abr-Jun 2010 [citado el 28 de marzo 2014] Disponible en:  
<http://es.scribd.com/doc/59890754/.Enfermedades-Definicion>.

32. Reyes A. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas [revista científica] Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 1: 111-117, enero-junio de 2010 pág. 116. [citado el 29 de marzo 2014] México 2010 Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/adriana-guadalupe-reyes-luna.pdf>.
33. Núñez R. Incremento de enfermedades crónicas en el 2014 Publicaciones prestadoras de servicios de salud. [revista científica] 2013-2015 PwC Médico Sector Salud "PwC" se refiere a PricewaterhouseCoopers México, la cual es firma miembro de PricewaterhouseCoopers International Limited, miembro constituye una entidad legal independiente. México [citado el 29 de marzo 2014] México 2014 Disponible en: <http://www.pwc.com/mx/esindustrias/articulos-salud/incrementoenfermedades-cronicas-2013>.
34. Pérez A. Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Ciencia [tesis revista científica] el cuidador primario de familiares con dependencia calidad de vida, apoyo social y salud mental. Universidad de Salamanca Facultad de Medicina [citado el 29 de marzo 2014] España mayo 2006 Disponible en:

<https://www.google.com.pe/#q=el+cuidador+primario+de+familiares+con+dependencia+calidad+de+vida+apoyo>

35. Gil E. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadores informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración [Revista científica Elsevier] doi: 10.1016/S1130-8621(05)71115-3 Vol. 15. Núm. 04. Julio 2005 [citado el 29 de marzo 2014] España 2012 disponible en: <http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/Vivenciascuidadoraspdf.pdf>
  
36. Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica. Universidad de Barcelona Departament National Health and Welfare Ottawa, Canadá edit. Mc graw-Hill interamericana 4ta edición . 200 pg. 203- 206 y 209
  
37. De Torres M. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza. [nutrición clínica y dietética hospitalaria] teoría y práctica [citado el 29 de marzo 2014] España 2008; 28(3): pg. 9-19 disponible en:[https://alojamientos.uva.es/guia\\_docente/uploads/2012/475/46176/1/Documento.pdf](https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2012/475/46176/1/Documento.pdf)
  
38. Henderson V. cuidados de enfermería Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes [fundamentos históricos y teóricos de enfermería área II tema]. 1<sup>ra</sup> edic. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Edita: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén

Sefarad, 42- 1º- D y bajo 23006 JAÉN [citado el 29 de marzo 2014] España  
2010. Pg. 55.

## **ANEXO**

Anexo N° 01

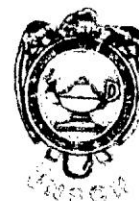
MATRIZ DE CONSISTENCIA

| TITULO   | PROBLEMA   | OBJETIVOS  | HIPÓTESIS   | Variables  | METODOLOGIA  |
|--|--|--|---|--|--|
| <p>APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DIRIGIDO A CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DISTRITO DE AYACUCHO 2014</p> | <p>¿Cuál es la efectividad del programa educativo de cuidados domiciliarios en cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, distrito de Ayacucho. 2014?</p> | <p><b>GENERAL:</b><br/>Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios a cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en el distrito de Ayacucho 2014</p> <p><b>ESPECIFICOS:</b><br/>1. Identificar el nivel de conocimiento teórico y práctico de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas con grado de dependencia II y III en el distrito de Ayacucho.<br/>2. Determinar el nivel de conocimientos según tipo de cuidadores informales de pacientes</p> | <p><b>Hi.</b> La aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios tiene efecto positivo en el conocimiento de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, Ayacucho 2014.</p> <p><b>Ho.</b> La aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios no tiene efecto en el conocimiento de los cuidadores informales de pacientes con</p> | <p><b>Variable Independiente</b><br/>Aplicación del Programa Educativo de cuidados domiciliarios</p> <p><b>Indicadores</b><br/>a. Efectivo<br/>b. No efectivo</p> <p><b>Variable dependiente</b><br/>Conocimiento teórico y práctica</p> <p><b>Indicadores teórico:</b><br/>Básico<br/>Intermedio<br/>Avanzado</p> <p><b>indicadores practico:</b><br/>a. Adecuado</p> | <p><b>TIPO DE INVESTIGACION</b><br/>El estudio del presente trabajo será tipo Cuasi experimental cuantitativo.</p> <p><b>AREA DE ESTUDIO</b><br/>Distrito de Ayacucho</p> <p><b>UNIVERSO</b><br/>La población estará constituida por la totalidad de cuidadores informales en el distrito de Ayacucho.</p> <p><b>MUESTRA:</b> La muestra estará integrada por 30 de cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas captados en el Hospital Regional de Ayacucho para trabajar en sus hogares.<br/>Cuyo muestreo será no probabilístico intencional por las características de estudio</p> <p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b><br/>Para la recolección de datos de la</p> |

|  |  |   |  |                      |  |
|--|--|---|--|----------------------|--|
|  |  | <p>con enfermedades crónicas degenerativos con grado de dependencia II y III en el distrito de Ayacucho.</p> <p>3. Determinar el nivel de conocimientos de los cuidadores informales de según necesidad teórico y práctico de pacientes con enfermedad crónicas degenerativos con grado de dependencia II y III en el distrito de Ayacucho.</p> | <p>enfermedades crónicas degenerativos, Ayacucho 2014.</p> | <p>b. Inadecuado</p> | <p>presente investigación se utilizara el cuestionario y la guía de observación que permita recolectar datos referentes al conocimiento teórico- práctico del cuidador informal.</p> |
|--|--|---|--|----------------------|--|



**Universidad Nacional de San Cristóbal de huamanga**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Formación Profesional de Enfermería**



**CUESTIONARIO**  
**(PRE Y POST EVALUACIÓN)**

**PARA DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO**

**PRESENTACIÓN:**

El presente cuestionario, se ha elaborado con la finalidad de recolectar información general de los cuidadores de familiares con enfermedades crónico degenerativos, para la ejecución del estudio de investigación **“Aplicación de un Programa Educativo de Cuidados Domiciliarios a Cuidadores Informales de Pacientes con Enfermedades Crónicas Degenerativas en los Distrito de Ayacucho, 2014”**. Considerando de gran importancia su colaboración por medio de sus respuestas sinceras, que serán útiles para los efectos del estudio, cuyo cuestionario es personal y anónimo. Los investigadores agradecen su colaboración brindada.

Fecha:    /    /

**1. DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR INFORMAL**

Edad: \_\_\_\_\_ sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_ parentesco con el enfermo: \_\_\_\_\_

Tiempo de cuidado: \_\_\_\_\_ religión: \_\_\_\_\_

## **CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR**

**Lea con cuidado cada pregunta y marque solo una respuesta, según crea correcta.**

### ***NECESIDAD DE NUTRICION: ALIMENTACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS***

**1. ¿Porque es importante la alimentación de su familiar?**

- a. Para conservar la salud
- b. Para sentirse cómodo
- c. Para que no enferme
- d. Para realizar sus actividades

**2. La cantidad y el tipo de alimento que le brinda a su familiar enfermo está en relación a:**

- a. Su actividad física, peso, talla y la enfermedad que presenta
- b. A los ejercicios que realiza
- c. a la cantidad que comía antes de presentar la enfermedad
- d. La enfermedad y al apetito que tenga

**3. ¿Qué alimentos debe consumir en mayor cantidad su familiar enfermo?**

- a. Productos: lácteos, carnes, legumbres, cereales, frutas, verduras.
- b. Productos: lácteos, carne de pollo, frijoles, papa, frutas, verduras.
- c. Productos: yogurt, carne roja, cereales, verduras, arroz.
- d. Productos: leche, pan integral, carnes, cereales, verduras, frutas.

**4. La cantidad de líquidos adecuado que se debe brindar a su familiar enfermo es:**

- a) ½ a 1 litro por día
- b) 1 a 1 ½ litro por día
- c) 1 ½ a 2 litros por día
- d) 2 a 2 ½ litro por día

**5. ¿Qué tipo de líquidos brinda a su familiar enfermo?**

- a) Jugos,
- b) Mates
- c) Refrescos
- d) Agua

**6. ¿Qué Materiales debe usar para la administración de alimentos por sonda Nasogástrica?**

- a) Preparar recipiente con la comida, recipiente para la jeringa, vaso con agua, servilleta, cuchara.
- b) Preparar recipiente para la comida, la jeringa, servilletas, cuchara.
- c) Preparar la jeringa, cuchara, vaso con agua caliente, cuchara y servilletas.
- d) Preparar recipiente con jeringa, cuchara, servilletas y vaso con agua.

**7. ¿Cuál es el Procedimiento que realiza para la alimentación por sonda Nasogástrica?**

- a. Explicar que le brindara sus alimentos, pasar el alimento de forma lenta, pasar el agua y cerrar la sonda sentar a la persona, explica que le dará sus alimentos, Acomodar y estimular con pequeña cantidad en los labios, llena la jeringa con el alimento, pasa el alimento de forma lenta, limpia la

- sonda con agua, y cierra la sonda, mantenerlo semi sentado 30 min.
- b. Acomodar y sentar a la persona, explicar que brindara su alimento, llena la jeringa con el alimento, pasar el alimento de forma ligera, pasar el agua y cerrar la sonda, mantenerlo sentado 10 min.
  - c. Acomodar a la persona, explica que le dará sus alimentos, Verificar que la sonda está en el estómago, estimular con pequeña cantidad en labios, pasar el alimento de forma lenta, limpia la sonda con agua, echarlo en la cama.
  - d. Verificar que la sonda está en el estómago, Acomodar y sentar a la persona, explicar que le dará sus alimentos, estimular con pequeña cantidad en los labios, llenar la jeringa con el alimento, pasar el alimento de forma lenta, limpiar la sonda con agua, y cerrar la sonda, mantenerlo sentado 1hra.

**8. ¿Qué cantidad y que temperatura debe tener la dieta para ser administrado por sonda Nasogástrica?**

- a) 150 a 200 cc./ caliente
- b) 200 a 250 cc. / tibio
- c) 250 a 300 cc./ tibio
- d) 300 a 350 cc./ ligeramente frio

**9. ¿Qué cuidado realiza cuando olvida administrar un medicamento (pastillas, jarabes, gotas, etc.)?**

- a) Administro lo antes posible
- b) Junto con la próxima dosis
- c) Ya no le administro

d) Le administro dos dosis juntas

**10. ¿Qué cuidados realiza para administrar un medicamento?**

a) Verifico la receta médica: cantidad, hora, y verifico la deglución del medicamento.

b) Le administro triturando o disuelto con agua para que lo pase

c) Si no puede tomar no le doy, solo aquellos que puede tomar

d) Le dejo para que los tome solo cuando pueda

**11. ¿Qué Cuidados se realiza en tratamientos de larga duración?**

a) Lleva un registro de la hora y cantidad

b) No lleva registro alguno porque ya sabe la hora

c) Lo marco en cualquier hojita o calendario

d) Mi familiar sabe la cantidad y horario

***NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN FÍSICA Y PREVENCIÓN DE ULCERAS***

***POR PRESIÓN:***

**12. Según su criterio la movilidad física favorece en:**

a) Ayuda solo en la fuerza y flexibilidad del cuerpo.

b) Ayuda en la resistencia, fuerza, equilibrio y flexibilidad del cuerpo.

c) Se produce formación de lesiones en la piel por los movimientos.

d) Evita la formación de lesiones en la piel.

**13. ¿Qué actividades realiza en la movilización física de su familiar enfermo?**

a. Inicia con ejercicios de respiración, movilización de cuello, tronco y extremidades, ejercicios de giro en cama, estimula a estar sentado en la cama.

- b. Inicia con posición sentado en la cama, ejercicios de respiración, movilización de cuello, tronco y extremidades, ejercicio de giro en cama.
- c. Inicia con ejercicios de respiración, posición sentado en la cama, movilización de cuello, tronco y extremidades, ejercicio de giro en cama
- d. Inicia con movilización de cuello, tronco y extremidades, ejercicio de giro en cama, posición sentada en la cama y ejercicios de respiración.

**14. ¿Cuántas veces debe realizar los ejercicios físicos en su familiar enfermo?**

- a) 1 a 2 veces por día
- b) 2 a 3 veces por día
- c) 3 a 4 veces por día
- d) Más de 5 veces al día.

**15. ¿Qué Cuidados evitan las escaras (lesiones en la piel)?**

- a) Aseo diario, piel seca, masajes, cambio de posición
- b) Inmovilidad, poca hidratación, humedad, masajes
- c) Aseo diario, humedad, masajes, poca hidratación
- d) Masajes, aseo diario, poca hidratación, humedad

**16. El número de veces que cambia de posición a su familiar es:**

- a) Cada tres horas
- b) Cada cuatro horas
- c) Cada dos horas
- d) Cuando indica que esta incomodo

**17. ¿Cuántas veces y con qué se debe realizar los masajes?**

- a. Después del baño con crema

- b. Después del baño sin otro material
- c. Después del baño con colonia
- d. Después del baño con talco

**NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO:**

**18. El sueño es importante para:**

- a) Que este menos irritable
- b) Que este despierto durante el día
- c) Que este menos cansado
- d) Recuperación física de la persona

**19. ¿Qué cuidados debe brindar para el adecuado sueño de su familiar enfermo?**

- a. Movilización activa y pasiva en el día, actividades de distracción en horario diurno, relajación, brindar la comida temprano.
- b. Tendido de cama adecuado, actividades de distracción en horario diurno, Le doy de comer antes de que se duerma.
- c. Ambiente sin ruidos, brindo bebidas como café, mantengo la luz encendida, fomento a la micción.
- d. Movilización activa y pasiva en el día, Ambiente sin ruidos, actividades de distracción antes de dormir.

**20. ¿Cuánto tiempo como máximo debe descansar su familiar enfermo durante el día?**

- a. 45 minutos
- b. 30 minutos
- c. 15 minutos

d. 20 minutos

**NECESIDAD DE HIGIENE:**

**21. ¿Qué beneficio tiene el mantener la cavidad bucal limpia?**

- a) Mantiene el apetito y cuidado de dientes y encías
- b) No genera beneficios en el paciente es igual
- c) Solo evita el mal aliento
- d) previene la caries y el mal aliento

**22. ¿Cómo realiza la higiene de la cavidad bucal?**

- a) Con cepillo o gasa, pasta dental y agua
- b) Con enjuague bucal y gasa
- c) Con agua, cepillo o gasa
- d) Solo con enjuague y agua

**23. ¿Cuándo debe realizar la higiene bucal en su familiar enfermo?**

- a. Cuando come dulces
- b. Después de cada comida
- c. Solo en las mañanas
- d. En la noche para que duerma

**24. Para bañar a su familiar tiene en cuenta que:**

- a. Tiene lesiones y la piel reseca
- b. Transpira y desea bañarse
- c. Tiene la piel reseca y desea bañarse
- d. Tiene lesiones y desea bañarse

**25. ¿Qué cuidados tiene durante el baño de su familiar enfermo?**

- a) Ambiente temperado, agua temperada, ayuda a desvestirlo, jabonado, enjuagado, secado, y vestido.
- b) Utiliza agua fría, ambiente sin corriente de aire, jabonado, enjuagado, secado y vestido.
- c) Agua temperada, ayuda a desvestirlo, jabonado, enjuagado, secado, lubricación y vestido
- d) Agua temperada, jabonado, enjuagado, secado, talqueado y vestido

**26. ¿Qué cuidados tiene en cuenta en la higiene de los genitales de su familiar?**

- a) Usar jabones perfumados
- b) Lavar los genitales solo durante el baño
- c) Lavado, secado minucioso, uso de talco.
- d) Usar perfume después del baño para evitar malos olores

***NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: INTESTINAL Y VESICAL***

**27. ¿Qué cuidados realiza para que su familiar pueda defecar adecuadamente?**

- a. Brinda alimentos con abundante fibra, agua, ejercicios y masajes en el abdomen.
- b. Brinda alimentos con vegetales, abundante agua, masajes en el abdomen.
- c. Brinda alimentos a base de dietas, agua y ejercicios abdominales.

d. Brinda alimentos a base fibra, dieta, agua en regular cantidad y masajes en abdomen.

**28. Cada qué tiempo debe defecar su familiar enfermo:**

a. Interdiario

b. 1 vez al día

c. 1 a 2 veces al día

d. 2 a 3 veces al día

**29. El procedimiento que realiza para ayudar a su familiar a defecar en una chata es:**

a) Calienta y coloca talco en el borde de la chata, pone agua o papel en la chata para limpiar fácil, coloca la chata debajo de las nalgas, realiza la limpieza del ano.

b) Coloca la chata, pone agua o papel en la chata, coloca debajo de las nalgas y realiza la limpieza del ano.

c) Coloca talco en el borde de la chata, pone agua o papel en la chata para limpiar fácil, coloca la chata debajo de las nalgas.

d) Calienta la chata, coloca la chata debajo de las nalgas, realiza la limpieza del ano.

**30. ¿Cómo debe ser la característica de la orina de su familiar enfermo?**

a. Orina oscura con olor fuerte

b. Orina clara con olor fuerte

c. Orina clara con poco olor

d. Orina oscura con poco olor

**31. ¿Qué procedimiento realiza para el cambio del pañal?**

- a) limpieza y lavado de genitales
- b) lavado y secado de genitales
- c) limpieza y secado de genitales
- d) lavado y limpieza de genitales

**32. ¿Cuántas veces en el día debe de cambiar de pañal a su familiar?**

- a) cada vez que me acuerdo
- b) dos veces al día
- c) cada vez que este mojado y/o con heces
- d) entre 4 y 5 horas al día

***GRACIAS POR SU COLABORACIÓN***

Los investigadores:

Juan C. Fernández León y Ana M. García Sotomayor

Anexo 3



Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga  
 Facultad de Ciencias de la Salud  
 Escuela de Formación Profesional de Enfermería



**GUÍA DE OBSERVACIÓN  
 PARA DETERMINAR EL CONOCIMIENTO PRACTICO**

| GUIA DE OBSERVACION   |                               | ADECUADO | INADECUADO |
|---|-------------------------------|----------|------------|
|   |                               | 1 pto    | 0 pto      |
| Nutrición:<br>Alimentación y<br>Administración de<br>Medicamentos | Alimentación balanceada       |          |            |
|   | Uso de sonda Nasogástrica     |          |            |
|   | Administración de medicamento |          |            |
| Movilización Física y Prevención de Ulceras por Presión.          | Rigidez muscular              |          |            |
|   | Presencia de ulceras          |          |            |
| Reposo y Sueño  | Cama                          |          |            |
|   | Habitación                    |          |            |
| Eliminación:<br>Intestinal y Vesical                              | Cambio de pañal               |          |            |
|   | Uso de chata                  |          |            |
| Higiene   | Corporal                      |          |            |
|   | Oral                          |          |            |
|   | Genital                       |          |            |

### FICHA DE NOTAS PARA GUÍA DE OBSERVACIÓN

|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <b>Alimentación<br/>y<br/>administración<br/>de<br/>medicamentó</b>             | Alimentación<br>Balanceada          | <p><b>Adecuado:</b> si la alimentación es de acuerdo a la enfermedad que padece el paciente</p> <p><b>Inadecuado:</b> si la alimentación es de la olla familiar e inadecuada para el estado de salud del paciente</p>   |
|   | Uso de Sonda<br>Nasogástrica        | <p><b>Adecuado:</b> si la sonda está bien insertada, limpia, permeable y el cambio se realiza cada 5 días y/o en la fecha indicada.</p> <p><b>Inadecuado:</b> si la sonda se encuentra mal insertada, sucia, no permeable y el cambio no se realiza en la fecha indicada.</p> |
|   | Administración<br>de<br>Medicamento | <p><b>Adecuado:</b> si la administración se realiza de acuerdo a lo indicado (vía, hora, cantidad)</p> <p><b>Inadecuado:</b> si la administración se realiza sin cumplir las indicaciones.</p>  |
| <b>Movilización<br/>física y<br/>Prevención de<br/>ulceras por<br/>presión.</b> | Rigidez<br>Muscular                 | <p><b>Adecuado:</b> presenta resistencia, equilibrio, flexibilidad, fuerza, movilidad corporal.</p> <p><b>Inadecuado:</b> si no presenta resistencia, equilibrio, flexibilidad, fuerza, movilidad corporal.</p>   |
|   | Presencia de<br>Ulceras             | <p><b>Adecuado:</b> si no existe presencia de ninguna lesión y/o enrojecimiento en la piel</p> <p><b>Inadecuado:</b> si existe presencia de enrojecimiento y /o lesión en la piel.</p>  |
| <b>Reposo y</b>   | Cama                                | <p><b>Adecuado:</b> sin presencia de pliegues,</p>  |

|                    |                   |   |
|--------------------|-------------------|---|
| <b>sueño</b>       |                   | sábanas, cobijas limpias y secas<br><b>Inadecuado:</b> con presencia de pliegues, sábanas, cobijas sucias y/o húmedas   |
|                    | Habitación        | <b>Adecuado:</b> Ambiente cálido, Iluminación tenue, Ventilación adecuada, Limpio y seco<br><b>Inadecuado:</b> Ambiente frío, demasiada iluminación u oscura, Ventilación inadecuada, Sucio húmedo                                    |
| <b>Eliminación</b> | Cambio de Pañales | <b>Adecuado:</b> Cuando el pañal desechable se cambia cada vez que sea necesario. Debe encontrarse limpio y seco.<br><b>Inadecuado:</b> pañal sucio, húmedo con presencia de heces.   |
|                    | Uso de Chata      | <b>Adecuado:</b> si la chata se encuentra limpia, seca, y se realiza la higiene perineal después de su uso.<br><b>Inadecuado:</b> si la chata se encuentra sucia, con desechos y no se realiza la higiene perineal después de su uso. |
| <b>Higiene</b>     | Corporal          | <b>Adecuado :</b> la higiene es cefalocaudal<br><b>Inadecuado:</b> la higiene es sin seguir un orden cefalocaudal   |
|                    | Oral              | <b>Adecuado:</b> Cuando se realiza la limpieza de lo interno a lo externo<br><b>Inadecuado:</b> Cuando se realiza la limpieza de lo externo a lo interno  |
|                    | Genital           | <b>Adecuado:</b> cuando se realiza la higiene peri anal<br><b>Inadecuado:</b> cuando se realiza la higiene ano- periné  |

**Anexo N° 04**

**ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS**

**DOMICILIARIOS**

| <b>Taller</b> | <b>Tema</b>  | <b>Contenidos</b>  | <b>Acciones</b>   | <b>Técnicas</b>                          | <b>Dirigido a</b>                              | <b>H C</b> |
|---------------|--|--|---|--|--|------------|
| sesión N° 01  | Nutrición: alimentación y Adm. De medicamentos           | Definición cuidados en su alimentación<br>Tipos de alimentación                                  | Presentación exposición y videos con retroproyector                         | Expositiva Demostración y redemostración | Cuidadores informales del distrito de Ayacucho | 30 min     |
| sesión N° 02  | Movilización física y prevención de úlceras por presión. | Definición, mecánica corporal<br>Cambios de postura, masajes y prevención de úlcera por presión. | Exposición del tema.<br>Taller.<br>Retroalimentación                        | Expositiva Demostración y redemostración |  | 60 min     |
| Sesión N° 03  | Descanso y sueño   | Definición, cuidados en el descanso y sueño.   | Exposición del tema.<br>Taller.<br>Terapia distractora<br>Retroalimentación | Expositiva Demostración y redemostración |  | 40 min     |
| Sesión N° 04  | Higiene  | Higiene, importancia, cuidados en la higiene.  | Exposición y Sesión demostrativa  | Expositiva Demostración y redemostración |  | 60 min     |
| Sesión N° 05  | Eliminación intestinal y vesical                         | Definición, cuidados en la eliminación, uso de pañal<br>Cuidados en el uso del pañal.            | Exposición y Sesión demostrativa  | Expositiva Demostración y redemostración |  | 40 min     |

## **Anexo N° 05**

### **PROGRAMA DE CAPACITACION**

#### **1. ALCANCE**

El presente Plan de Capacitación se implementará en los Distritos de Ayacucho, y se aplicará a cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

#### **2. VIGENCIA**

El presente plan iniciará su ejecución durante el mes de enero hasta concluir con las sesiones educativas; asimismo por ser una herramienta dinámica estará sujeta a la disponibilidad de la población en estudio.

#### **3. FINALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN**

Lograr la participación de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas

#### **4. OBJETIVOS DEL PLAN DE CAPACITACIÓN**

##### **4.1 Objetivo General:**

Contribuir al fortalecimiento de las capacidades de los cuidadores informales en la calidad de atención de sus familiares con enfermedades crónicas degenerativas

##### **4.2 Objetivos Específicos:**

- Brindar conocimientos a los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas
- Modificar actitudes de los cuidadores informales para contribuir en la calidad de atención de sus familiares

- Desarrollar y fortalecer habilidades de los cuidadores informales, para lograr el adecuado control y la sostenibilidad del programa.

## **5. METODOLOGÍA**

A través de la observación, demostración y redemostración

## **6. JUSTIFICACIÓN**

El Plan de Capacitación está orientado a contribuir con el desarrollo de conocimientos y habilidades de los cuidadores informales para realizar acciones en la calidad de atención de sus familiares con enfermedades crónicas degenerativas

## **TEMAS DE CAPACITACIÓN**

- ❖ Nutrición: alimentación y administración de medicamentos
- ❖ Movilización física y prevención de Úlceras por presión.
- ❖ descanso y sueño
- ❖ Higiene
- ❖ Eliminación intestinal y vesical

## **7. RESPONSABILIDAD**

El cumplimiento del presente Plan de Capacitación es responsabilidad de los investigadores.

## **8. RECURSOS HUMANOS**

Está conformado por los investigadores, con experiencia en los cuidados de calidad de atención y prevención de posibles complicaciones que se puede suscitar.

## 9. ENTREGA DE MATERIALES

La ejecución del programa tendrá lugar en sus domicilios, adaptada al grupo y a las actividades previstas en su desarrollo, con unas condiciones que favorezcan la interacción y la participación activa de los cuidadores con los profesionales de la salud.

Se impartirán 5 sesiones durante tres semanas (dos sesiones por semana), con una duración de 40 a 60 minutos cada una. La metodología educativa constará de los siguientes puntos:

## 10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Tema  | Modalidad                            | Responsables                               | Cronograma |              |              |
|---|--------------------------------------|--|------------|--------------|--------------|
|   |                                      |  | 1<br>enero | 2<br>febrero | 3<br>febrero |
| Nutrición:<br>alimentación<br>y adm. De<br>medicamento<br>s.        | Consejería<br>Sesión<br>demostrativa | Bach. Juan<br>Carlos<br>Bach. Ana<br>María | X          |              |              |
| Movilización<br>fisca y<br>prevención<br>de úlceras<br>por presión. | Consejería<br>Sesión<br>demostrativa | Bach. Juan<br>Carlos<br>Bach. Ana<br>María |            | X            |              |
| Descanso y<br>sueño   | Consejería y<br>sesiones             | Bach. Juan<br>Carlos                       |            | X            |              |

|   |   |  |  |  |   |
|---|---|--|--|--|---|
|   | demostrativa<br>s                             | Bach. Ana<br>María                         |  |  |   |
| Higiene                                 | Consejería y<br>sesiones<br>demostrativa<br>s | Bach. Juan<br>Carlos<br>Bach. Ana<br>María |  |  | X |
| Eliminación<br>intestinal y<br>vesical. | Sesión<br>demostrativa<br>Consejería          | Bach. Juan<br>Carlos<br>Bach. Ana<br>María |  |  | X |

El presente Plan de Capacitación se desarrollará entre los meses de mayo de acuerdo al siguiente cronograma:

## 11. FINANCIAMIENTO

El monto de inversión de este Plan de Capacitación, será autofinanciado por los investigadores.

## **Anexo N° 06**

### **DESARROLLO TEMATICO**

#### **PROGRAMA DE EDUCATIVO**

##### **I GENERALIDADES**

**TEMA:** Necesidades básicas y cuidado domiciliario para cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónico degenerativos

**FECHA:** .....

**DURACIÓN:** cada sesión durara de 40 a 60 min.

**POBLACIÓN OBJETIVO:** cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónico degenerativos

##### **II OBJETIVOS:**

Contribuir al fortalecimiento de las capacidades de los cuidadores informales en la calidad de atención de sus familiares con enfermedades crónico degenerativos

##### **III METODOLOGIA:**

Constructivista - Interactiva.

##### **IV JUSTIFICACIÓN**

Este programa educativo se realiza con la finalidad de mejorar la calidad de atención en sus familiares priorizando en familiares con enfermedades crónico degenerativos.

## V CONTENIDO TEMATICO

| HORA   | ACTIVIDAD   | METODOLOGIA                                | MATERIALES                              |
|--------|---|--|---|
| 1 min  | Coordinar y buscar la aceptación de la madre para la consejería nutricional.                              | Presentación del consejero (investigadora) |   |
| 25 min | Desarrollo del tema.<br>Definición de los cuidados en cada necesidad de acuerdo a nuestro plan de trabajo | Expositiva                                 | retroproyector y sesiones demostrativas |
|        | Alternativas de solución: Sesión demostrativa   |  |   |
| 2 min  | Registro de acuerdos: Compromiso de los cuidadores informales de participar en las sesiones               |  |   |
| 1 min  | Cierre y seguimiento  | Participativa                              | Retroproyector                          |

## VII RECURSOS A UTILIZAR

### HUMANOS:

- Investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en el Distrito de Ayacucho.

**Anexo N° 07**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS CUIDADORES  
INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO  
DEGENERATIVO**

Ayacucho, ...de.....de 2014

Distinguido cuidador (a)

Le saludamos cordialmente y a la vez le comunicamos que usted como cuidador del paciente con enfermedad crónica degenerativa, nos conceda su consentimiento informado para poder que pueda participar en el programa educativo, acerca de los cuidados que debe tener un paciente con enfermedad crónica degenerativa.

Se le debe manifestar que la información recabada será usada exclusivamente para fines académicos y la misma formara parte del trabajo de grado, por lo tanto se manejará con absoluta confiabilidad.

Se le agradece firmar como notificación de aceptar dicho planteamiento

Cuidador: \_\_\_\_\_

Gracias por su colaboración  
Juan Carlos Fernández león  
Ana María García Sotomayor  
Responsables de la investigación

## ANEXO 08

### VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS



#### FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

##### I. DATOS INFORMATIVOS

| Apellido y Nombre del Informante | Cargo o Institución donde Labora      | Nombre del Instrumento de Evaluación | Autor del Instrumento |
|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| YAURI GUERE<br>EVA ESTELA        | HOSPITAL ESSALUD<br>SERVICIO - PADOMI | CUESTIONARIO                         | TESISTAS              |

##### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

| INDICADORES        | CRITERIOS   | Deficiente<br>0-20% | Regular<br>21-40% | Buena<br>41-80% | Muy buena<br>81-90% | Excelente<br>91-100% |
|--------------------|---|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1. CLARIDAD        | Está formulado con lenguaje apropiado                                 |                     |                   |                 |                     | 85                   |
| 2. OBJETIVIDAD     | Está expresado en conductas observables                               |                     |                   |                 | 80                  |                      |
| 3. ACTUALIDAD      | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología                      |                     |                   |                 | 80                  |                      |
| 4. ORGANIZACIÓN    | Existe una organización lógica.                                       |                     |                   |                 |                     | 90                   |
| 5. SUFICIENCIA     | Comprende los aspectos en cantidad y calidad                          |                     |                   |                 | 80                  |                      |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés              |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 7. CONSISTENCIA    | Basado en aspectos técnicos-científicos de la variable de interés.    |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 8. COHERENCIA      | Entre los índices, indicadores y las dimensiones                      |                     |                   |                 |                     | 90                   |
| 9. METODOLOGIA     | La estrategia responde al propósito del diagnóstico                   |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 10. OPORTUNIDAD    | El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado |                     |                   |                 |                     | 100                  |

##### III. OPINION DE APLICACIÓN

##### IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN

90.5%

|                     |          |                   |                      |
|---------------------|----------|-------------------|----------------------|
| Aysacucho, 04-01-15 | 28261527 |                   | 981908090<br>#220046 |
| Lugar y fecha       | DNI      | Firma del Experto | Teléfono             |



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

DATOS INFORMATIVOS

| Apellido y Nombre del Informante | Cargo o Institución donde Labora      | Nombre del Instrumento de Evaluación | Autor del Instrumento |
|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| YURI GÜERE<br>EVA ESTELA         | HOSPITAL ESSALUD<br>SERVICIO - PADOMI | GUIA DE OBSERVACION                  | TESISTAS              |

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

| INDICADORES        | CRITERIOS   | Deficiente<br>0-20% | Regular<br>21-40% | Buena<br>41-60% | Muy buena<br>61-80% | Excelente<br>81-100% |
|--------------------|---|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1. CLARIDAD        | Está formulado con lenguaje apropiado                                 |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 2. OBJETIVIDAD     | Está expresado en conductas observables                               |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 3. ACTUALIDAD      | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología                      |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 4. ORGANIZACIÓN    | Existe una organización lógica.                                       |                     |                   |                 |                     | 90                   |
| 5. SUFICIENCIA     | Comprende los aspectos en cantidad y calidad                          |                     |                   |                 |                     | 90                   |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés              |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 7. CONSISTENCIA    | Basado en aspectos teórico-científicos de la variable de interés.     |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 8. COHERENCIA      | Entre los índices, indicadores y las dimensiones                      |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 9. METODOLOGÍA     | La estrategia responde al propósito del diagnóstico                   |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 10. OPORTUNIDAD    | El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado |                     |                   |                 |                     | 100                  |

III. OPINION DE APLICACIÓN

IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN

98%

|                    |          |                   |                      |
|--------------------|----------|-------------------|----------------------|
| Ayacucho, 04-01-15 | 28261527 |                   | 981908090<br>#226046 |
| Lugar y fecha      | DNI      | Firma del Experto | Teléfono             |



### FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### I. DATOS INFORMATIVOS

| Apellido y Nombre del Informante | Cargo o Institución donde Labora | Nombre del Instrumento de Evaluación | Autor del Instrumento |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Nancy Aquino Risco               | Enfermera Asistencial            | Cuestionario                         |                       |

#### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

| INDICADORES        | CRITERIOS   | Deficiente<br>0-20% | Regular<br>21-40% | Buena<br>41-60% | Muy buena<br>61-80% | Excelente<br>81-100% |
|--------------------|---|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1. CLARIDAD        | Está formulado con lenguaje apropiado                                 |                     |                   |                 | 80                  |                      |
| 2. OBJETIVIDAD     | Está expresado en conductas observables                               |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 3. ACTUALIDAD      | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología                      |                     |                   |                 | 80                  |                      |
| 4. ORGANIZACIÓN    | Existe una organización lógica.                                       |                     |                   |                 | 80                  |                      |
| 5. SUFICIENCIA     | Comprende los aspectos en cantidad y calidad                          |                     |                   |                 |                     | 90                   |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés              |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 7. CONSISTENCIA    | Basado en aspectos teórico-científicos de la variable de interés.     |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 8. COHERENCIA      | Entre los índices, indicadores y las dimensiones                      |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 9. METODOLOGÍA     | La estrategia responde al propósito del diagnóstico                   |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 10. OPORTUNIDAD    | El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado |                     |                   |                 |                     | 100                  |

#### III. OPINION DE APLICACIÓN

*Consejo algunos terminos antes de aplicarlo.*

#### IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN

*93%*

|                    |           |                   |            |
|--------------------|-----------|-------------------|------------|
| Ayacucho, 20/12/14 | 4131 8729 |                   | #990137555 |
| Lugar y fecha      | ONI       | Firma del Experto | Teléfono   |



### FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### I. DATOS INFORMATIVOS

| Apellido y Nombre del Informante | Cargo o Institución donde Labora | Nombre del Instrumento de Evaluación | Autor del Instrumento |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Nancy Aquino Risco               | Enfermera Asistencial            | Gua de Observación                   |                       |

#### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

| INDICADORES        | CRITERIOS   | Deficiente<br>0-20% | Regular<br>21-40% | Buena<br>41-60% | Muy buena<br>61-80% | Excelente<br>81-100% |
|--------------------|---|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1. CLARIDAD        | Está formulado con lenguaje apropiado                                 |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 2. OBJETIVIDAD     | Está expresado en conductas observables                               |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 3. ACTUALIDAD      | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología                      |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 4. ORGANIZACIÓN    | Existe una organización lógica.                                       |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 5. SUFICIENCIA     | Comprende los aspectos en cantidad y calidad                          |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés              |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 7. CONSISTENCIA    | Basado en aspectos teórico-científicos de la variable de interés.     |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 8. COHERENCIA      | Entre los índices, indicadores y las dimensiones                      |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 9. METODOLOGIA     | La estrategia responde al propósito del diagnóstico                   |                     |                   |                 |                     | 100                  |
| 10. OPORTUNIDAD    | El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado |                     |                   |                 |                     | 100                  |

#### III. OPINION DE APLICACIÓN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN 100%

|                    |          |                   |            |
|--------------------|----------|-------------------|------------|
| Ayacucho, 29/12/14 | 41318729 |                   | #990137555 |
| Lugar y fecha      | ONI      | Firma del Experto | Teléfono   |

Anexo nº 09

VALIDACION DE LA PRUEBA PILOTO  
FORMULA DE ALFA DE CROMBACH

Dónde:  $\alpha$  = Coeficiente de Cronbach

I = Número de ítems utilizados para el cálculo

$\sum S^2$  = Suma de la varianza de cada ítem

$S_t^2$  = Varianza total de los ítems

$$\alpha = \frac{I}{I - 1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,804             | 32             |

Estadísticas de total de elemento

|          | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |          |      |
|----------|---|----------|------|
|          |   | VAR00016 | ,796 |
|          |   | VAR00017 | ,805 |
|          |   | VAR00018 | ,769 |
| VAR00001 | ,769  | VAR00019 | ,796 |
| VAR00002 | ,796  | VAR00020 | ,797 |
| VAR00003 | ,797  | VAR00021 | ,784 |
| VAR00004 | ,811  | VAR00022 | ,800 |
| VAR00005 | ,769  | VAR00023 | ,784 |
| VAR00006 | ,780  | VAR00024 | ,802 |
| VAR00007 | ,769  | VAR00025 | ,805 |
| VAR00008 | ,802  | VAR00026 | ,775 |
| VAR00009 | ,782  | VAR00027 | ,798 |
| VAR00010 | ,807  | VAR00028 | ,800 |
| VAR00011 | ,796  | VAR00029 | ,817 |
| VAR00012 | ,802  | VAR00031 | ,808 |
| VAR00013 | ,802  | VAR00032 | ,805 |
| VAR00014 | ,794  |          |      |
| VAR00015 | ,796  |          |      |

Al concluir con el proceso se puede tener validado el instrumento debido a que se obtuvo un valor de 0,804 del coeficiente alfa lo cual indica que el instrumento es fiable.

Anexo nº 10

CUADRO 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO TEORICO DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO. 2014

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | ANTES DEL PROGRAMA |              | DESPUES DEL PROGRAMA |              |
|-----------------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
|                       | N                  | %            | n                    | %            |
| BÁSICO                | 13                 | 43,3         | 0                    | 0,0          |
| INTERMEDIO            | 17                 | 56,7         | 7                    | 23,3         |
| AVANZADO              | 0                  | 0,0          | 23                   | 76,7         |
| <b>Total</b>          | <b>30</b>          | <b>100,0</b> | <b>30</b>            | <b>100,0</b> |

FUENTE: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$z = -4,714$

signif. Asintót. = 0,000

Anexo n° 11

CUADRO 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO PRACTICO DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO. 2014

| CONOCIMIENTO PRACTICO | ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA |               | DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA |               |
|-----------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------------------|---------------|
|                       | N                                   | %             | n                                     | %             |
| INADECUADO            | 28                                  | 93,3%         | 0                                     | 0,0%          |
| ADECUADO              | 2                                   | 6,7%          | 30                                    | 100,0%        |
| <b>TOTAL</b>          | <b>30</b>                           | <b>100,0%</b> | <b>30</b>                             | <b>100,0%</b> |

FUENTE: Guía de observación aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$z = -5,292$

signif. Asintót. = 0,000

Anexo n° 12

CUADRO 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN TIPO DE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO. 2014

| CUIDADORES INFORMALES | NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES INFORMALES |             |            |             |           |            |                                |            |            |             |           |             |           |              |
|-----------------------|--|-------------|------------|-------------|-----------|------------|--------------------------------|------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
|                       | ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO                   |             |            |             |           |            | DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO |            |            |             |           |             | TOTAL     |              |
|                       | Básico   |             | Intermedio |             | Avanzando |            | Básico                         |            | Intermedio |             | Avanzando |             |           |              |
|                       | N  | %           | n          | %           | N         | %          | n                              | %          | n          | %           | n         | %           | n         | %            |
| HIJO (a)              | 8  | 26,7        | 9          | 30,0        | 0         | 0,0        | 0                              | 0,0        | 4          | 13,3        | 13        | 43,3        | 17        | 56,7         |
| ESPOSO(a)             | 0  | 0,0         | 2          | 6,7         | 0         | 0,1        | 0                              | 0,1        | 0          | 0,0         | 2         | 6,7         | 2         | 6,7          |
| HERMANO(a)            | 1  | 3,3         | 2          | 6,7         | 0         | 0,2        | 0                              | 0,2        | 1          | 3,3         | 2         | 6,7         | 3         | 10           |
| OTRO FAMILIAR         | 4  | 13,3        | 4          | 13,3        | 0         | 0,3        | 0                              | 0,3        | 2          | 6,7         | 6         | 20          | 8         | 26,7         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>13</b>                                      | <b>43,3</b> | <b>17</b>  | <b>56,7</b> | <b>0</b>  | <b>0,4</b> | <b>0</b>                       | <b>0,4</b> | <b>7</b>   | <b>23,3</b> | <b>23</b> | <b>76,7</b> | <b>30</b> | <b>100,0</b> |

FUENTE: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

Z= -2,630

signif. Asintót. = 0,000

Anexo n° 13

CUADRO 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO PRÁCTICO SEGÚN TIPO DE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO 2014.

| CUIDADORES    | NIVEL DE PRÁCTICA DE LOS CUIDADORES |             |          |            |                      |            |           |              |
|---------------|-------------------------------------|-------------|----------|------------|----------------------|------------|-----------|--------------|
|               | ANTES DEL PROGRAMA                  |             |          |            | DESPUES DEL PROGRAMA |            |           |              |
|               | Inadecuado                          |             | Adecuado |            | Inadecuado           |            | Adecuado  |              |
|               | n                                   | %           | n        | %          | n                    | %          | n         | %            |
| HIJO (A)      | 17                                  | 56,7        | 0        | 0,0        | 0                    | 0,0        | 17        | 56,7         |
| ESPOSO (A)    | 2                                   | 6,7         | 0        | 0,0        | 0                    | 0,0        | 2         | 6,7          |
| HERMANO (A)   | 3                                   | 10,0        | 0        | 0,0        | 0                    | 0,0        | 3         | 10,0         |
| OTRO FAMILIAR | 6                                   | 19,9        | 2        | 6,7        | 0                    | 0,0        | 8         | 26,6         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>28</b>                           | <b>93,3</b> | <b>2</b> | <b>6,7</b> | <b>0</b>             | <b>0,0</b> | <b>30</b> | <b>100,0</b> |

FUENTE: guía de observación aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$z = -3,292$

signif. Asintót. = 0,000

Anexo n° 14

CUADRO 05

NIVEL DE CONOCIMIENTO TEORICO DE LOS CUIDADORES INFORMALES SEGÚN NECESIDAD DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS EN LOS DISTRITO DE AYACUCHO. 2014

| NECESIDADES                                 | NIVEL DE CONOCIMIENTO TEORICO DEL CUIDADOR INFORMAL |      |            |      |           |     |                      |     |            |      |           |      | TOTAL |     |
|---|---|------|------------|------|-----------|-----|----------------------|-----|------------|------|-----------|------|-------|-----|
|   | ANTES DEL PROGRAMA                                  |      |            |      |           |     | DESPUES DEL PROGRAMA |     |            |      |           |      |       |     |
|   | Básico  |      | Intermedio |      | Avanzando |     | Básico               |     | Intermedio |      | Avanzando |      | n     | %   |
|   | n   | %    | N          | %    | n         | %   | n                    | %   | n          | %    | n         | %    |       |     |
| Nutrición y administración de medicamento   | 9   | 30,0 | 20         | 66.7 | 1         | 3.3 | 0                    | 0,0 | 4          | 13.3 | 26        | 86.7 | 30    | 100 |
| Movilización física y prevención de úlceras | 21  | 70,0 | 9          | 30,0 | 0         | 0,0 | 0                    | 0,0 | 8          | 26.7 | 22        | 73.3 | 30    | 100 |
| Descanso y sueño                            | 19  | 63.3 | 11         | 36.7 | 0         | 0,0 | 0                    | 0,0 | 10         | 33.3 | 20        | 66.7 | 30    | 100 |
| Higiene                                     | 23  | 76.7 | 7          | 23.3 | 0         | 0,0 | 0                    | 0,0 | 10         | 33.3 | 20        | 66.7 | 30    | 100 |
| Eliminación intestinal y vesical            | 22  | 73.3 | 8          | 26.7 | 0         | 0,0 | 0                    | 0,0 | 15         | 50,0 | 15        | 50,0 | 30    | 100 |

FUENTE: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

Anexo n° 15

CUADRO 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO PRACTICO DE LOS CUIDADORES INFORMALES SEGÚN NECESIDAD DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVO ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, DISTRITO DE AYACUCHO. 2014

| NECESIDADES                                 | NIVEL DE CONOCIMIENTO PRÁCTICO DEL CUIDADOR INFORMAL |      |          |      |                      |      |          |      | Total |     |
|---|--|------|----------|------|----------------------|------|----------|------|-------|-----|
|   | ANTES DEL PROGRAMA                                   |      |          |      | DESPUES DEL PROGRAMA |      |          |      |       |     |
|   | Inadecuado   |      | Adecuado |      | Inadecuado           |      | Adecuado |      | n     | %   |
|   | n  | %    | N        | %    | N                    | %    | n        | %    |       |     |
| Nutrición y Administración de medicamento   | 21   | 69   | 9        | 31   | 1                    | 3.3  | 29       | 96.7 | 30    | 100 |
| Movilización física y prevención de úlceras | 21   | 69   | 9        | 31   | 1                    | 3.3  | 29       | 96.7 | 30    | 100 |
| Descanso y sueño                            | 30   | 100  | 0        | 0    | 7                    | 23.3 | 23       | 76.7 | 30    | 100 |
| Eliminación Intestinal y vesical            | 27   | 90   | 3        | 10   | 13                   | 43.3 | 17       | 56.7 | 30    | 100 |
| Higiene                                     | 23   | 76.7 | 7        | 23.3 | 5                    | 16.7 | 25       | 83.3 | 30    | 100 |

FUENTE: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

**Anexo n° 16**

**EVIDENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PARA  
CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA  
DEGENERATIVA**

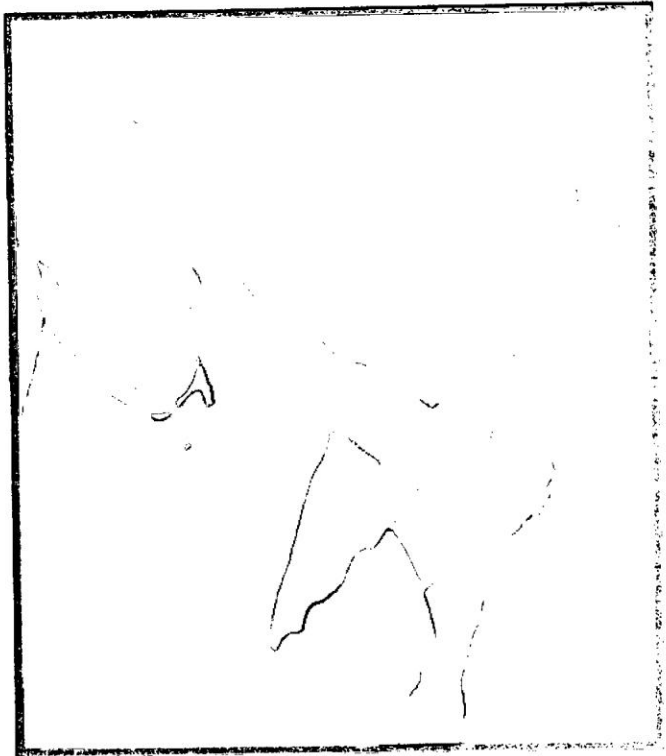
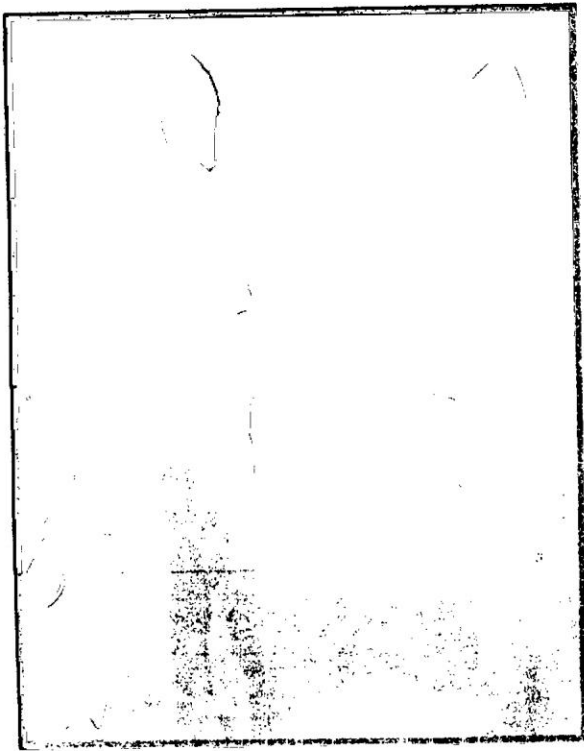
**“Debemos ver a la familia como la principal fuente de apoyo en el cuidado  
del paciente”**

Aplicando el cuestionario de conocimiento



Realizando la enseñanza a los cuidadores informales





Tendido de cama



**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE  
CUIDADOS DOMICILIARIO A CUIDADORES INFORMALES DE  
PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO  
DEGENERATIVAS EN EL DISTRITO DE AYACUCHO, 2014.**

*Juan Carlos, FERNÁNDEZ LEÓN - Ana María, GARCÍA SOTOMAYOR*

**RESUMEN:**

**Objetivo:** Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. **Materiales y métodos:** el estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, tipo cuasi experimental y diseño longitudinal. Las técnicas fueron la entrevista y observación; los instrumentos fueron el cuestionario y guía de observación, la muestra/población se conformó por 30 cuidadores. **Los resultados:** fueron en cuanto al nivel de conocimiento de los cuidadores informales, son del total de la muestra, 56.7% los hijos son cuidadores informales; de ellos 26,7% tenía un desconocimiento acerca de los cuidados antes de la aplicación del programa educativo, presentando después de la aplicación del programa educativo 43,4% conocimiento avanzado.

En cuanto a la efectividad del programa, se concluye que antes de la aplicación del programa educativo del total de la muestra 43,3% y 56,7% presentaban un conocimiento entre básico e intermedio respectivamente y después de la aplicación del programa educativo presentaron 23,3% y 76,7% un conocimiento entre intermedio y avanzado respectivamente. Conclusión: la aplicación del programa educativo dirigido al cuidador informal fue efectiva.

**ABSTRAC:**

To determine the effectiveness of the implementation of home care educational program on informal caregivers of patients with chronic degenerative diseases. **Materials and methods:** the study was quantitative approach, application level, quasi-experimental and longitudinal design. The techniques were the interview and observation; the instruments were the questionnaire and observation guide, sample / population was formed by 30 caregivers. **Results:** were in the level of knowledge of informal caregivers are the total sample, 56.7% children are informal caregivers; 26.7% of them had a lack of knowledge about the care before the implementation of the educational program, submitted after the application of the educational program advanced knowledge 43.4%.

As for the effectiveness of the program, it is concluded that before the implementation of the educational program of all the sample 43.3% and 56.7% had knowledge between basic and intermediate respectively and after the implementation of the educational program presented 23, 3% and 76.7% knowledge between intermediate and advanced respectively. **Conclusion:** the implementation of the educational program for the informal caregiver was effective.

## I. INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas degenerativas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta que va en avance progresivo hasta que terminan con la vida de la persona, sin que exista cura para detenerlas, enfermedades como la diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, hipertensión arterial y cáncer. <sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (2013) calcula que para el año 2020 estas cifras alcanzarán en 60% y además que estas dolencias serán causa del 73% de muertes. <sup>(2)</sup>

Las enfermedades crónico-degenerativas producen cambios a medida que avanza la enfermedad por falta o pérdida de la capacidad física, psíquica o intelectual y requieren de asistencia o ayuda para realizar actividades de la vida diaria como el simple hecho de comer, caminar, asearse o ir al baño, etc., o cuando la dependencia es definitiva requiere de manera sistemática los cuidados de otras personas que fundamentalmente esta situación recae en el cuidado de personas con enfermedades crónico degenerativas. <sup>(4)</sup>

Los programas educativos son instrumentos que organizan actividades de enseñanza-aprendizaje para permitir el cambio de actitudes de la persona en un periodo de tiempo determinado, y el programa educativo referido a la atención domiciliaria es una estrategia extra hospitalaria que permite la enseñanza en cuidados domiciliarios a los cuidadores informales, con la finalidad de garantizar que el paciente con enfermedad crónico degenerativa reciba

la familia, el cual exige gran capacidad y sensibilidad humana para apoyar en la mantención de la autonomía de la persona a quien se cuida. <sup>(3)</sup>

La familia, sobre todo las mujeres (madre, hija o hermana), son quienes brindan los cuidados directos al familiar enfermo en casa y tienen mayor probabilidad de convertirse en cuidadores familiares primarios y son ellos; las personas sometidas a la carga física y psicoactiva de responsabilidades y actividades derivadas del cuidado y de la vivencia continua del sufrimiento del familiar enfermo y son quienes enfrentan la tarea nueva, desconocida y a veces atemorizante llegando a producirse un cambio de roles en la familia, esta situación que atraviesa la familia se puede hacer más llevadero cuando se brindan las condiciones materiales y educativas adecuadas que permitan a la familia desarrollar comportamientos, habilidades y competencias para

asistencia sanitaria con alto nivel de efectividad al igual que en las instituciones de salud, para ello se requiere la preparación cognoscitiva y practica acerca de los cuidados del paciente a cada uno de los cuidadores informales, considerándose un reto para el profesional de enfermería la capacitación a los familiares con la finalidad de contribuir en la mejora de la calidad de vida de este grupo vulnerable. <sup>(6)</sup>

Estas premisas permitieron plantear el estudio referente a la Aplicación de un Programa Educativo sobre cuidados

domiciliarios a cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en el Distrito de Ayacucho 2014.

**Objetivos:**

**Objetivo General.**

Determinar la efectividad de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios a cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

**Objetivos Específicos.**

1. Identificar el nivel de conocimiento teórico y práctico de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas con grado de dependencia II y III, antes y después de la aplicación del programa educativo sobre cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho.
2. Determinar el nivel de conocimiento teórico y práctico según tipo de cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas con grado de dependencia II y III, antes y después de la aplicación del programa educativo sobre cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho.
3. Determinar el nivel de conocimientos teórico y práctico de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónicas degenerativas con grado de dependencia II y III según necesidad antes y después de la aplicación del programa educativo sobre cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho.

**II. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

**Enfoque de Investigación**

Cuantitativo

**Tipo de investigación**

Aplicada

**Método de estudio:**

Longitudinal

**Población:**

La población estuvo constituida por la totalidad de cuidadores informales de cada paciente con enfermedad crónico degenerativo captados en el Hospital Regional de Ayacucho. Teniendo como referencia a dos cuidadores por cada paciente se consideró como población de estudio a 80 cuidadores informales según dato referencial de la unidad de estadística del Hospital Regional de Ayacucho.

**Muestra:**

Estuvo conformado por 30 cuidadores informales (Se consideró 2 cuidadores informales por cada paciente (15 pacientes) con enfermedades crónicas degenerativas captados en el Hospital Regional de Ayacucho durante el cuarto trimestre 2014 según criterios de inclusión).

**Tipo de muestreo:**

No probabilístico por conveniencia.

**Criterios de inclusión:**

- a. Cuidadores informales que residen junto al paciente con enfermedad crónico degenerativa.
- b. Cuidadores informales de pacientes con grado de dependencia II y III.
- c. Cuidadores informales de pacientes que fueron atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho.

**Criterios de exclusión:**

- a. Cuidadores informales que no residen junto al paciente con enfermedad crónico degenerativa.

b. Cuidadores informales de pacientes con grado de dependencia I.

c. Cuidadores informales de pacientes que no fueron atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho

**Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron la entrevista y la

observación, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y la guía de observación respectivamente; la recolección de datos se realizó en dos momentos, antes (pre- evaluación) y después (post- evaluación) de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios.

**III. RESULTADOS:**

Tabla n° 01: nivel de conocimiento teórico del cuidador informal de pacientes con enfermedades crónico degenerativas antes y después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho 2014.

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | ANTES DEL PROGRAMA |       | DESPUES DEL PROGRAMA |       |
|-----------------------|--------------------|-------|----------------------|-------|
|                       | n                  | %     | n                    | %     |
| BÁSICO                | 13                 | 43,3  | 0                    | 0,0   |
| INTERMEDIO            | 17                 | 56,7  | 7                    | 23,3  |
| AVANZADO              | 0                  | 0,0   | 23                   | 76,7  |
| TOTAL                 | 30                 | 100,0 | 30                   | 100,0 |

Fuente: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero- febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$z = -4,714$

signif. Asintót. = 0,000

Tabla n° 02: nivel de conocimiento práctico del cuidador informal de pacientes con enfermedades crónico degenerativas antes y después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho 2014.

| CONOCIMIENTO PRACTICO | ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA |        | DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA |        |
|-----------------------|-------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|
|                       | n                                   | %      | n                                     | %      |
| INADECUADO            | 28                                  | 93,3%  | 0                                     | 0,0%   |
| ADECUADO              | 2                                   | 6,7%   | 30                                    | 100,0% |
| TOTAL                 | 30                                  | 100,0% | 30                                    | 100,0% |

Fuente: Guía de observación aplicado a la población muestral en los meses de enero- febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$z = -5,292$

signif. Asintót. = 0,000

Tabla n° 03: nivel de conocimiento teórico según tipo de cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónico degenerativas antes y después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho 2014.

| CUIDADORES INFORMALES | NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES INFORMALES |             |            |             |           |            |                                |            |            |             |           |             |           |              |
|-----------------------|--|-------------|------------|-------------|-----------|------------|--------------------------------|------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
|                       | ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO                   |             |            |             |           |            | DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO |            |            |             |           |             | TOTAL     |              |
|                       | Básico   |             | Intermedio |             | Avanzando |            | Básico                         |            | Intermedio |             | Avanzando |             | n         | %            |
|                       | N  | %           | n          | %           | N         | %          | n                              | %          | n          | %           | n         | %           |           |              |
| HIJO (a)              | 8  | 26,7        | 9          | 30,0        | 0         | 0,0        | 0                              | 0,0        | 4          | 13,3        | 13        | 43,3        | 17        | 56,7         |
| ESPOSO(a)             | 0  | 0,0         | 2          | 6,7         | 0         | 0,1        | 0                              | 0,1        | 0          | 0,0         | 2         | 6,7         | 2         | 6,7          |
| HERMANO(a)            | 1  | 3,3         | 2          | 6,7         | 0         | 0,2        | 0                              | 0,2        | 1          | 3,3         | 2         | 6,7         | 3         | 10           |
| OTRO FAMILIAR         | 4  | 13,3        | 4          | 13,3        | 0         | 0,3        | 0                              | 0,3        | 2          | 6,7         | 6         | 20          | 8         | 26,7         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>13</b>                                      | <b>43,3</b> | <b>17</b>  | <b>56,7</b> | <b>0</b>  | <b>0,4</b> | <b>0</b>                       | <b>0,4</b> | <b>7</b>   | <b>23,3</b> | <b>23</b> | <b>76,7</b> | <b>30</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$Z = -2,630$

signif. Asintót. = 0,000

Tabla n° 04: nivel de conocimiento práctico según tipo de cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónico degenerativas antes y después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho 2014.

| CUIDADORES    | NIVEL DE PRACTICA DE LOS CUIDADORES |             |          |            |                      |            |           |              |
|---------------|-------------------------------------|-------------|----------|------------|----------------------|------------|-----------|--------------|
|               | ANTES DEL PROGRAMA                  |             |          |            | DESPUES DEL PROGRAMA |            |           |              |
|               | Inadecuado                          |             | Adecuado |            | Inadecuado           |            | Adecuado  |              |
|               | n                                   | %           | n        | %          | n                    | %          | n         | %            |
| HIJO (A)      | 17                                  | 56,7        | 0        | 0,0        | 0                    | 0,0        | 17        | 56,7         |
| ESPOSO (A)    | 2                                   | 6,7         | 0        | 0,0        | 0                    | 0,0        | 2         | 6,7          |
| HERMANO (A)   | 3                                   | 10,0        | 0        | 0,0        | 0                    | 0,0        | 3         | 10,0         |
| OTRO FAMILIAR | 6                                   | 19,9        | 2        | 6,7        | 0                    | 0,0        | 8         | 26,6         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>28</b>                           | <b>93,3</b> | <b>2</b> | <b>6,7</b> | <b>0</b>             | <b>0,0</b> | <b>30</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: guía de observación aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

$p \leq 0,05$

$z = -3,292$

signif. Asintót. = 0,000

Tabla nº 05: nivel de conocimiento teórico cuidadores informales según necesidad de pacientes con enfermedades crónico degenerativas antes y después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho 2014.

| NECESIDADES                                 | NIVEL DE CONOCIMIENTO TEORICO DEL CUIDADOR INFORMAL |      |            |      |           |     |                      |     |            |      |           |      | TOTAL |     |
|---|---|------|------------|------|-----------|-----|----------------------|-----|------------|------|-----------|------|-------|-----|
|   | ANTES DEL PROGRAMA                                  |      |            |      |           |     | DESPUES DEL PROGRAMA |     |            |      |           |      |       |     |
|   | Básico  |      | Intermedio |      | Avanzando |     | Básico               |     | Intermedio |      | Avanzando |      | n     | %   |
| n   | %   | N    | %          | n    | %         | n   | %                    | n   | %          | n    | %         |      |       |     |
| Nutrición y administración de medicamento   | 9   | 30,0 | 20         | 66.7 | 1         | 3.3 | 0                    | 0,0 | 4          | 13.3 | 26        | 86.7 | 30    | 100 |
| Movilización física y prevención de úlceras | 21  | 70,0 | 9          | 30,0 | 0         | 0,0 | 0                    | 0,0 | 8          | 26.7 | 22        | 73.3 | 30    | 100 |
| Descanso y sueño                            | 19  | 63.3 | 11         | 36.7 | 0         | 0,0 | 0                    | 0,0 | 10         | 33.3 | 20        | 66.7 | 30    | 100 |
| Higiene                                     | 23  | 76.7 | 7          | 23.3 | 0         | 0,0 | 0                    | 0,0 | 10         | 33.3 | 20        | 66.7 | 30    | 100 |
| Eliminación intestinal y vesical            | 22  | 73.3 | 8          | 26.7 | 0         | 0,0 | 0                    | 0,0 | 15         | 50,0 | 15        | 50,0 | 30    | 100 |

Fuente: cuestionario aplicado a la población muestral en los meses de enero - febrero del 2015.

Tabla nº 06: nivel de conocimiento práctico cuidadores informales según necesidad de pacientes con enfermedades crónico degenerativas antes y después de la aplicación del programa educativo de cuidados domiciliarios en el Distrito de Ayacucho 2014.

| NECESIDADES                                 | NIVEL DE CONOCIMIENTO PRÁCTICO DEL CUIDADOR INFORMAL |      |          |      |                      |      |          |      | Total |     |
|---|--|------|----------|------|----------------------|------|----------|------|-------|-----|
|   | ANTES DEL PROGRAMA                                   |      |          |      | DESPUES DEL PROGRAMA |      |          |      |       |     |
|   | Inadecuado   |      | Adecuado |      | Inadecuado           |      | Adecuado |      | n     | %   |
| n   | %  | n    | %        | n    | %                    | n    | %        |      |       |     |
| Nutrición y Administración de medicamento   | 21   | 69   | 9        | 31   | 1                    | 3.3  | 29       | 96.7 | 30    | 100 |
| Movilización física y prevención de úlceras | 21   | 69   | 9        | 31   | 1                    | 3.3  | 29       | 96.7 | 30    | 100 |
| Descanso y sueño                            | 30   | 100  | 0        | 0    | 7                    | 23.3 | 23       | 76.7 | 30    | 100 |
| Eliminación Intestinal y vesical            | 27   | 90   | 3        | 10   | 13                   | 43.3 | 17       | 56.7 | 30    | 100 |
| Higiene                                     | 23   | 76.7 | 7        | 23.3 | 5                    | 16.7 | 25       | 83.3 | 30    | 100 |

Fuente: guía de observación aplicado a la población muestral en los meses de enero – febrero 2015.

#### **IV. DISCUSION:**

El estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado/calidad de estas, la imposibilidad de acceder a las necesidades básicas es sinónimo de deterioro de la salud y con pronóstico de peligro y daño. A partir de ello se desprende que los cuidadores deben poseer conocimientos teóricos y prácticos para generar mecanismos a través de los cuales brinden posibilidades del acceso a la atención de salud a todo ser humano, por ello el cuidador informal que es el encargado principal del cuidado continuo del familiar debe aprender a mantener el equilibrio entre el trabajo, familia y sus propias necesidades, mientras cuida de alguien más y cumple con algunas de las responsabilidades, porque la satisfacción de las necesidades de un ser querido requiere de habilidades o destrezas con las que el cuidador en muchas ocasiones no está familiarizado y demanda la habilidad de manejar para participar en la planificación y ejecución de los cuidados y la aplicación de programas educativos prácticos permiten al cuidador contribuir en mejorar la calidad de vida del familiar cuidado; la aplicación del programa educativo permitió en los cuidadores informales mejorar los conocimientos teóricos y prácticos para satisfacer las necesidades, aspecto que ayudara en la prevención de complicaciones en pacientes postrados por enfermedades crónico degenerativas.

#### **V. CONCLUSIONES:**

1. La aplicación del programa educativo fue efectivo observado en 43,3% y 56,7% que presento conocimiento entre básico e

intermedio, después de la aplicación del programa educativo presentaron 23,3% y 76,7% el conocimiento entre intermedio y avanzado respectivamente.

2. El 56.7% de cuidadores informales son los hijos quienes a su vez tienen conocimiento teórico entre intermedio y avanzado después de la aplicación del programa educativo.

3. El 93,3% que presentaba práctica inadecuada de los cuidados antes de la aplicación del programa educativo, cambio a la práctica adecuada de los cuidados después de la aplicación del programa educativo.

4. El nivel conocimiento de los cuidadores respecto a las diferentes necesidades como nutrición y administración de medicamentos, movilización física y prevención de úlceras por presión, descanso y sueño, higiene, eliminación intestinal y vesical antes de la aplicación del programa educativo se mantenía entre básico e intermedio y después de la aplicación del programa educativo cambio en intermedio y avanzado.

#### **RECOMENDACIONES:**

1. A las instituciones de salud desarrollar programas educativos enfocados a la enseñanza de los cuidados domiciliarios de los cuidadores informales en los diferentes niveles de atención, donde se denote la influencia del trabajo del profesional de Enfermería en su manejo de promoción y prevención tratamiento y rehabilitación

2. Al Ministerio de Salud y Gobierno Regional desarrollar programas de cuidados domiciliarios en la agenda de salud de las políticas gubernamentales.

3. A la escuela de Enfermería implementar y crear programas de salud en atención

domiciliaria en las asignaturas de salud comunitaria.

4. A los estudiantes realizar estudios de investigación sobre cuidado domiciliario en las diferentes dimensiones a través de propuestas educativas desde el I hasta el IV nivel de atención; pues el aumento de la población exige una atención oportuna y de calidad- calidez humana de acuerdo a sus características; y por consiguiente mejorar la calidad de vida del enfermo.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro A. Enfermedades crónicas degenerativas. Especialidad de salud en los mexicanos elite LandstenerScientific(México) [citado 09 de marzo 2014], disponible en: <http://www.elitemedical.com.mx/general/enfermedades-cronico-degenerativas/> medical
2. Bonita R, De Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R. Vigilancia de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles: el Método Progresivo de la OMS. Resumen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001. [citado 09 de marzo 2014], disponible en: [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/media/en/690.pdf](http://www.who.int/ncd_surveillance/media/en/690.pdf)
3. Cárdenas H., et al. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Instituto nacional de salud. Lima- Perú 2006 [citado 10 de marzo 2014].Pg.99. disponible en:[www.minsa.gob.pe/portada/.../nutricion/.../INFORME\\_FINAL\\_ENIN.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/.../nutricion/.../INFORME_FINAL_ENIN.pdf).
4. Sandoval H. Impacto de las Enfermedades crónicas degenerativas. [Revista Científica Instituto Nacional de Salud Pública]. Especialidad de salud en los mexicanos [citado 10 de marzo 2014]. Pg. 13 México Noviembre 2010 disponible en: <http://www.elitemedical.com.mx/general/enfermedades-cronico-degenerativas>
5. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal\* [revista peruana de medicina experimental y salud publica scielo] rev.Peruexp. Salud Pública. abr. /jun 2009; [citado 10 de marzo 2014] 26(2): 222-31 disponible en: <http://www.slideshare.net/anibalvelasquez/carga-de-enfermedad-y-peasRevPeruMedExp>.
6. Villegas-Ceja, et al. Desempeño del rol del cuidador primario y eficiencia del programa Atención Hospitalaria a Domicilio 2013. [tesis en el internet]. Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic; Facultad de Enfermería Campus Celaya Salvatierra, Universidad Autónoma de Guanajuato; Educación e Investigación en Enfermería, Hospital General de Zona 1, Tepic,

- Nayarit. México. [citado 10 de marzo 2014]. Pg. 14 Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim141e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim141e.pdf)
7. Sánchez Y; Gásperi R. Perfil del cuidador informal y nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos domiciliario de pacientes en estado terminal estado de Lara 2011. Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado. Decanato de Ciencias de la Salud Departamento de Medicina Preventiva y Social. [tesis en el internet]. [citado 10 de marzo 2014]. Venezuela 2011 Pg. 14 disponible en: [www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0594](http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0594)
  8. Castro S. Nivel de habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca clase funcional II en una institución de III nivel, Bogotá 2006 pontificia universidad javeriana facultad de enfermería, departamento de enfermería clínica Bogotá. [citado 10 de marzo 2014]. Colombia 2019 Disponible en: [www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis](http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis)
  9. Sánchez Y. Programa educativo de atención domiciliaria en cuidados paliativos dirigido al cuidador informal de pacientes en estado terminal afiliados a instituciones de servicio de salud domiciliarios en los municipios Iribarren y Palavecino del estado Lara. 2008. [revista de enfermería y otras ciencias de la salud]. Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado" Barquesimetro. [citado 12 de marzo 2014]. Pg. 01 Venezuela 2008. Disponible en: [www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0594.pdf](http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0594.pdf).
  10. Márquez B. Correlación del estado de salud y la carga del cuidador en los familiares que cuidan pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (2005-2007)[revista de enfermería tesis]. Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Regional Veracruz sub unidad de Medicina Familiar. 1 orizaba, Veracruz. [citado 15 de marzo 2014]. México 2008 pg. 07 Disponible en: [www.laalamedilla.org/Investigacion/.../tesina%20cuidadores06.pdf](http://www.laalamedilla.org/Investigacion/.../tesina%20cuidadores06.pdf).
  11. Arpasi O. Efectividad del programa educativo "Cuidando con amor" en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – Es Salud, [revista de enfermería tesis]. Lima, Perú [citado 15 de marzo 2014]. Lima 2013 pg. 12 Disponible en : [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/489/1/armas\\_rk.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/489/1/armas_rk.pdf)
  12. Quispe V. Efectividad de un Programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del Hospital

Nacional Daniel Alcides Carrión [citado 15 de marzo 2014]. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión HNDAC-diciembre, 2006 pg. 14.

13. De Lima L. Programa Educativo Sobre Cuidados [revista científica scielo Documento En Línea]. [citado el 20 de marzo 2014]. Lima Metropolitana 2008. Disponible en: <https://www.epm.com.co/site/.../CuidamundosEPM.aspx>.
14. Chan M. Atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud [revista científica]. [citado el 21 de marzo 2014]. Estados Unidos 2014 Disponible en: [www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/).
15. Vera W. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado humano el rescate necesario Aquichan, [Manual de Enfermería]. vol. 9, núm. 3, diciembre, 2da edic. 2009, pp. 246-256 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia [citado el 20 de marzo 2014]. Edit. Grupo océano La revista está incluida en el catálogo LATINDEX.
16. Gonzales S., et al. Atención Domiciliaria. México: Salud Pública de México, vol. 53, núm. 1, enero-febrero, 2011, pp. 17-25v marzo [Red. Revista científicas de América Latina y el Caribe]. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México Editorial Trillas. [citado el 20 de marzo 2014]. México 2011 Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619407004](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619407004).
17. Izquierdo M. Sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado, SARE 2003 "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado" [revista científica tesis]. Universidad de Barcelona Congreso internacional SARE 2003, EMAKUNDE, Vitoria-Gasteiz, [citado el 21 de marzo 2014]. España 2004. 1-34. Disponible en: [www.emakunde.euskadi.net/contenidos/.../pub.../es.../sare2003\\_es.pd](http://www.emakunde.euskadi.net/contenidos/.../pub.../es.../sare2003_es.pd).
18. García M., et al. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad, [revista científica tesis] Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada Gaceta Sanitaria V18, supl.1, Barcelona, 2004. 45 [citado el 20 de marzo 2014]. 132-139 SUPLEMENTO SESPAS 13/4/04 17:36 Pág. 132 España 2004 Disponible en: [www.sespas.es/informe2004/sespas2004p132-139.pdf](http://www.sespas.es/informe2004/sespas2004p132-139.pdf).
19. Lagarde M. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción (la enajenación cuidadora), [revista científica tesis] SARE 2003 "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado" Congreso Internacional Sare 2003, emakunde, Vitoria-Gasteiz, 2004. [citado el 22 de marzo 2014]. Ciudad de España, Septiembre del 2003 pg.03 Disponible

- en:[www.emakunde.euskadi.net/contenidos/.../pub.../es.../sare2003\\_es.pdf](http://www.emakunde.euskadi.net/contenidos/.../pub.../es.../sare2003_es.pdf).
20. Montorio I, Fernández M, López A, Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *anales de psicología* 1998 [Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia] Universidad Autónoma de Madrid, vol. 14, nº 2, 229-248 [citado el 20 de marzo 2014]. Pg. 04 España 1998 Disponible en: [http://www.um.es/analeps/v14/v14\\_2/09-14](http://www.um.es/analeps/v14/v14_2/09-14)
  21. De Caballero R, Medina L. Significado del Cuidado de Enfermería desde la Perspectiva de los Profesionales de una Institución Hospitalaria de Tercer Nivel universidad de Alicante [revista de enfermería y humanidades] En Santafé De Bogotá, Colombia. [citado el 24 de marzo 2014]. Disponible en: [www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf).
  22. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. [Investigación y educación en Enfermería]. marzo 2006; 23 Medellín vol. XXIV (1): 36-46. [citado el 24 de marzo 2014]. España 2006 Disponible en: [www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2_4.pdf).
  23. Ruiz N, Moya L. El cuidador informal una visión mundial universidad de valencia [revista de motivación y emoción de enfermería]. 2012, 1, 22 – 30 [citado el 25 de marzo 2014]. España 2012 Disponible en: [www.worldcat.org/.../redes-familiares-en-el-cuidado-del-anciano-con-de](http://www.worldcat.org/.../redes-familiares-en-el-cuidado-del-anciano-con-de).
  24. Losada A. Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de personas mayores con demencia. resultados de un estudio transversal y de intervención, [Tesis Doctoral]. No Publicada. Universidad Autónoma de Madrid. Books. [citado el 25 de marzo 2014]. Disponible en: [www.elsevier.es/.../influencia-los-pensamientos-disfuncionales-sobrecarga-l](http://www.elsevier.es/.../influencia-los-pensamientos-disfuncionales-sobrecarga-l).
  25. Roqué M. Manual de cuidados domiciliarios aprendiendo estrategias para cuidar mejor Universidad Nacional de Mar del Plata Segunda Parte [Ministerio de Desarrollo Social]. segunda parte / [et. al.] compilado por Mónica Laura Roqué. – edit. en Mar del Plata - Pcia. de Buenos Aires 1a ed. - Buenos Aires Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010. [citado el 28 de marzo 2014]. argentina Fecha de catalogación: 06/10/2010.
  26. Uribe Z. Orientación para el cuidado continuo de Salud, manual para los encargados del cuidado continuo de pacientes con

- enfermedades graves University Of California, San Francisco [proyecto para encargados del cuidado continuo /centro osher de medicina integrada] 11 [citado el 28 de marzo 2014]. Pg. 18 Estados unidos 2009 disponible en: [http://cancer.ucsf.edu/\\_docs/crc/Car egiver\\_GENspanish.pdf](http://cancer.ucsf.edu/_docs/crc/Car egiver_GENspanish.pdf)
27. Espín A. Estrategias para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia ciudad de la habana 2003 - 2009 [tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias de la salud]. [citado el 28 de marzo 2014]. Pg. 07 La Habana cuba 2010 disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis\\_ana\\_margarita\\_espín.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_ana_margarita_espín.pdf)
  28. Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V, et al. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Primera edición: Tarragona. [guía de cuidados de enfermería]. Septiembre 2011 ISBN: 978-84-694-7940-7 Depósito Legal: SE-6276-2011 editorial: Silvia Mulet Ferré Imprime: Publidisa, S.A [citado el 28 de marzo 2014] Pg. 45
  29. Córdova-VillalobosJ, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. [revista salud pública de México] Salud Pública 2008; 50:419-427. [citado el 28 de marzo 2014] México 2008 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n5/a15v50n5>
  30. Secretaria de salud. Michoacán. México. "Plan de Acción de Promoción de la Salud en Enfermedades Crónico-Degenerativas". (revista científica) 2012- 2015. Pg. 03. Pág. 23 Primera edición, septiembre 2013 D.R. Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696, México, D.F. Impreso y hecho en México Por IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno Federa [citado el 28 de marzo 2014] México 2013.
  31. Beratarrechea A. Definición de enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas [ChronicDiseases] Primera parte. EvidActPractAmbul. Vol 13(2):68-73 Abr-Jun 2010 [citado el 28 de marzo 2014] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59690754/>. Enfermedades-Definicion.
  32. Reyes A. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas [revista científica] Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 1: 111-117, enero-junio de 2010 pág. 116. [citado el 29 de marzo 2014] México 2010 Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/adriana-guadalupe-reyes-luna.pdf>.
  33. Núñez R. Incremento de enfermedades crónicas en el 2014

- Publicaciones prestadoras de servicios de salud. [revista científica] 2013-2015 PwC Médico Sector Salud "PwC" se refiere a Price wáter house Coopers México, la cual es firma miembro de Price wáter house Coopers International Limited, miembro constituye una entidad legal independiente. México [citado el 29 de marzo 2014] México 2014 Disponible en:<http://www.pwc.com/mx/esindustrias/articulos-salud/incrementoenfermedades-cronicas-2013>.
34. Pérez A. Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Ciencia [tesis revista científica] el cuidador primario de familiares con dependencia calidad de vida, apoyo social y salud mental. Universidad de Salamanca Facultad de Medicina [citado el 29 de marzo 2014] España mayo 2006 Disponible en: <https://www.google.com.pe/#q=el+cuidador+primario+de+familiares+con+dependencia+calidad+de+vida+a+poyo>
35. Gil E. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadores informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración [Revista científica Elsevier] doi: 10.1016/S1130-8621(05)71115-3 Vol. 15. Núm. 04. Julio 2005 [citado el 29 de marzo 2014] España 2012 disponible en: <http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/Vivenciascuidadoras.pdf>
36. Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica. Universidad de Barcelona Departament National Health and Wel fare Ottawa, Canadá edit. McGraw-Hill interamericana 4ta edición. 200 pg. 203- 206 y 209
37. De Torres M. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza. [nutrición clínica y dietética hospitalaria] teoría y práctica [citado el 29 de marzo 2014] España 2008; 28(3): pg. 9-19 disponible en:[https://alojamientos.uva.es/guia\\_docente/uploads/2012/475/46176/1/Documento.pdf](https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2012/475/46176/1/Documento.pdf)
38. Henderson V. cuidados de enfermería Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes [fundamentos históricos y teóricos de enfermería área II tema]. 1ªedic. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Edita: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén Sefarad, 42- 1º- D y bajo 23006 JAÉN [citado el 29 de marzo 2014] España 2010. Pg. 55.