



**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1**



TESIS:

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN
CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON ULCERAS POR
PRESION EN REPOSO PROLONGADO HOSPITALIZADOS EN EL HGZ
No. 1 IMSS, DELEGACION AGUASCALIENTES, DE DICIEMBRE 2015 A
FEBRERO 2016.**

PRESENTA:

Jorge Eduardo Mayorga García

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR:

Dra. María Josefina Rodal Díaz

Aguascalientes, Aguascalientes. Febrero 2016



Aguascalientes, Ags. Febrero 2016

CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN
SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
PRESENTE**

Por medio del presente le informo que el residente de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

JORGE EDUARDO MAYORGA GARCÍA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL CUIDADO DE ULCERAS POR
PRESIÓN EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES EN REPOSO PROLONGADO
HOSPITALIZADOS EN EL HGZ NO 1, AGUASCALIENTES, DE DICIEMBRE DEL 2015 A FEBRERO 2016"**

Número de registro: R-2015-101-35 del comité local de investigación y ética en investigación en Salud No 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Jorge Eduardo Mayorga García asistió a las asambleas correspondientes y realizó las actividades apagadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que se hagan realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y queda de Usted.

ATENTAMENTE

**DRA. MARIA JOSEFINA RODAL DÍAZ
ASESOR METODOLÓGICO Y CLÍNICO**



Aguascalientes, Aguascalientes, Febrero 2016.

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE

Por medio del presente le informo que el residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

JORGE EDUARDO MAYORGA GARCÍA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:


"EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL CUIDADO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES EN REPOSO PROLONGADO HOSPITALIZADOS EN EL HGZ NO 1, AGUASCALIENTES, DE DICIEMBRE DEL 2015 A FEBRERO 2016"

Número de registro: R-2015-101-35 del comité local de investigación y ética en investigación en Salud No 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El Dr. Jorge Eduardo Mayorga García asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que se hagan realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATENTAMENTE


DR. CARLOS PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

JORGE EDUARDO MAYORGA GARCÍA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

"EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN REPOSO PROLONGADO HOSPITALIZADOS EN EL HGZ No. 1 IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES, DE DICIEMBRE 2015 A FEBRERO 2016"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags., 24 de Febrero de 2016.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	1
INDICE DE TABLAS	5
ACRONIMOS	6
RESUMEN EN ESPAÑOL	8
RESUMEN EN INGLES	9
INTRODUCCION	12
I.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS	13
II.- MARCO TEORICO DEL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRONICAS	17
III.- TEORIAS Y MODELOS DEL CUIDADO Y SUS CARACTERISTICAS	17
III.A.- DEFINICION DE CUIDADO	17
III.B.- TEORIAS DEL CUIDADO	18
III.C.- TEORIA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON	19
III.D.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	21
IV.- EI ROL Y LA FUNCION DEL CUIDADOR	22
IV.A.- TIPOS DE CUIDADORES	22
IV.A.1.- CUIDADOR PRIMARIO	22
IV.A.2.- CUIDADORES FORMALES	22
IV.A.3.- CUIDADORES INFORMALES	23
IV.A.4.- CUIDADOR PRIMARIO FAMILIAR	23

IV.A.4.1.- EL ESPOSO O LA ESPOSA COMO CUIDADOR	24
IV.A.4.2.- LAS HIJAS Y LOS HIJOS COMO CUIDADORES	24
IV.A.4.3.- LOS PADRES COMO CUIDADORES	24
V.- INTERVENCIONES EDUCATIVAS	24
V.A.- PRINCIPIOS DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS.	24
V.A.1.- EL TRATAMIENTO DE LA DIVERSIDAD: APRENDIZAJE INDIVIDUALIZADO Y PERSONALIZADO	25
V.A.2.- EL APRENDIZAJE COOPERATIVO Y PARTICIPATIVO	26
V.A.3.- APRENDIZAJE CONSTRUCTIVO, SIGNIFICATIVO Y FUNCIONAL	26
V.A.4.- APRENDIZAJE GLOBALIZADO-INTERDISCIPLINAR	27
V.A.5.- EL CLIMA EDUCATIVO: ELEMENTO FACILITADOR DEL CRECIMIENTO PERSONAL	27
V.A.6.- EL DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO Y DE LA AUTOESTIMA	27
VI.- JUSTIFICACIÓN	27
VII.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
VII.A.- CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	29
VII.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD	29
VII.C.- PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCION EN SALUD	30
VIII.- NATURALEZA DEL PROBLEMA	31
IX.- TIPO DE INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA	32

X.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	32
XI.- OBJETIVO	33
XI.A.- OBJETIVO GENERAL	33
XI.B.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	33
XII.- HIPOTESIS	34
XII.A.- HIPOTESIS DE TRABAJO	34
XII.B.- HIPOTESIS NULA	34
XIII.- MATERIAL Y METODOS	35
XIII.A.- DISEÑO DEL ESTUDIO	35
XIII.B.- POBLACIÓN EN ESTUDIO	35
XIII.B.1.- UNIVERSO DE TRABAJO	35
XIII.B.2.- UNIDAD DE OBSERVACION	35
XIII.C.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	36
XIII.C.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
XIII.C.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
XIII.C.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	36
XIII.D.- TIPO DE ESTUDIO	37
XIII.E.- UNIVERSO	37
XIII.E.1.- MUESTRA	37
XIII.E.2.- TIPO DE MUESTREO	37
XIII.E.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA	38

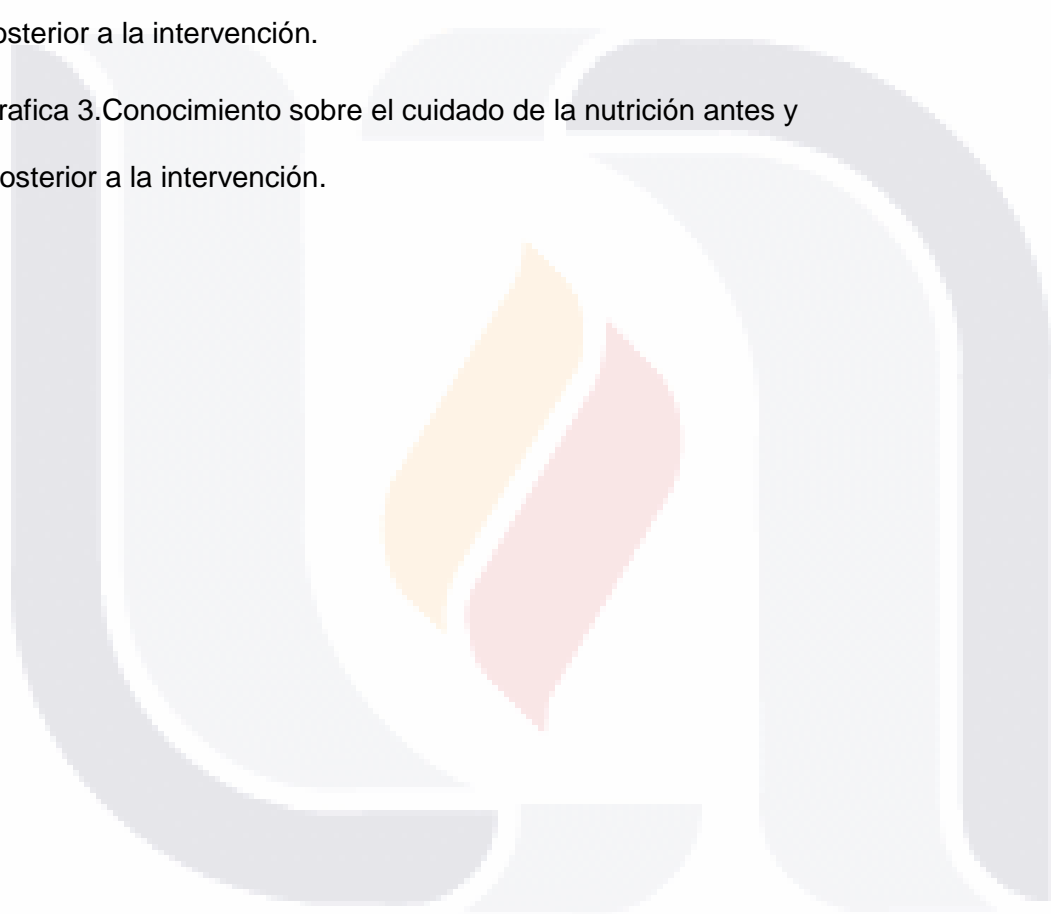
XIV.- PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	39
XIV.A.- DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO	40
XIV.B.- CUESTIONARIO DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	40
XIV.C.- VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	40
XIV.C.1.- VALIDEZ APARENTE	41
XIV.C.2.- VALIDEZ DE CONTENIDO	41
XV.- VARIABLES	41
XVI.- LOGISTICA	42
XVII.- ANALISIS DE DATOS	42
XVIII.- ASPECTOS ÉTICOS	43
XIX.- RESULTADOS	44
XX.- DISCUSION	55
XXI.- CONCLUSIONES	57
XXI.A.- RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD	58
XXII.- GLOSARIO	59
XXIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
ANEXO A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	65
ANEXO B OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	66
ANEXO C CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	81
ANEXO D ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PROYECTO DE TESIS	83
ANEXO E INSTRUMENTO DE EVALUACION	87

INDICE DE TABLAS

Tabla1. Características Socio-demográficas de los pacientes.	44
Tabla 2. Características del cuidador y paciente.	45
Tabla 3. Características de los cuidadores.	46
Tabla 4. Conocimiento de cuidado de la piel antes y posterior a la intervención.	47
Tabla 5. Conocimiento sobre el manejo de la presión antes y posterior a la intervención.	50
Tabla 6 .Conocimiento sobre el cuidado de la nutrición antes y posterior a la intervención.	52

INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Conocimiento de cuidado de la piel antes y posterior a la intervención.	49
Grafica 2. Conocimiento sobre el manejo de la presión antes y posterior a la intervención.	51
Grafica 3. Conocimiento sobre el cuidado de la nutrición antes y posterior a la intervención.	54



ACRONIMOS

HGZ: Hospital General de Zona

No: Numero

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

SPSS: Statistical Product and Service Solutions

GPC: Guía de Práctica Clínica



RESUMEN

INTRODUCCION. La necesidad de cuidar proviene de ofrecer apoyo instrumental y personal además de vigilancia y acompañamiento, soporte emocional y social, de otorgar recursos e información como cuidados y medidas para prevenir y/o tratar consecuencias en este caso, las úlceras por presión secundarias a periodos prolongados de inmovilidad en pacientes con enfermedades crónicas y estancias prolongadas en servicios de atención médica.. **OBJETIVO GENERAL.** Conocer la efectividad de una estrategia educativa, para el mejoramiento del cuidado de úlceras por presión en cuidadores primarios de pacientes en reposo prolongado hospitalizados, del Hospital General de Zona No. 1, del 1º de diciembre del 2015 al 20 de febrero del 2016. **MATERIAL Y METODOS.** Estudio de tipo cuasi experimental y longitudinal de panel en el cual se realizó una intervención educativa a un grupo de cuidadores primarios de pacientes mayores de 60 años, con una estancia mayor a seis días, en los servicios de medicina interna, traumatología, y cirugía general del Hospital General de Zona No.1; la muestra estuvo constituida por 287 pacientes, a los cuales se les realizó una evaluación inicial y posterior a una estrategia educativa basada en la guía de práctica clínica IMSS 105-08 para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Se recabaron además otros datos sociodemográficos. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba X^2 de Pearson mediante la plataforma SPSS Versión 2.1. **RESULTADOS.** Se cumplieron los objetivos de conocer la efectividad de una estrategia educativa, reforzando los conocimientos de los cuidadores primarios informales de pacientes con úlceras por presión, hospitalizados en el HGZ1. Los resultados demuestran que después de la intervención educativa hubo mejora en el conocimiento sobre el cuidado general de la piel y el manejo de la presión ($p < .05$). Sin embargo no se mostró efectividad respecto al cuidado de la alimentación. **CONCLUSIONES.** La intervención educativa utilizada en este estudio es de utilidad para reforzar el conocimiento de los cuidadores primarios o informales de pacientes con úlceras por presión hospitalizados en el HGZ1.

PALABRAS CLAVE: Úlceras por Presión, Intervención Educativa, Cuidadores primarios.

SUMMARY

INTRODUCTION. The necessity of caring stems from offering instrumental and personal assistance, vigilance, emotional and social support due to provide resources, information, care and measures to prevent or treat consequences in this event: pressure ulcers secondary to prolonged periods immobility in patients with chronic diseases and prolonged stays in health care services. **GENERAL PURPOSE.** Determine the effectiveness of an educational strategy for the improvement of care for pressure ulcers in primary caregivers of patients on prolonged bedrest, hospitalized at the General Hospital Zone No. 1, from 1 december 2015 to 20 february 2016. **MATERIAL AND METHODS.** Quasi experimental study and longitudinal panel type in which an educational intervention to a group of primary caregivers of patients over 60 years with a longer stay to six days, in internal medicine, orthopedics, and general surgery was performed at the General Hospital Zone No. 1; the sample consisted of 287 patients, who underwent an initial and subsequent to an educational strategy evaluation based on the clinical practice guideline IMSS 105-08 for the prevention and treatment of pressure ulcers in hospitals. Other data collected were demographic. The X² test was applied and analyses were performed using a stadistical software package SPSS version 2.1. **RESULTS.** The purposes of knowing the effectiveness of an educational strategy were perfectly fulfilled; reinforcing the expertise of the informal primary caregivers of patients with pressure ulcers, hospitalized in the HGZ1 they were met. The results show that the experimental group after the educational intervention improved knowledge on the general skin care and pressure management ($p < .05$). Nevertheless, not effectiveness was observed respect to the nutrition care. **CONCLUSIONS.** The educational intervention used in this study is valuable in order to sustain the knowledge of primary or informal caregivers of patients with pressure ulcers hospitalized in the HGZ1. **KEYWORDS:** Pressure ulcers, educational intervention, primary caregivers.

INTRODUCCION.

Las úlceras por presión son un problema de salud muy común en nuestro medio y más que nada en los servicios de hospitalización, generando estancias prolongadas, mayores complicaciones además de pérdidas económicas, recursos o disponibilidad de servicios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre la salud en el mundo del año 2010 destaca la promoción y la protección de la salud como aspectos esenciales para el bienestar humano y para lograr un desarrollo socio-económico sostenido. Por lo cual es imperativo mejorar dichas medidas de prevención, a fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Entendemos por úlcera por presión o úlcera por decúbito a toda lesión que como característica es de ser su origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Se conocen rangos de incidencia según la literatura todo paciente que ingresa a una unidad de atención médica tendrá el riesgo de presentarlas en un rango de 3 a 11%, estarán presentes dentro de las primeras semanas en un 70% y el rango de edad más afectado suelen ser personas mayores de 60 años en especial pacientes del sexo femenino.

El mayor desafío en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión es lograr que los familiares de dichos pacientes entiendan que tenemos una oportunidad de marcar la diferencia, y que no debemos pensar que otra persona hará las cosas que se nos olvidaron hacer o los pasos que nos saltamos al momento de cuidar la piel de un paciente. Por otro lado, lo económico también es un reto. El alto costo que tienen los productos de calidad para prevenir las úlceras en la piel es visto por algunos como “gastos extras”, pese a que esta inversión, que a nivel presupuestario es baja, sirve para una importante causa.

Se cree que una úlcera equivale a un cuidado deficiente por parte de quienes están a cargo de un paciente. Y esto es falso, porque aunque la mayoría de este tipo de heridas son prevenibles, hay un pequeño porcentaje que, debido a una inmovilidad severa, es inevitable.

La importancia de nuestro actual estudio radica desde la oportunidad de otorgarle recursos e información sobre medidas y cuidados a familiares o cuidadores primarios, tomando a la educación como un rol central, enseñarles a los pacientes y a sus familiares a prevenir problemas en la piel, por lo que tenemos que hablarles y explicarles diariamente de lo que hacemos.

I.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

CASTILLO, (2000) Perú, Realizaron un estudio sobre “La familia como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad de los servicios de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, cuyo objetivo general fue evaluar la efectividad de la participación familiar como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes de la tercera edad. El método usado fue el cuasi experimental. La población estuvo constituida por 40 pacientes y sus respectivos familiares, distribuidos en dos grupos de 20 cada uno. El instrumento fue un formulario tipo cuestionario que se aplicó antes y después a ambos grupos. Encontrando que la participación familiar como agente de autocuidado ha demostrado ser efectiva, para la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad (la incidencia de zonas en los pacientes inmovilizados de la tercera edad es menor cuando la familia participa como agente de autocuidado). La efectividad de la participación familiar como agente de autocuidado, en relación al grupo de comparación puede atribuirse a la capacitación de la familia a través de un programa autoinstruccional de prevención de las úlceras por presión.

ARMAS, (2008) Perú, Realiza el estudio denominado “Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión, en pacientes con permanencia prolongada” estudio con nivel aplicativo, tipo cuantitativo, descriptivo transversal, donde se incluyeron 50 individuos familiares de pacientes hospitalizados por permanencia mayor a siete días, con enfermedades crónico degenerativas, donde se evaluaron por medio de un instrumento validado, variables como la edad, el sexo, el grado de instrucción, y el nivel de conocimientos, en los que incluían aéreas como cuidado de la piel, movilización y alimentación (3).

El instrumento utilizado fue un cuestionario conformado por 26 items, en el cual se incluyen aspectos como alimentación, cuidado e higiene, además de movilización, encontrando que la población en estudio secundariamente a su nivel cultura no presento un adecuado (50%) porcentaje de aciertos en relación al área que mide su conocimiento, sin embargo higiene (52%) y alimentación (74%) se vieron superadas, quizás no relacionadas con el conocimiento, si no por sentido común y costumbres. Sin embargo se sugiere incluir esquemas educativos a fin de mejorar dichas deficiencias.

MAHMOUD, (2009), titula a su estudio como “Efectividad de un esquema de entrenamiento familiar en la prevención de úlceras por presión en pacientes postrados en un hospital de Rehabilitación en Gaza, Palestina”, estudio diseño cuasi experimental en el cual evalúa la efectividad al entrenar a la familia de pacientes con úlceras por presión en reposo prolongado en un Hospital de Rehabilitación, en Gaza Palestina. La estrategia se realiza a través de una evaluación inicial en el cual se incluyeron un total de ochenta individuos con edades entre los 18 y 50 años, entre ellos hombres y mujeres, la recolección de datos se realizo a través de un instrumento previamente validado compuesto por 47 items relacionadas con aspectos de cuidado y prevención, encontrando características como: una mayor proporción de individuos con un nivel educativo bajo además, familias extensas y con escasos recursos económicos, pese a sus características sociodemograficas el autor encuentra que tras realizar el adiestramiento a su población encontró cambios significativos comparativos en las dos evaluaciones en la que incluso aquellos pacientes hospitalizados mejoraron su movilidad y venciendo la espasticidad. Dicho instrumento revelo diferencias significativas ya que tras dicha intervención o adiestramiento el promedio de un 3.3 aumento a un 3.47 según la escala utilizada, con lo que considera indispensable el incluir adiestramientos o programas que permitan mejorar la calidad de vida, la movilidad, disminuyan los ingresos hospitalarios (11).

CARTAGENA, (2010) realiza estudio “Información sobre la prevención de las úlceras por presión que poseen los familiares de pacientes encamados con diagnostico de lesiones neurológicas” en el cual su objetivo es determinar la información que tienen los familiares de dichos pacientes encamados, realizando un estudio de tipo descriptivo – prospectivo , en donde se incluyo una muestra de 30 individuos que conformaban familiares o cuidadores informales de pacientes encamados con afecciones neurológicas, se diseño un cuestionario

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con 16 ítems el cual mide valoración y protección específica de la piel, con respuestas de selección simple, la confiabilidad de dicho instrumento fue de 73%, el autor concluye su estudio demostrando que el grupo en estudio no presentó tener conocimientos y/o habilidad para el reconocimiento, valoración, cuidados y prevención de úlceras por presión, por lo cual recomienda el apoyo de enfermería para que se realicen programas educativos dirigidos a familiares, con el fin de fomentar el cuidado, prevención, y así mismo disminuir las complicaciones de pacientes con afecciones que mantengan al enfermo postrado por tiempos prolongados (5).

ESPINO(2010), realiza estudio titulado “Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de altos mayores con demencia”, en la Habana Cuba, estudio analítico de corte transversal en el que se incluyó a 192 cuidadores informales, con una muestra aleatoria de 96 individuos y otros 96 como grupo control, en cual se incluyeron a familiares de pacientes con diagnóstico de demencia en base al DSMIV, y se excluyeron a aquellos familiares con deterioro cognitivo y de edad mayor a 60 años, a los cuales se le aplicaron diferentes instrumentos de evaluación, entre los cuales: conocimientos y habilidades del cuidador, habilidades para el cuidado, seguimiento de carga del cuidador (test de carga de Zarit), grado de depresión del cuidador (test de Beck), consumo de fármacos a través de una entrevista estructurada, percepción de trastorno de conducta del paciente, grado de satisfacción del programa, calidad del cuidado del enfermo. La estrategia para la intervención psicoeducativa comprendió la caracterización de la carga y la identificación de los factores de riesgo, el programa aplicado mejoró la calidad del cuidado ofrecido al enfermo, debido a que los cuidadores aumentaron sus conocimientos y habilidades al extender su rol más allá de las necesidades primarias a la estimulación psicológica, al posibilitar una mayor sociabilización con el enfermo, y al presentar un mejor afrontamiento como cuidador (7).

ARNALDOS, (2012), Realiza estudio cuasi-experimental pre-post sin grupo control, en el cual evalúa la efectividad de una intervención educativa en personal sanitario, en este caso personal de enfermería, mediante una intervención de carácter formativo teórico práctica, evaluando los conocimientos mediante un instrumento previamente validado, de un total de 258 enfermeras incluidas en este estudio, la selección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio estratificado por unidad (121 unidades de salud), incluyéndose a aquellas

enfermeras que realizan servicio de curaciones programadas y excluyéndose a aquellas con un tiempo menor a 60 días de laborar en cada unidad, actualmente el estudio se esta realizando por el cual aun no se tienen resultados, mas sin embargo consideró este estudio fundamental ya que fomento mi decisión por contribuir a darle importancia a esta patología y del cual yo decidiera realizar una intervención educativa (4).

ACOSTA y COLS, (2012), realizan el estudio denominado “Efecto de las actividades educativas a cuidadores informarles en el tema úlceras por presión”, del cual realizan una revisión sistemática, en la que se evaluaron once artículos de diferentes nacionalidades, de entre el año 2000 a 2012, cuyos resultados seala evaluación de los logros, tras realizar capacitación de aquellos cuidadores o personal a cargo de pacientes con úlceras por decúbito, en el cual concluyen que tras dicha revisión se encuentran que el grupo de cuidadores informales solían ser mujeres con edades comprendidas entre 40 y 60 años, con niveles de educación básica, de las diferentes intervenciones educativas las impartidas a cuidadores informales y personal de salud tras dicha revisión sistemática se encontraron que, la educación participativa se encontró en un 36.4%, metodologías magistrales en un 54.5%, la implementación de protocolos en un 9%.

El análisis de la información obtenida pone de manifiesto que las intervenciones educativas son efectivas para modificar los conocimientos, pero no logran la modificación de las conductas que es lo que finalmente hace que los resultados se perpetúen en el tiempo, por lo tanto se puede deducir que si los procesos educativos no son constantes en el tiempo y con grupos poblacionales estables estas no serán efectivas (1).

ALVAREZ (2015) Ecuador, Realizan estudio denominado como “Conocimientos, actitudes y practica sobre mecánica corporal en los cuidadores de pacientes con discapacidad física” cuasi experimental a 39 individuos a quien se les realizo un pre-test donde se valoraron conocimientos como mecánica corporal, alineación corporal, equilibrio, movimiento corporal coordinado, movilidad articular, y arco de movilidad, se evaluó también la actitud y la ejecución de los parámetros durante la práctica diaria. Posteriormente se aplico una intervención educativa con la utilización de material audiovisual, sobre la aplicación de la mecánica corporal en el manejo de la discapacidad física, realizada en cuatro sesiones de sesenta minutos, complementada con una capacitación, practica realizada dos veces en el

domicilio del cuidador, posteriormente se realizó una nueva evaluación, donde se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas adquiridos, los datos obtenidos fueron analizados por estadística descriptiva, encontrando que los conocimientos relacionados a mecánica corporal mejoraron en 44.02%, las actitudes en 36.62%, y la práctica en un 67.70% (2).

II.- MARCO TEORICO DEL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRONICAS

Al hablar de cuidadores se hace referencia a las personas adultas, con 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. (Ciruelo)

Existen múltiples líneas y avances de investigación sobre el cuidado de enfermos mayores ha permitido ampliar su expectativa de vida y no solo eso sino mejorar su calidad de vida, dichos estudios en su mayoría se han basado en mejorar las condiciones intra o extra hospitalarias por las cuales dichos pacientes reciben atención, además del cuidado y el afrontamiento con su cuidador o responsable las cuales tienen un impacto positivo sin alterar más allá la enfermedad y o el efecto de los tratamientos. (10, 19).

III.- TEORIAS Y MODELOS DEL CUIDADO Y SUS CARACTERISTICAS.

III.A.- DEFINICION DE CUIDADO

Hablar de cuidado consideramos a una necesidad multidimensional de todas las personas, en todos los momentos del ciclo vital, caracterizado por ser variable en cuanto a presentar diferentes grados, dimensiones y formas, constituyendo la necesidad más básica y cotidiana que permiten el mantenimiento de la vida.

Por cuidados podemos entender a la gestión y mantenimiento cotidiano de la vida y la salud, termino el cual presenta una doble dimensión “material – corporal” o “inmaterial – afectiva”.

La necesidad de cuidar proviene de otorgar apoyo instrumental y personal además de vigilancia y acompañamiento, soporte emocional y social. Considerando también al conjunto de actividades además del uso de recursos dirigida a que la vida de aquella persona o paciente, este basada en la vigencia de los derechos humanos (25).

En palabras propias de la enfermería como disciplina y base del cuidado la podemos considerar aquella relación entre el cuidador (aquella persona que entrega cuidado) y aquella persona cuidada (quien cede o se deja cuidar) en esta relación intervienen múltiples individuos con diferentes grados de conocimiento quienes desempeñan una función diferente pero dirigida a mejorar la calidad de vida o intervenir en el progreso de una patología, como familiares, médicos, enfermeros, voluntarios, servidores sociales, psicólogos. (10)

III.B.- TEORIAS DEL CUIDADO

Según la teoría de Bowlby, el comenta que el apego o el vinculo afectivo, en el nuevo ser humano comienza mucho antes del nacimiento, y que las sensaciones que percibe el nuevo ser desde el vientre materno serán clave para su desarrollo.

Su teoría se basa a través de la observación directa de la conducta del niño, con un enfoque prospectivo, tomando en cuenta factores etiológicos y características propios del reino animal, como lactancia, reproducción y excreción, además de considerar que ciertas características fisiológicas y anatómicas son similares a aquellos seres inferiores.

Partiendo de la teoría de los instintos, Bowlby, derivada de una base etiológica utilizando conceptos de los sistemas conductistas y su control de información, retroalimentación negativa y forma de homeostasis.

Las características de la teoría se resumen a continuación:

- La conducta surge de la activación y posterior interrupción con diferentes grados de complejidad.

- Denominándose instintiva con pautas similares e inidentificables en todos los miembros de una especie.
- El sistema nervioso central y la función hormonal como factores causales en la activación o interrupción de la conducta instintiva.
- La conducta instintiva como forma de supervivencia moldeando así su función biológica.
- Se inicia en el ambiente con la activación de los sistemas de conducta con el objetivo de cumplir su capacidad biológica.
- Por la integración de los sistemas de conducta derivados del desarrollo del ser tras su interacción del ambiente y su perfil genético.

Bowlby se centra en la importancia de una vinculación afectiva estable y cálida con la madre o su figura de apego para un funcionamiento vital. Se emplea el término figura de apego para designar a la figura con la cual el niño mantiene una relación y vinculación especial con la cual, esta primera vinculación es importante para conformar su futura personalidad, y poder alcanzar una adecuada función mental.

La mayoría de los autores coinciden en su importancia pero dudan de su origen y naturaleza.

La conducta afectiva es un proceso secundario condicionado por impulsos primarios básicos, basada en la teoría del impulso secundario y en la teoría del refuerzo. La otra corriente determina que la conducta instintiva y en sí el vínculo se produce por un sistema de conductas el cual es el resultado de la interacción del niño con el medio ambiente y en específico de la madre. Mantiene que el apego puede generarse de manera independiente de las necesidades fisiológicas y dirigirse a objetos que no suministran refuerzos como pueden ser la alimentación o el calor.

III.C.- TEORIA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Jean Watson destacada teórica contemporánea de enfermería, en la cual la escritora estudió el cuidado con enfoque filosófico (existencial – fenomenológico) y espiritual, y ve el cuidado como una característica moral y ética de la enfermería, en otra idea el cuidado

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos el cual es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

Lo anterior le permitió establecer conjuntamente con las premisas básicas de la enfermería lo siguiente:

- La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno.
- La claridad de expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que un nivel de comprensión, sea logrado entre la enfermera y su paciente.
- El grado de genuinidad y sinceridad de expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado.(15)

Lo anterior es un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales, del conjunto de sus creencias y valores de la vida humana, como cimiento para el desarrollo de su teoría.

- Las emociones y la mente son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- La comprensión del cuerpo, la mente y el alma de una persona es posible siempre que una persona sea integrada como un solo elemento.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.
- Las personas requieren de la protección y afecto de los demás.
- Para hallar resultados es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un fenómeno.

La autora basa el diseño de su teoría en siete supuestos apartados, y principales de la ciencia de la enfermería, publicados en su primer libro: The philosophy and science of Caring.

- El cuidado solo se puede practicar y demostrar de manera interpersonal.

- El cuidado está contemplado a factores de cuidado con el fin de satisfacer necesidades humanas.
- Dicho cuidado promueve actitudes positivas, satisfacción de necesidades, promueve la salud, el crecimiento personal y familiar.
- Un entorno de cuidado con confianza y cuidado promueve el desarrollo del potencial que permite en el individuo elegir con mejor criterio.
- El cuidado no solo es curar y medicar, también requiere integrar el conocimiento biomédico y biofísico con el comportamiento humano.
- Un individuo como paciente debe ser apoyado en la toma de decisiones y no solo como medio de recepción de información.
- Es necesario acompañar al individuo en todas sus fases para que desde su propia realidad de manera paulatina pueda elegir la mejor solución.

III.D.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Su trabajo se ubica principalmente en las necesidades humanas, la autora en su trabajo denomina al paciente como un todo, que presenta catorce necesidades fundamentales que se deben satisfacer, cuya finalidad es restablecer su propia independencia a través de los cuidados y en función de las necesidades.

- Necesidad de respirar.
- Necesidad de beber y comer.
- Necesidad de eliminar.
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad de dormir y descansar.
- Necesidad de vestirse y desvestirse.
- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- Necesidad de evitar los peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad según sus creencias y sus valores.
- Necesidad de ocuparse para realizarse.

- Necesidad de recrearse.
- Necesidad de aprender.

Estas necesidades se expresan de forma diferente en cada cultura o individuo.

La función del cuidador consiste en atender a la persona sana o enferma, en la ejecución de aquellas actividades que participan en su salud o bienestar, actividades que el mismo realizaría teniendo fuerza, voluntad o conocimientos (10,15).

IV.- EI ROL Y LA FUNCION DEL CUIDADOR

A partir de la década de los ochenta comenzaron a publicarse en países anglosajones y europeos estudios y reflexiones acerca de la atención informal de la salud. Así en los últimos años debido al envejecimiento progresivo y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas ha surgido un gran número de personas que necesitan ser asistidas o cuidadas por otras denominadas como cuidadores primarios e informales, los cuales asumen la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo, generalmente es un miembro de la red social inmediata (familia, amigo o incluso un vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para otorgar la atención al paciente (18).

La importancia del cuidador aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo, y ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos de todo tipo, dentro y fuera del domicilio, sirve de apoyo emocional, toma decisiones respecto a su atención (18).

IV.A.- TIPOS DE CUIDADORES

IV.A.1.- CUIDADOR PRIMARIO

Desde un concepto operativo podemos designar al término de cuidador primario como “Aquel que pone en marcha la solidaridad como el que sufre y el que más rápido comprende

que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo (19).

Así también consideramos a aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente.

IV.A.2.- CUIDADORES FORMALES

Hugo Valderrama en Romero ha definido a los cuidadores como, “aquellas personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al enfermo y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, el hospital de día, servicios especializados y de hospitalización.

El término cuidador formal, cumple con una amplia gama de profesionales que trabajan junto con los médicos (enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales o técnicos sanitarios) en el cuidado de la salud. (15).

IV.A.3.- CUIDADORES INFORMALES

Generalmente son aquellas personas que no disponen de información o capacitaciones, no son gratificadas por sus servicios, y tienen un elevado grado de responsabilidad, dada por el afecto y una atención continua sin límite (25).

Estos cuidadores asumen total responsabilidad en la tarea del cuidado del enfermo, suelen ejercer el papel los familiares más cercanos al enfermo, algunos amigos íntimos de la familia o voluntarios de servicios asistenciales o de servicios sociales (18).

La atención informal plantea dos cuestiones relacionadas con la equidad; distribución desigual de los costes del cuidado entre hombres y mujeres, y el reparto de la responsabilidad de cuidar entre familia y estado. Las cargas diferenciales entre hombres y mujeres generan en sí una desigualdad de género.

La real vulnerabilidad de los cuidadores y los trastornos psicossomáticos radica en la escasez de ayuda recibida y la clara percepción de la inexistencia de tales ayudas, las

ventajas de la familia en su rol de cuidadora informal, han sido señaladas por tener generalmente como objetivos mayor seguridad emocional, menor número de incomodidades y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización.

IV.A.4.- CUIDADOR PRIMARIO FAMILIAR

Se identifica como aquel cuidador familiar reconocido como principal agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición, de enfermedad crónica, es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano, y quien asume las principales decisiones de su cuidado (17).

IV.A.4.1.- EL ESPOSO O LA ESPOSA COMO CUIDADOR.

Cuando uno de los miembros de una pareja sufre un deterioro en la salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud, algunos de los rasgos más comunes en esta situación, son cambios de roles, modificación de planes a futuro, revaluaciones de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia, y reajuste de la vida social (18).

IV.A.4.2.- LAS HIJAS Y LOS HIJOS COMO CUIDADORES.

Cuando se asume el cuidado del familiar, muchas veces se piensa que será una situación temporal, aunque en la mayoría de estas ocasiones, acaban por durar mucho tiempo, y con una creciente demanda de cuidados.

Cuando la persona que cuida es la hija o el hijo, existe un vínculo natural familiar que favorece la disposición, del cuidado, en estas situaciones, esto representa un fuerte impacto emocional al darse cuenta que el padre, la madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando eran personas independientes y el sostén del hogar.

El reajuste de la vida social y laboral forma parte de los aspectos adquiridos tras esta nueva fase de nuevas responsabilidades a las comentadas anteriormente (18).

IV.A.4.3.- LOS PADRES COMO CUIDADORES.

Cuando alguno de los hijos se vuelve dependiente por alguna patología, el impacto emocional para los padres es aún mayor, presentándose la regresión a un rol que se creía ya superado, además de modificaciones en planes a futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia, y reajuste de la vida social (18).

V.- INTERVENCIONES EDUCATIVAS

Toda intervención supone o reconoce un problema y plantea un conjunto de acciones de las cuales se cree que tienen algún efecto sobre el problema. Desde la aparición de los primeros trabajos sobre las intervenciones con cuidadores informales a finales de los años 70 hasta la actualidad, se han desarrollado diferentes tipos de intervenciones dirigidas fundamentalmente a reducir el malestar que representa el rol de cuidador.

Los programas que se han utilizado con más frecuencia han sido los programas de respiro, programas de autoayuda, psicoeducativos y psicoterapéuticos, de autoayuda, la intervención individual y familiar, usando el apoyo telefónico; se reportan también intervenciones psicoeducativas lideradas en su mayoría por el área de enfermería, intervenciones psicosociales con técnicas de relajación, intervenciones basadas en la actividad física y desde el área de terapia ocupacional.

Este tipo de intervenciones han mostrado que aunque tienen resultados positivos, estos tienden a ser pequeños, especialmente en las fases de seguimiento, ya que trabajar con esta población resulta difícil por su condición y características de su labor. Ante esto, se ha concluido que no todas las intervenciones tienen el mismo grado de efectividad y validez, siendo las intervenciones psico-educativas y psicoterapéuticas las más frecuentes y válidas hasta el momento.

V.A.-PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Todo proceso de intervención educativa tiene en su fundamentación unos principios que sirven de soporte para establecer el modelo de acción educativa. En líneas generales se señalan los siguientes:

V.A.1.- EL TRATAMIENTO DE LA DIVERSIDAD: APRENDIZAJE INDIVIDUALIZADO Y PERSONALIZADO.

Responde a una diversidad de alumnos en el que existen claras diferencias en cuanto a su origen social, cultural, económico, étnico, lingüístico, de sexo, de religión... y en cuanto a condicionantes físicos, psicológicos, etc., que se traducen en una diversidad de ritmos de aprendizaje, capacidades, formas de relación, intereses, expectativas, escalas de valores.

El cual constituye el reto más significativo para el proceso formativo, exigiendo que se consigan, en un espacio de tiempo relativamente corto, procesos motivadores y habilitadores de capacidades para la inserción en la vida activa y/o reinserción en el sistema educativo.

Esta diversidad debe ser evaluada desde el punto inicial, con el objetivo de conocer o definir los objetivos o metas que requiere la persona evaluada, además de intereses, valores y necesidades de manera de que se puedan elaborar las respuestas más adecuadas motivadoras o enriquecedoras posible.

Para lo cual será necesario utilización de recursos técnicos, materiales, mejorar estrategias metodológicas, permitir el aprendizaje grupal e individual con distintos niveles de realización.

V.A.2.- EL APRENDIZAJE COOPERATIVO Y PARTICIPATIVO.

Mediante un programa de estas características, es la preparación para una inserción en el mundo del trabajo, y debe constituirse en el motor que da entrada a todo un conjunto de aprendizajes para el desarrollo de las capacidades, de habilidades, destrezas, y actitudes.

Constituye el punto de partida que da sentido a toda la propuesta educativa, que da pie a la construcción de nuevos aprendizajes y que permite que estos aprendizajes sean significativos y funcionales.

Aprender comprende poder atribuir significado al material objeto de aprendizaje.

Para ello:

- Que se pueda relacionar con conocimientos previos o experiencia de la persona que lo estudia, relacionándose y reestructurando dicho conocimiento.
- Que los contenidos o conocimientos tras su proyección no se muestren ser confusos o arbitrarios si no que se caractericen por ser relevantes, claros y sean estructurados.
- Que lo que se aprenda tenga sentido, y sea funcional para ser adaptable.

V.A.3.- APRENDIZAJE CONSTRUCTIVO, SIGNIFICATIVO Y FUNCIONAL.

Esta dinámica implica el desarrollo de iniciativas de aprendizaje cooperativo, además de la ayuda de sus participantes y su aprendizaje, así como liderar actividades por aquellos que comprenden mejor los conocimientos y apoyar aquellos con mayor dificultad en cualquiera de sus dimensiones.

V.A.4.- APRENDIZAJE GLOBALIZADO-INTERDISCIPLINAR.

Supone que la intervención de los educadores, debe mejorar y facilitar el aprendizaje de una perspectiva global integrando unos y otros tal y como en la vida se encuentran además de aportar con perspectivas personales.

V.A.5.- EL CLIMA EDUCATIVO: ELEMENTO FACILITADOR DEL CRECIMIENTO PERSONAL.

Se refiere principalmente a las características físicas, psicosociales, determinadas por los factores o elementos estructurales, personales y funcionales de la institución que confieren un peculiar estilo a dicho espacio condicionando la imagen educativa.

V.A.6.- EL DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO Y DE LA AUTOESTIMA.

Relacionado con el desarrollo personal, social y encamina la toma de decisiones considerando su agregación a la vida activa en sentido positivo y estimulante.

Se piensa en autoconcepto a la idea que cada individuo tiene sobre si mismo, cualidades y defectos, rasgos fenotípicos o genotípicos, y por encima de todo la autoestima que es decir la actitud valorativa emocional hacia uno mismo, la que debe centrar la atención del trabajo educativo.

La autoestima en relación a este apartado permite tomar riesgos, y responsabilidades, al mismo tiempo que mantendrá limitados aspectos como frustraciones o conflictos que en su camino se desarrollen.

Las personas con un nivel bajo de autoestima reflejaran sentimientos de insatisfacción, poco valor por uno mismo, transformándose en inaceptación propia, manifestando periodos de depresión, agresión hacia su espacio o personas con quien trabaja.

Al desarrollar alguna actividad educativa esta debe seguir un ambiente positivo, esto supone una ambientación, un clima en el aula, una actitud de acercamiento al estudiante, conociendo sus aspectos positivos, buscar interés por su entorno además de sus altibajos.

VI.- JUSTIFICACIÓN

Tras las estancias prolongadas derivadas de enfermedades cronicodegenerativas en pacientes mayores de 60 años se genera una cadena de acontecimientos que modifican su calidad de vida e incrementan su mortalidad, en particular la aparición de úlceras por presión o también conocidas como úlceras por decúbito, suelen ser un tema interés para el personal sanitario de las unidades de salud y no solo por su difícil control sino por el coste económico que genera la estancia prolongada de dicho paciente.

Hablamos de servicios como Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, así también terapia intensiva donde los pacientes a su cargo presentan mayor riesgo de presentarlas

por factores ya conocidos y que aumentan el riesgo de presentarlas (gravedad del paciente, drogas utilizadas, deterioro del nivel de consciencia, estado hemodinámico, inmovilidad y retención de líquidos). Su incidencia varía en porcentajes, y su aparición puede ocasionar dolor, depresión, pérdida de la independencia, infección y aumento de la estancia y costos hospitalarios.

A pesar del amplio interés de las unidades de salud por crear medidas para mantener al paciente cómodo y bien atendido, la incidencia aún prevalece, y por el cual no contamos con estudios actuales y locales que permitan comparar el efecto de intervenciones que promuevan medidas y cuidados dirigidos al manejo y tratamiento de dicha patología por familiares y cuidadores primarios.

Se considera en la actualidad que los familiares constituyen la primera línea de apoyo para aquellos pacientes en reposo prolongado, por lo que el ofrecerles recursos, información, apoyo emocional y social constituye un factor coadyuvante para la prevención reflejada en menor estancia prolongada, ahorro de recursos y costos hospitalarios.

VII.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

VII.A.- CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

El estado de Aguascalientes actualmente contabiliza una densidad de 1, 184,996 habitantes hasta los censos aplicados en el 2010, de los cuales 576,638 son hombres representando una tasa del 51.3% y 608,358 son mujeres representando una tasa del 48.7%, de los cuales el 80.8% se encuentran en zona urbana y el 19.2% en zona rural (28).

Para el estado de Aguascalientes en el periodo 2010-2016 la población de personas adultas mayores pasara de 81 816, a 107 776, así mismo el indicador de edad de 60% y mas pasara de 7.76% a 27.72%, según proyecciones de la CONAPO (28).

Según el programa institucional del IMSS 2014-2018, el número de personas ubicadas en los grupos de 45 a 64 años y de 65 años y mas adscritas por consultorio de medicina familiar, ha registrando un aumento sostenido, con un crecimiento de una tasa del 47.3 y 45.9 por ciento, respectivamente, siendo las enfermedades cronicodegenerativas como la principal causa de morbi-mortalidad de estos grupos etarios y de ingreso a nuestras unidades de atención (30).

En base a datos obtenidos el promedio mensual de pacientes que ingresan a aéreas de hospitalización en el Hospital General de Zona No.1 se obtiene una cantidad de 188 pacientes mayores de 60 años, con un total de 1128 pacientes tan solo en el periodo de enero a junio de 2015.

VII.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

Las úlceras por presión en nuestro actual servicio de salud, están representadas como una complicación, trágica pero evitable de la inmovilidad, afectan severamente la calidad de vida de los pacientes, llegando incluso a ocasionarles la muerte. Se debe tener en cuenta que el 95% de estas situaciones pueden ser prevenibles, además de considerar como punto de partida el manejo asistencial de las mismas el cual es precisamente su prevención, evitar su desarrollo, mediante la observación constante de aquel grupo etáreo mas frecuentemente afectado y el cuidado oportuno y sistemático de la integridad de la piel, de toda la superficie corporal.

A nivel local e internacional generan un fuerte impacto económico para las instituciones de salud por el largo proceso en el aspecto del manejo y cuidado de estos pacientes, y en el cual la familia, cumple un rol importante en los cuidados a tener y en la prevención, de estas ya que constituyen el mejor apoyo para la recuperación de su paciente. (3)

VII.C.- PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCION EN SALUD

VII.C.1.- Guía de Práctica Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS 105-08), para la Prevención y tratamiento de Ulceras por presión a nivel hospitalario, emitido por el consejo general de salubridad en el 2009, en el cual se redactan recomendaciones además criterios y evidencias para el conocimiento del personal de salud sobre conocimientos generales, y cuidados de pacientes por úlceras por presión, además de recalcar aspectos como la nutrición del paciente, en la cual no se hace mención de la participación de cuidadores informales como parte del cuidado integral, además no ha mostrado nuevas actualizaciones sobre nuevas líneas de investigación (23).

VII.C.2.- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, emitida por el Diario Oficial de la Federación en Septiembre de 2013 en donde se redactan obligaciones sobre el cuidado, prevención y manejo de heridas y sus posibles complicaciones, haciendo mención de las úlceras por presión secundarias al inmovilismo secundario por algún grado de discapacidad, normatividad dirigida a personal de enfermería, en el que además no incluye la participación de familiares para su cuidado integral (24).

VII.C.3.- Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo padecerlas, documento emitido por la Secretaria Autonómica de la Agencia Valenciana de Salud, (España 2013) en la cual se documentan herramientas para la detección, además estadiaje, cuidados y prevención además de algoritmos para el manejo escalonado de pacientes con posibles riesgos, además cabe destacar que esta guía incluye un capítulo aparte para la prevención y manejo de las UPP en pacientes pediátricos, pone en manifiesto el considerar de manera clave en el manejo de dichos pacientes, el dar una continuidad a los cuidados, a través de tres pilares muy importantes: la informacional referida por los datos o información de acontecimientos previos para prevenir nuevos, la de gestión a través del uso de servicios complementarios, y la relacional en la que pone importancia en el binomio paciente y cuidador, además de los métodos que se ponen de acuerdo para alcanzar el máximo beneficio del paciente (25).

VII.C.4.- Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS cuyo objetivo es el de otorgar una atención especializada al adulto mayor, creado con el propósito de mejorar la calidad en los servicios institucionales, implementar técnicas que han mostrado tener eficacia, seguridad y de beneficio económico, además de garantizar la calidad de vida del paciente y su familia. (29)

Entre sus principales objetivos el servicio se caracteriza:

- Por favorecer una senectud favorable.
- Establecer una atención integral en todas sus unidades.
- Capacitar al personal de salud que interviene en el cuidado y manejo del adulto mayor.
- Integrar nuevas líneas de investigación relacionadas en el área.

La estrategia de crear dicho servicio proviene del crecimiento en la población de adultos mayores, con aumento en la esperanza de vida, y el aumento en la tasa de enfermedades crónico degenerativas que en el adulto mayor pudieran derivarse en complicaciones o alguna discapacidad, esto representa una oportunidad de mejorar y evolucionar los servicios e atención médica en beneficio de los adultos mayores. (29)

VIII.- NATURALEZA DEL PROBLEMA

En la actualidad, las enfermedades crónicas son consideradas como el origen de estrés e implican un proceso de deterioro continuo y constante que afecta la calidad de vida de la persona, generando nuevas situaciones que afrontar, suelen ser progresivas, con efectos secundarios como deterioro físico, perjudican el desarrollo y funcionalidad, con necesidad de tratamientos invasivos y estancias prolongadas.

Las diferentes intervenciones educativas impartidas al personal de salud y cuidadores informales en estudios analizados presentaron metodologías de educación participativa en un 36,4%, metodologías magistrales en un 54,5% y la implementación de protocolos en un 9%. De lo anterior podemos deducir que la formación magistral en grupos poblaciones no

tiene el efecto esperado y por lo tanto debe reconsiderarse su uso y inclinarse más por métodos educativos participativos (1).

IX.- TIPO DE INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Con los resultados que se obtengan de esta investigación se espera conocer si la intervención educativa propuesta puede intervenir de manera positiva en los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas y discapacitantes, reforzando los conocimientos sobre el cuidado de la piel y manejo de la presión, con el fin de que puedan superar su situación adversa, además de la cronicidad que este tipo de patología conlleva, mejorar su calidad de vida y disminuir las repercusiones físicas.

X.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Son eficaces las estrategias educativas para el mejoramiento del cuidado de úlceras por presión en cuidadores primarios de pacientes en reposo prolongado hospitalizados, en el Hospital General de Zona número 1?

XI.- OBJETIVO

XI.A.- OBJETIVO GENERAL

Conocer la efectividad de una estrategia educativa, para el mejoramiento del cuidado de úlceras por presión en cuidadores primarios de pacientes en reposo prolongado hospitalizados, del Hospital General de Zona No. 1, del 1 de Diciembre del 2015 al 20 de Febrero 2016.

XI.B.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1A.- Evaluar el conocimiento del cuidador primario previo a una estrategia educativa en el manejo de úlceras por presión en el paciente en reposo prolongado hospitalizado, de Hospital General de Zona 1 del 1 de Diciembre 2015 a 20 de Febrero 2016.

1B.- Evaluar el conocimiento del cuidador primario posterior a una estrategia educativa en el manejo de úlceras por presión en el paciente en reposo prolongado hospitalizado, de Hospital General de Zona 1 del 1 de Diciembre 2015 al 20 de Febrero 2016.

1C.- Caracterizar al cuidador primario de pacientes con úlceras por presión en el paciente en reposo prolongado hospitalizado, de Hospital General de Zona 1 de Diciembre 2015 a 20 de Febrero 2016.

XII.- HIPOTESIS

XII.A.- HIPOTESIS DE TRABAJO

El conocimiento del cuidador primario de paciente en reposo prolongado con úlceras por presión, hospitalizados en el Hospital General de Zona 1, mejora posterior a una estrategia educativa.

XII.B.- HIPOTESIS NULAS

El conocimiento del cuidador primario de pacientes en reposo prolongado con úlceras por presión, hospitalizados en el Hospital General de Zona 1, no cambia posterior a una estrategia educativa.



XIII.- MATERIAL Y METODOS

XIII.A.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Consiste en un estudio cuasi experimental, longitudinal de panel en el que se medirá la efectividad de la estrategia educativa en cuidadores primarios para mejorar el cuidado de pacientes mayores de 60 años con úlceras por presión, en una muestra de individuos que

asisten en los servicios de medicina interna, traumatología y cirugía general del Hospital General de Zona numero 1, delegación Aguascalientes.

XIII.B.- POBLACIÓN EN ESTUDIO

XIII.B.1.- UNIVERSO DE TRABAJO

Familiares o cuidadores informales encargados de pacientes mayores de 60 años, hospitalizados en el HGZ1 del 1 de Diciembre 2015 a 20 Febrero 2016.

XIII.B.2.- UNIDAD DE OBSERVACION

Familiares o cuidadores informales encargados de pacientes mayores de 60 años, hospitalizados en el HGZ1.

XIII.C.- CRITERIOS DE SELECCION

XIII.C.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Cuidadores primarios o informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales, neurológicas o discapacitantes, que se encuentran hospitalizados en los servicios de traumatología, cirugía, o medicina interna, del HGZ No.1 IMSS, Aguascalientes.

Los cuales contarán con las siguientes características:

- Pacientes con estancia mayor a seis días.
- Persona a cargo del cuidado de su paciente por más de 10 hrs al día.
- Persona que no recibe remuneración económica por el cuidado.
- Aquella que identifica características propias y de su familiar.

XIII.C.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuidadores que no acepten participar en el protocolo de estudio de manera voluntaria.
- Cuidadores de pacientes que cuenten con alguna enfermedad crónica o terminal.

XIII.C.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Paciente fallecido.
- Cuidador con trastornos cognitivos.

XIII.D.- TIPO DE ESTUDIO

Cuasi experimental, longitudinal de panel, ya que se aplicó una intervención educativa a un grupo de cuidadores de pacientes con úlceras por presión, para determinar la efectividad de esta intervención educativa a fin de aumentar o reforzar su conocimiento, para lo cual se realizó una evaluación inicial en la cual se conocerán sus deficiencias prácticas, para realizar posteriormente una actividad educativa de tipo teórico participativa y posteriormente una nueva evaluación para conocer su efectividad.

XIII.E.- UNIVERSO

El universo está constituido por 287 pacientes hombres y mujeres, mayores de 60 años, enfermedades crónicas terminales, neurológicas o discapacitantes, que se encuentran hospitalizados en los servicios de traumatología, cirugía, o medicina interna, con estancia mayor a 6 días, del HGZ No.1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

XIII.E.1.- MUESTRA

Se obtuvo de la cantidad de pacientes hombres y mujeres mayores de 60 años hospitalizados en los servicios de Medicina interna, Cirugía y Traumatología y Ortopedia, del HGZ 1, Aguascalientes en el periodo comprendido de Enero a Junio 2015.

XIII.E.2.- TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia, la muestra se obtuvo por muestreo aleatorio simple, del total de pacientes hospitalizados mayores de 60 años, en el periodo de Enero a Junio, en los servicios de Medicina interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, del HGZ 1, Aguascalientes en el periodo comprendido de Enero a Junio 2015.

XIII.E.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomo la muestra por conveniencia según el universo de cuidadores de pacientes que ingresan a cargo de los servicios de medicina interna, traumatología y cirugía general, considerándose aquellos mayores de 60 años y con estancia mayor a seis días, mediante el registro de pacientes diarios que realiza el departamento de trabajo social del Hospital General de Zona No. 1, delegación Aguascalientes en el periodo comprendido de Enero a Junio de 2015.

Del cual se obtuvo una cantidad de 286.67 individuos, dicho resultado mediante la siguiente ecuación.

Ecuación:

$$n_0 = \frac{Z^2 \times pq}{e^2}$$

Variabes:

- N= (Población conocida).
- n₀= (Tamaño de la muestra).
- pq= (Varianza de la proporción).
- Z²= (Dato probabilístico o nivel de confianza)
- e²= (error máximo permitido).

Valores:

- N= 1128 (pacientes mayores de 60 años, periodo Enero – Junio).
- n₀= ¿?
- p= 0.5
- q= 1-P, 1-0.5 = 0.5
- e= 5%, = 0.05
- 1-α= 95%, Z= 1.96

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2} = \frac{3.84 \times 0.25}{0.0025} = \frac{0.96}{0.0025} = n_0 = 384$$

Al conocer el tamaño de la población a estudiar la ecuación requiere un ajuste, para lo cual se designa de la siguiente manera:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{(384 - 1)}{1128}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{1128}} = \frac{384}{1.3395} = 286.67$$

Tamaño de la muestra: **286.67** cuidadores primarios informales.

XIV.- PLAN DE RECOLECCION DE DATOS “TIPO DE INSTRUMENTO”

Los datos se obtendrán de una encuesta para la recolección de datos socio demográficos, además de un cuestionario obtenido en base a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario, IMSS 105-08, que consta de 34 ítems que será aplicada a aquellos cuidadores primarios de pacientes en reposo prolongado hospitalizados en los servicios de medicina interna, traumatología y cirugía general, del Hospital General de Zona número 1, antes y después de realizar una estrategia educativa.

A fin de determinar la efectividad de la estrategia educativa implementada, se realizó una evaluación inicial y posterior de la misma en la cantidad de individuos mediante la muestra previamente señalada.

En el presente estudio se realizara los siguientes instrumentos:

- Lista de cotejo de la Guía de práctica clínica, IMSS 105-08, para el cuidado y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario.
- Perfil socio demográfico.

XIV.A.- DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

Dicho instrumento fue elaborado a partir de las recomendaciones y evidencias señaladas en la guía de práctica clínica IMSS-105-08, la cual fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el sistema nacional de salud bajo la coordinación del centro nacional de excelencia tecnológica en salud, desarrollada por el Instituto Mexicano del seguro social y publicada en el año 2009, la cual incluye recomendaciones de carácter general y que no definen un curso clínico de conducta en un procedimiento o tratamiento.

Del cual se realizó una lista de cotejo diseñada a partir de la Guía de Práctica Clínica IMSS-105-08 para la prevención y tratamiento de Ulceras por Presión, de nivel hospitalario, cada ítem se obtiene de las recomendaciones y evidencias de dicha guía la cual cuenta con 34 ítems de los cuales 11 recaban información sobre cuidados generales de la piel, 9 para el manejo de la presión, y 17 relacionadas con acciones de cuidado nutricional, con opciones de respuesta por dicotomía.

XIV.B.- CUESTIONARIO DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Se determinó mediante un cuestionario desarrollado por el investigador principal que consiste en un cuestionario dirigido a obtener información en dos apartados. El primero con el objetivo de obtener información sobre las variables socio-demográficas de interés como edad, sexo, estado civil, profesión, nivel educativo, el segundo apartado dirigido para obtener información sobre las características de la actividad de cuidado y sobre la enfermedad del paciente.

XIV.C.- VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se realizó el instrumento de medición en base a las recomendaciones y evidencias de la guía de práctica clínica IMSS (IMSS 105-08), para la Prevención y tratamiento de Ulceras por presión a nivel hospitalario, con respecto al conocimiento del cuidado de las mismas. Se llevó en el HGZ 1 donde se le pidió a 10 cuidadores la revisión del contenido siendo las preguntas entendibles se continuó hasta saturar el contenido, con el objetivo de evaluar la comprensión y la viabilidad de la lista de cotejo.

XIV.C.1.- VALIDEZ APARENTE

Se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje en el HGZ 1, se realizó un grupo focal donde se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se quería medir.

XIV.C.2.- VALIDEZ DE CONTENIDO

Se realizó una validez de contenido mediante un grupo de expertos; 9 para lograr un puntaje que no haya factibilidad de empate, los cuales analizaron de forma independiente y cegado el instrumento en cuestión, para analizar que las dimensiones fueran congruentes con la guía de práctica clínica GPC (IMSS 105-08), para la Prevención y tratamiento de Ulceras por presión a nivel hospitalario, con respecto al conocimiento del cuidado de , Los expertos refirieron que cada ítem correspondió a cada dimensión de acuerdo a la guía a la que corresponde.

Todas las acciones como son recogida de datos, exploración física y determinación de objetivos fueron medibles mediante respuestas dicotómicas de acuerdo a si se realiza o no la acción.

XV.- VARIABLES

XV.A.- VARIABLE DEPENDIENTE:

- Intervención educativa.

XV.B.- VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Conocimiento del cuidador primario en úlceras por presión de pacientes en reposo prolongado mayor a 6 días.

XVI.- LOGISTICA

Bajo la autorización de las autoridades locales de investigación además de coordinación medica, se convocara a los familiares a cargo de los pacientes hospitalizados a cargo de los servicios de medicina interna, traumatología y cirugía general, además de aquellos pacientes con estancia mayor a seis días, a los cuales se les informara sobre el estudio a realizar y el objetivo que se desea busca estudiar.

Otorgándoseles así mismo una carta de consentimiento informado, e implementando un instrumento impreso constituido por dos secciones una en la que se recaban datos socio demográficos y otra el instrumento en estudio obtenido como una lista de cotejo obtenida según las recomendaciones y evidencias emitidas por la guía de práctica clínica IMSS-105-08 para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario.

Para los individuos que acepten participar se llevaran a cabo tres sesiones con una duración de 60 minutos, con apoyo audiovisual, implementando una clase teórica y participativa en la cual se busca complementar con temas básicos que forman parte del contenido de la guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión IMSS-105-08, posteriormente implementar una nueva evaluación en relación a los temas impartidos por parte del tesista quien asegurara que los participantes entiendan las preguntas y las posibles respuestas del instrumento de evaluación.

XVII.- ANALISIS DE DATOS

Una vez que se hayan aplicado todos los cuestionarios se procederá a capturar la información en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS versión 21, para llevar a cabo el análisis para el análisis de la muestra e interpretación de los resultados del estudio.

En la estadística Inferencial se aplicara la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de Pearson, para demostrar las diferencias entre ambos grupos si esta es significativa a partir de una $P < 0.050$.

XVIII.- ASPECTOS ÉTICOS

El actual protocolo de estudio se apega a lo establecido en la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio establecido es el de respeto hacia la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes, se evitara hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas obtenidas en los cuestionarios y se asegurara la confiabilidad de dichos datos. La participación será voluntaria y se protegerá los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no se realizaran procedimientos invasivos (artículo 17, fracción XI). Se anexa la carta de consentimiento informado.

XIX.- RESULTADOS

En la presente sección se muestran los resultados que dan respuesta a la pregunta de investigación, así como a los objetivos y sustentan la hipótesis planteada en el presente estudio. En primer lugar se muestran los resultados respecto a las características personales de los pacientes. En la tabla 1 se muestra que la mayoría de los pacientes se encontraron entre el grupo de edad de los 20 a los 40 años (53.1%), prevalecieron los pacientes de sexo femenino (77.2%) presentando una escolaridad entre primaria (40.1%) y secundaria (35.7%) con los porcentajes más altos. En relación al estado civil 42.2% son casados, así mismo se identificó que la mayoría de los pacientes cuentan con trabajo (69.4%) y de estos el mayor porcentaje son comerciantes (28.2%).

Características Sociodemográficas	Frecuencias (%)
Edad	
20-40 años	156 (53.1%)
41-60 años	116 (39.5%)
Mayor o igual 61 años	22 (7.5%)
Sexo	
Masculino	67 (22.8%)
Femenino	227 (77.2%)
Escolaridad	
Analfabeta	18 (6.1%)
Primaria	118 (40.1%)
Secundaria	105 (35.7%)
Bachillerato	38 (12.9%)
Licenciatura	15 (5.1%)
Trabaja	
Si	204 (69.4%)
No	90 (30.6%)
Actividad Laboral	
Servicios	45 (15.3%)
Comercio	83 (28.2%)
Burocracia	14 (4.8%)
Empresarial	9 (3.1%)
Agricultura y Ganadería	28 (9.5%)
Otros	26 (8.8%)
No Aplica	89 (30.3%)
Estado Civil	
Soltero	50 (17.0%)
Unión Libre	87 (29.6%)
Casado	124 (42.2%)
Divorciado	23 (7.8%)
Viudo	10 (3.4%)

Características de los Cuidadores	Frecuencias (%)
Parentesco con la persona a quien cuida	
Esposo	43 (14.6%)
Hermano	15 (5.1%)
Padre o Madre	132 (44.9%)
Hijo	21 (7.1%)
Otro	83 (28.2%)
Cuántas horas dedica tiempo al cuidador del paciente	
0-5 Horas	46 (15.6%)
6-10 Horas	163 (55.4%)
11-15 Horas	73 (24.8%)
Mayor o igual 16 Horas	12 (4.1%)
Recibe algún tipo de remuneración por ser cuidados	
Si	13 (4.4%)
No	281 (95.6%)
Enfermedad que padece el paciente	
Diabetes Mellitus	117 (39.8%)
Hipertensión Arterial Sistémica	60 (20.4%)
Enfermedad Renal Crónica	45 (15.3%)
EVC	34 (11.6%)
Otra	38 (12.8%)
Tiempo de Diagnóstico enfermedad del paciente	
Menor a 1 año	48 (16.3%)
1-3 Años	49 (16.7%)
4-5 Años	31 (10.5%)

Tabla 2. Características del cuidador y su paciente.

En relación a las personas que cuidan a los pacientes (tabla 2) se observó que en su mayoría son sus padres con el 44.9%, seguido por otros familiares (28.2%), las hora que dedican estos al cuidado de los pacientes son entre 6 y 10 horas en promedio (55.4%) y la mayoría de estos no reciben remuneración económica (95.6%). En relación a la enfermedad que presenta el paciente la mayoría presenta diabetes y cuentan con tiempo de diagnóstico promedio de más o igual a 6 años. En relación a las características del cuidador (tabla 3) se observó que solo un porcentaje muy bajo de estos cuentan con el apoyo de un cuidador secundario (20%), aunado a lo anterior de identificó que la mayoría de los cuidadores no

presentan alguna enfermedad diagnosticada (47.6%) sin embargo el 22.4% si presentan alguna enfermedad. Y es importante resaltar que solo el 2.7% presenta terapia psicológica.

Características de los cuidadores	Frecuencias (%)
Existe algún Cuidador Secundario	
Si	59 (20.1%)
No	235 (79.9%)
Cuidador Padece Alguna Enfermedad	
Diabetes Mellitus	37 (12.6%)
Hipertensión Arterial Sistémica	40 (13.6%)
Depresión	11 (3.7%)
Otra	66 (22.4%)
Ninguna	140 (47.6%)
Cuidador Actualmente a terapia Psicológica	
Si	8 (2.7%)
No	286 (97.3%)
Cuidador actualmente acude a terapia psiquiátrica	
No	294 (100%)
Cuidador veces al año que acude a recibir atención medica	
1-3	206 (70.2%)
4-6	23 (7.8%)
7-9	9 (3.0%)
10-12	55 (18.7%)
15	1 (.3%)
Cuidador veces al año que acude a recibir atención medica	
0-2	177 (60.2%)
3-4	41 (13.9%)
5-7	12 (4.1%)
8-11	27 (9.2%)

Tabla 3. Características de los cuidadores.

Para cumplir con el objetivo del presente estudio el cual indica evaluar el conocimiento del cuidador primario antes y posterior a una estrategia educativa en el manejo de úlceras por presión en el paciente en reposo prolongado hospitalizado se presentan las tablas 4, 5 y 6.

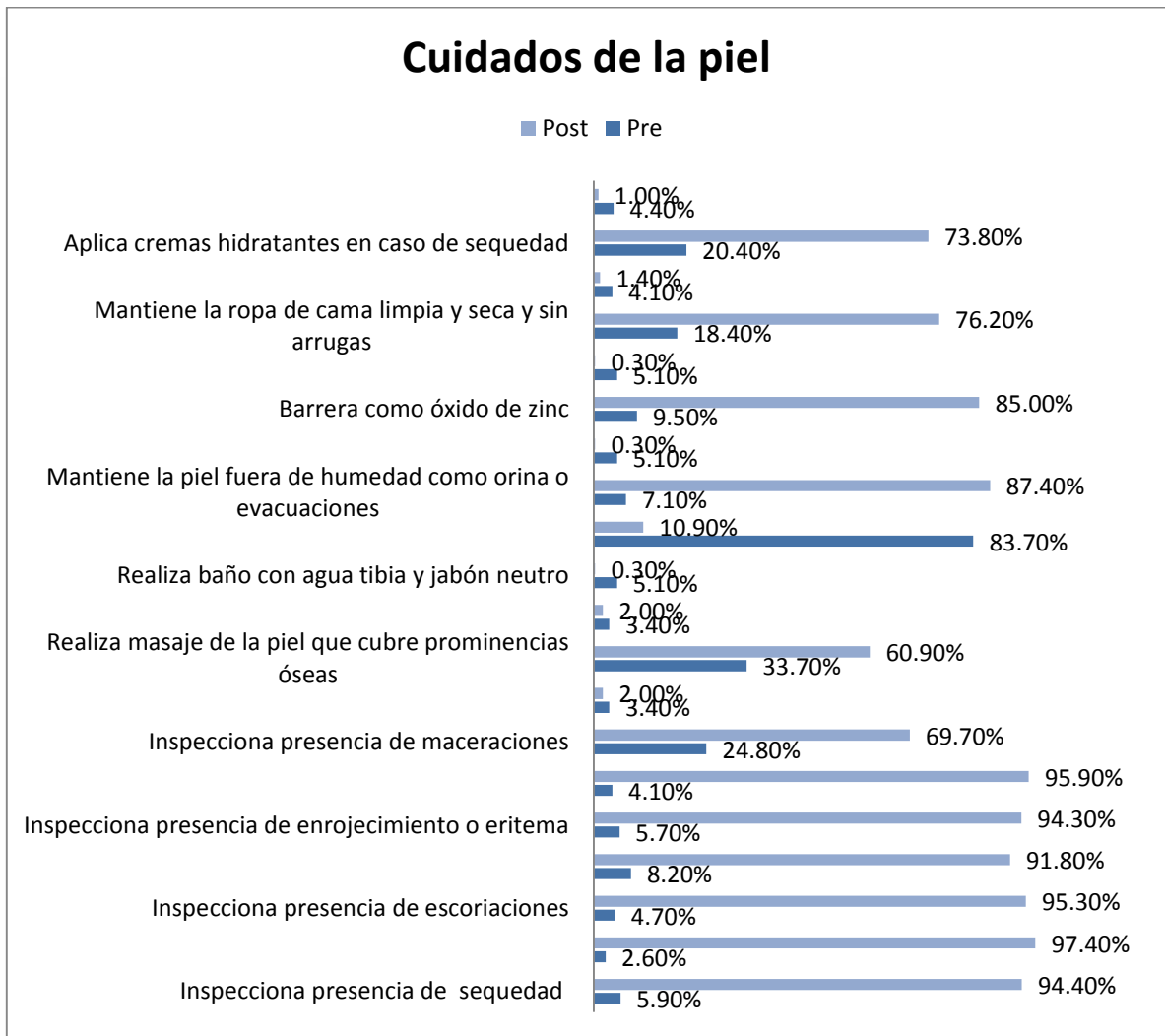
Cuidado de la Piel	Total	Pre	Post	p
Inspecciona presencia de sequedad				
Si	255(86.7 %)	15 (5.9%)	240 (94.4%)	
No	39 (13.3%)	1 (2.6%)	38(97.4%)	.015
Inspecciona presencia de escoriaciones				
Si	233(79.3 %)	11 (4.7%)	222 (95.3%)	
No	61 (20.7%)	5(8.2%)	56(91.8%)	.287
Inspecciona presencia de enrojecimiento o eritema				
Si	245(83.3 %)	14 (5.7%)	231 (94.3%)	
No	49 (16.7%)	2 (4.1%)	47 (95.9%)	.646
Inspecciona presencia de maceraciones				
Si	278 (94.6%)	73 (24.8%)	205 (69.7%)	
No	16 (5.4 %)	10 (3.4%)	6 (2.0%)	.024
Realiza masaje de la piel que cubre prominencias óseas				
Si	278 (94.6%)	99 (33.7%)	179(60.9%)	
No	16 (5.4 %)	10 (3.4%)	6 (2.0%)	.078
Realiza baño con agua tibia y jabón neutro				
Si	278 (94.6%)	15 (5.1%)	1 (.3%)	
No	16 (5.4 %)	246 (83.7%)	32 (10.9%)	.040
Mantiene la piel fuera de humedad como				

orina o evacuaciones				
Si	278 (94.6%)	21 (7.1%)	257 (87.4%)	
No	16 (5.4 %)	15 (5.1%)	1(.3%)	.047
Barrera como óxido de zinc				
Si	278 (94.6%)	28 (9.5%)	250 (85.0%)	
No	16 (5.4 %)	15 (5.1%)	1 (.3%)	.018
Mantiene la ropa de cama limpia y seca y sin arrugas				
Si	278 (94.6%)	54 (18.4%)	224(76.2%)	
No	16 (5.4 %)	12 (4.1%)	4 (1.4%)	.046
Aplica cremas hidratantes en caso de sequedad				
Si	278 (94.6%)	60 (20.4%)	217(73.8%)	
No	16 (5.4 %)	13 (4.4%)	3 (1.0%)	.035

Tabla 4. Conocimiento de cuidado de la piel antes y posterior a la intervención.

En relación al conocimiento del cuidado de la piel se identificó que en general si se presentaron cambios respecto a los cuidados de estos ($p < .05$). Se observó que al inicio de la intervención solo al 5.9% de los cuidados inspeccionados a la presencia de sequedad en la piel y posterior a la intervención en 94.4% de estos cuidadores lo hacia tal como se muestra en la grafica 1, esta misma tendencia se identifica para la inspección de presencia de maceraciones ($p = .024$), realiza el baño con agua tibia ($p = .040$) mantener la piel fuera de humedad.

Así mismo identificaron al oxido de zinc como barrera en ($p = .018$) mayor porcentaje posterior a la intervención educativa. Así mismo se identificó que más cuidadores posterior a la intervención identificaron que es importante mantener la ropa de cama limpia y seca libre de arrugas y mantener la piel hidratada mediante el uso de cremas ($p < .05$).



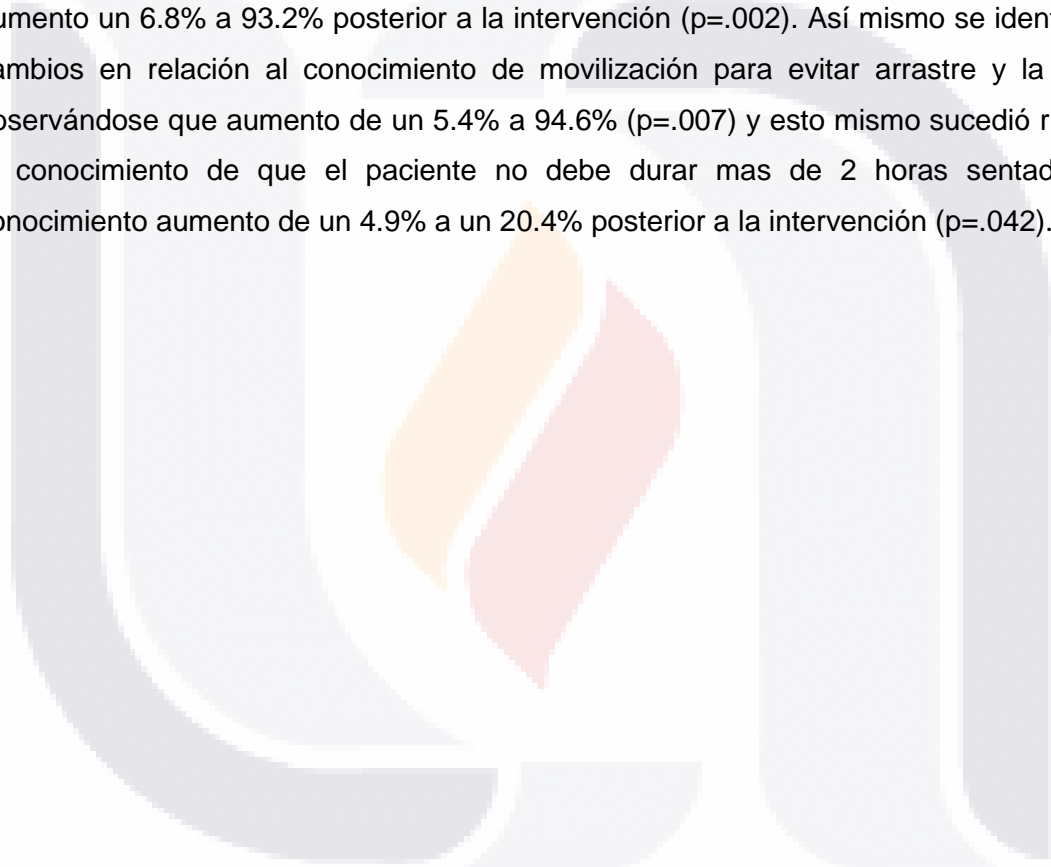
Grafica 1: Conocimiento de cuidado de la piel antes y posterior a la intervención.

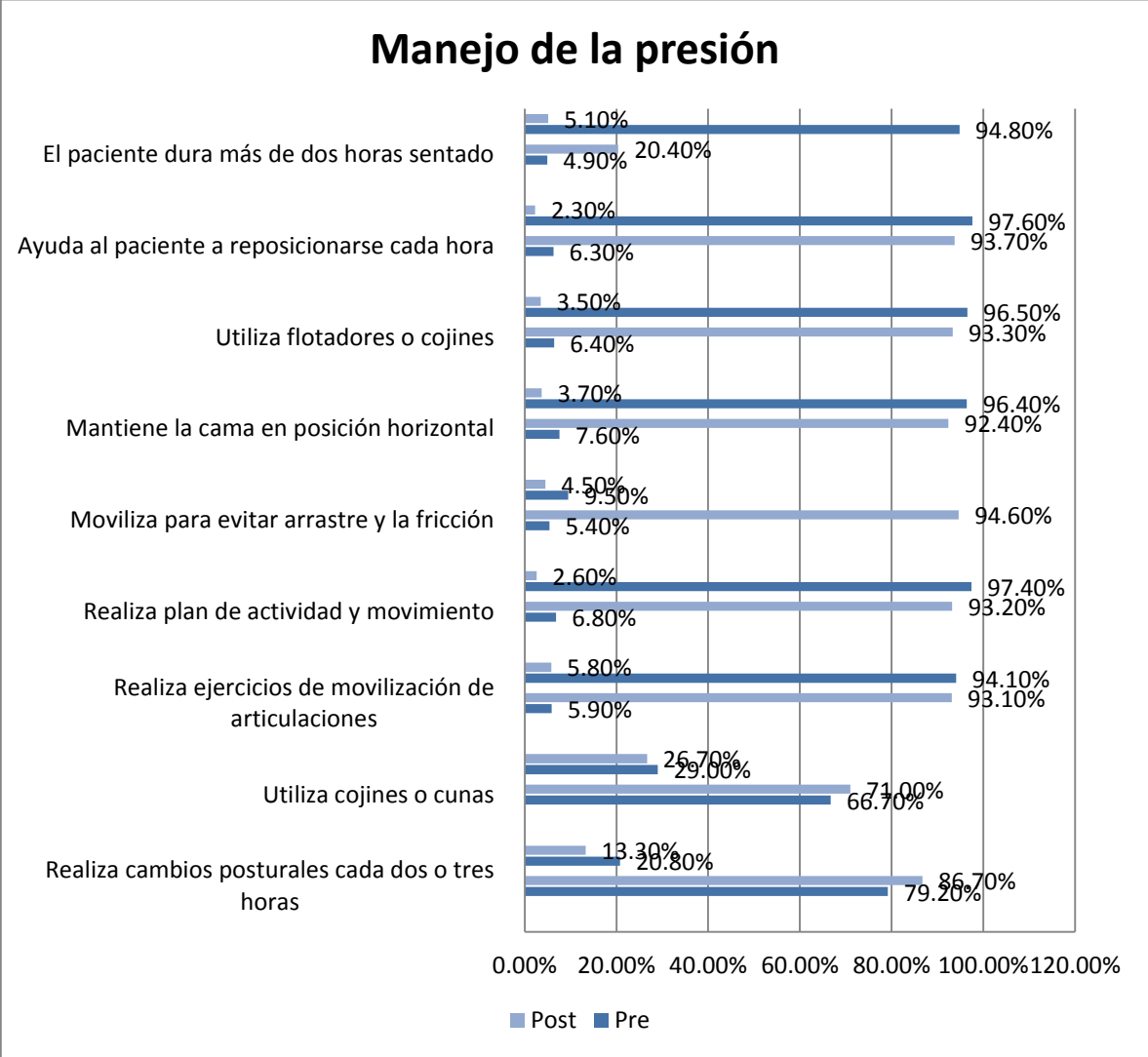
Manejo de la presión	Total	Pre	Post	P
Realiza cambios posturales cada dos o tres horas				
Si	234 (79.6%)	13 (79.2%)	221(86.7%)	
No	60 (20.4%)	2 (20.8%)	58 (13.3%)	.148
Utiliza cojines o cunas				
Si	208 (70.7%)	10 (66.7%)	198 (71.0%)	
No	85 (28.9%)	81 (29.0%)	4 (26.7%)	.400
Realiza ejercicios de movilización de articulaciones				
Si	106(36.1%)	11 (5.9%)	102(93.1%)	
No	188 (63.9%)	177(94.1%)	4 (5.8%)	.243
Realiza plan de actividad y movimiento				
Si	176 (59.9%)	12 (6.8%)	164 (93.2%)	
No	118 (40.1%)	115(97.4%)	3 (2.6%)	.002
Moviliza para evitar arrastre y la fricción				
Si	206 (70.1%)	11 (5.4%)	195 (94.6%)	
No	88(29.9%)	84(9.5%)	4 (4.5%)	.007
Mantiene la cama en posición horizontal				
Si	117(39.8%)	9 (7.6%)	108 (92.4%)	
No	177(60.2%)	171 (96.4%)	6 (3.7%)	.101
Utiliza flotadores o cojines				
Si	150(51.0%)	10 (6.4%)	140 (93.3%)	
No	144(49.0%)	139 (96.5%)	5 (3.5%)	.213
Ayuda al paciente a repositionarse cada hora				
Si	209(71.1%)	13 (6.3%)	196 (93.7%)	
No	85(28.9%)	83 (97.6%)	2 (2.3%)	.217
El paciente dura más de dos horas sentado				
Si	61(20.7%)	3 (4.9%)	58 (20.4%)	

No	233(79.3%)	221 (94.8%)	12 (5.1%)	.042
-----------	------------	-------------	-----------	------

Tabla 5. Conocimiento sobre el manejo de la presión antes y posterior a la intervención.

En relación al manejo de la presión (tabla 5) se identificó que solo algunos conocimientos fueron efectivos posterior a la intervención donde se identificó que antes de la intervención solo el 59.9% de los cuidadores realizaba un plan de ejercicios de los pacientes y esto aumento un 6.8% a 93.2% posterior a la intervención ($p=.002$). Así mismo se identificaron cambios en relación al conocimiento de movilización para evitar arrastre y la fricción observándose que aumento de un 5.4% a 94.6% ($p=.007$) y esto mismo sucedió respecto al conocimiento de que el paciente no debe durar mas de 2 horas sentado, este conocimiento aumento de un 4.9% a un 20.4% posterior a la intervención ($p=.042$).





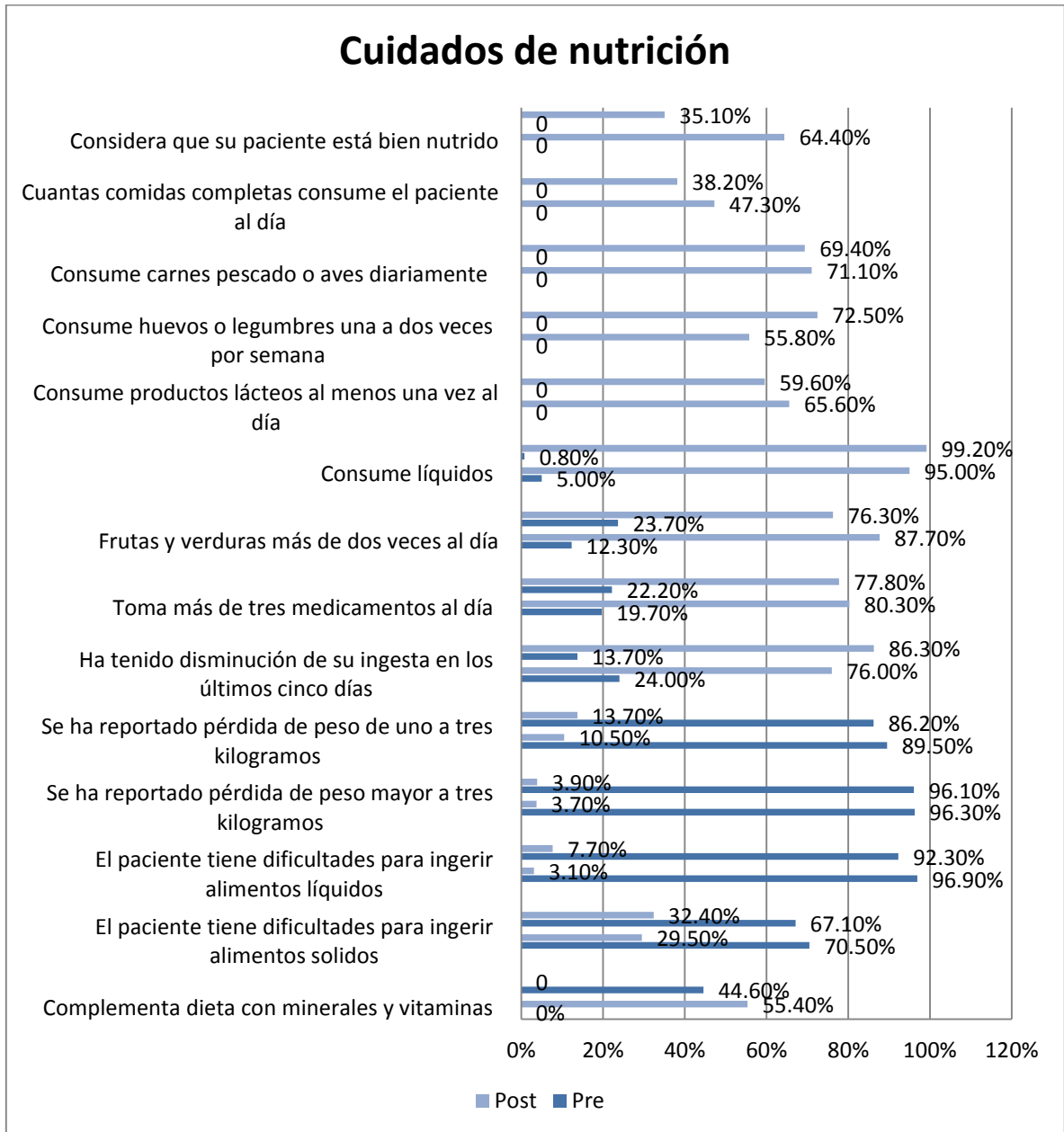
Grafica 2: Conocimiento sobre el manejo de la presión antes y posterior a la intervención.

En relación al conocimiento sobre cuidado de nutrición se identificó que no existieron diferencias significativas entre los cuidadores antes y después de la intervención ya que un alto porcentaje de estos no presentaron un cambio positivo (Grafica 3) posterior a la intervención ($p > .05$). Sin embargo si se incrementó en algunos cambios en los pacientes que si tenían algunos conocimientos respecto al cuidado nutricional donde se observó que aumentó el conocimiento posterior a la implementación de la intervención educativa.

	Total	Pre	Post	p
Complementa dieta con minerales y vitaminas				
Si	163 (55.4%)	0(0%)	163(55.4%)	
No	131 (44.6%)	131(44.6%)	0 (0%)	.446
El paciente tiene dificultades para ingerir alimentos solidos				
Si	163 (55.4%)	115(70.5%)	48 (29.5%)	
No	131 (44.6%)	88(67.1%)	43 (32.4%)	.466
El paciente tiene dificultades para ingerir alimentos líquidos				
Si	163 (55.4%)	158(96.9%)	5(3.1%)	
No	131 (44.6%)	121(92.3%)	10 (7.7%)	.777
Se ha reportado pérdida de peso mayor a tres kilogramos				
Si	163 (55.4%)	157(96.3%)	6(3.7%)	
No	131 (44.6%)	126(96.1%)	5(3.9%)	.951
Se ha reportado pérdida de peso de uno a tres kilogramos				
Si	163 (55.4%)	146(89.5%)	17(10.5%)	
No	131 (44.6%)	113(86.2%)	18(13.7%)	.384
Ha tenido disminución de su ingesta en los últimos cinco días				
Si	163 (55.4%)	39(24.0%)	124(76.0%)	
No	131 (44.6%)	18(13.7%)	113(86.3%)	.283
Toma más de tres medicamentos al día				
Si	163 (55.4%)	32(19.7%)	131(80.3%)	
No	131 (44.6%)	29(22.2%)	102(77.8%)	.598

Frutas y verduras más de dos veces al día				
Si	163 (55.4%)	20(12.3%)	143(87.7%)	
No	131 (44.6%)	31(23.7%)	100(76.3%)	.107
Consumen líquidos				
Si	163 (55.4%)	8(5.0%)	155(95.0%)	
No	131 (44.6%)	1(.8%)	130(99.2%)	.304
Consumen productos lácteos al menos una vez al día				
Si	163 (55.4%)	56(34.7%)	107(65.6%)	
No	131 (44.6%)	53(40.4%)	78(59.6%)	.282
Consumen huevos o legumbres una a dos veces por semana				
Si	163 (55.4%)	72(44.2%)	91 (55.8%)	
No	131 (44.6%)	36(27.5%)	95 (72.5%)	.304
Consumen carnes, pescado o aves diariamente				
Si	163 (55.4%)	47(28.9%)	116(71.1%)	
No	131 (44.6%)	40(30.6%)	91(69.4%)	.751
Cuántas comidas completas consume el paciente al día				
Si	163 (55.4%)	86 (52.7%)	70(47.3%)	
No	131 (44.6%)	81(61.8%)	46(38.2%)	.289
Considera que su paciente está bien nutrido				
Si	163 (55.4%)	58(35.6%)	105(64.4%)	
No	131 (44.6%)	85(64.9%)	46(35.1%)	.933

Tabla 6 .Conocimiento sobre el cuidado de la nutrición antes y posterior a la intervención.



Grafica 3: Conocimiento sobre el cuidado de la nutrición antes y posterior a la intervención

XX.- DISCUSION

Los resultados demuestran que es el sexo femenino fue el mayormente encontrado en nuestro estudio con un 77.2% a diferencia del sexo masculino que solo alcanza el 22.8%, entre las edades de 20 a 40 años con un 53.1%, caracterizadas por personas de un nivel sociocultural bajo con una máxima escolaridad de nivel primaria con un 40.1%, los cuales ejercían una actividad laboral principalmente en el ámbito comercial considerando un 28.2% y que además dichos individuos se encontraban al cuidado de su padre o madre, resultados similares a los encontrados como en el estudio de Armas Rivera (Perú 2008), en el que caracteriza a la población de dicho estudio encontrando diferencias comparativas principalmente en el parentesco de la persona que cuida al enfermo afectado, responsabilidad que recae principalmente en los hijos y hermanos.

La edad promedio de nuestra población fue de 30 a 40 años con un 53.1%, en segundo lugar el grupo de 41 a 60 años representando el 39.5%, y aquellos mayores de 61 años al cuidado de pacientes con alguna enfermedad crónica derivan en un 7.5% similar al estudio realizado por Armas Rivera donde el 38% tenían edades entre el rango de 18 a 31 años.

En el presente estudio se encontró relación entre el nivel sociocultural y el nivel de conocimientos en relación al cuidado de úlceras por presión, ya que el 44.1% solo habían terminado la primaria, y aun así un 6.1% correspondía a personas sin estudios que posiblemente estarían implicadas en la evolución tórpida de dichos pacientes y la cronicidad de sus lesiones.

También se encontró que el cuidador normalmente invierte en promedio un total de 6 a 10 hrs de su tiempo al cuidado de su familiar que corresponde a un 54.5%, además y que el 95.6 no recibe apoyo económico, dentro de las enfermedades más comunes relacionadas se encontró por mayor frecuencia a la Diabetes Mellitus que corresponde a un 39.8% de lo que los individuos encuestados relacionaron, secundariamente la hipertensión arterial sistémica, la enfermedad renal crónica y el evento vascular cerebral.

De dichos cuidadores observados en el presente estudio el 3.7% manifestó presentar algún grado de depresión y de estos solamente un 2.7% asiste para recibir atención psicológica,

esto quizás debido al estrés ocasionado por dificultades económicas, la falta de tiempo para realizar actividades personales y el estado de salud de su paciente.

En relación a los objetivos de valorar la efectividad de nuestra intervención educativa se encontró que dicha actividad basada en un modelo teórico participativo, fue satisfactoria encontrando diferencias entre algunos aspectos relacionados con el cuidado de la piel como la observación de sequedad (p 0.015), maceraciones (p 0.024), en mantener la piel libre de humedad (p 0.048), utilizar métodos de barrera como el óxido de zinc (p 0.018) además de hidratación de la piel (p 0.035) y el manejo de la presión en relación al realizar un plan o rutina de movimiento (p 0.002), y tras movilizar al paciente para evitar la fricción (p 0.007), no así los cuidados relacionados con el aspecto nutricional, ya que no se encontró una diferencia significativa en la post-evaluación.

La familia cumple un rol importante en los cuidados a tener en la prevención de las úlceras por presión en sus pacientes, siendo tres las dimensiones básicas: la higiene, movilización y alimentación; ya que constituye el mejor apoyo para la recuperación rápida del paciente, así como también el de prevenir las posibles complicaciones en el paciente con permanencia prolongada en cama.

XXI.- CONCLUSIONES

Los resultados respecto a las características personales de los pacientes se muestra que la mayoría de los pacientes se encontraron entre el grupo de edad de los 20 a los 40 años predominando el sexo femenino (77.2%) presentando una escolaridad promedio de primaria. En relación al estado civil la mayoría son casados.

En relación a los cuidadores se observó que en su mayoría son sus padres, las hora que dedican estos al cuidado de los pacientes son entre 6 y 10 horas en promedio y la mayoría de estos no reciben remuneración económica. En relación a la enfermedad que presenta el paciente la mayoría presenta diabetes y cuentan con tiempo de diagnóstico promedio de más o igual a 6 años.

En relación a las características del cuidador se observó que solo un porcentaje muy bajo de estos cuentan con el apoyo de un cuidador secundario, también se identificó que la mayoría de los cuidadores no presentan alguna enfermedad diagnosticada, y es importante resaltar que solo el 2.7% presenta terapia psicológica.

En relación al conocimiento del cuidado de la piel se identificó que en general si se presentaron cambios respecto a los conocimientos sobre el cuidados de estos ($p < .05$). Se observó que al inicio de la intervención mejoro el conocimiento sobre los cuidados inspeccionados a la presencia de sequedad en la piel, esta misma tendencia se identifica para la inspección de presencia de maceraciones, en si realiza el baño con agua tibia y mantener la piel fuera de humedad, entre otros.

Respecto al manejo de la presión se identificó que solo algunos conocimientos fueron efectivos posterior a la intervención donde se identificó que antes de la intervención por ejemplo el realizar un plan de ejercicios de los pacientes, el realizar movilización para evitar arrastre y la fricción y esto mismo sucedió respecto al conocimiento de que el paciente no debe durar más de 2 horas sentado.

En relación al conocimiento sobre cuidado de nutrición se identificó que no existieron diferencias significativas entre los cuidadores antes y después de la intervención ya que un

alto porcentaje de estos no presentaron un cambio positivo posterior a la intervención ($p > .05$).

Por lo anteriormente mencionado se puede concluir que la intervención educativa en sobre el cuidado de úlceras por presión en cuidadores primarios de pacientes en reposo prolongado hospitalizados en el HGZ1, solo fue eficiente en el aspecto relacionado con el cuidado de la piel y en algunos aspectos relacionados con la presión ejercida, sin embargo no se mostró efectividad respecto al cuidado de la alimentación de estos cuidadores.

XXI.A.- RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

Coordinar un programa educativo preventivo el cual estará orientado a promover la participación activa del grupo familiar y/o proveer de cuidados, considerando las conclusiones del presente estudio.

Realizar protocolos y/o guías de procedimientos orientado a la prevención de las úlceras por presión en el adulto disminuir el riesgo de complicaciones de la permanencia prolongada en cama.

Que se realicen estudios de investigación con enfoque cualitativo sobre el tema.

XXI.B.- LAS LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO FUERON

Que los resultados y las conclusiones del estudio sólo son válidos para la población de estudio.

XXII.- GLOSARIO

XXII.A.- CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES: Aquella persona que asiste o cuida a cualquier otra afectada de cualquier tipo de discapacidad o enfermedad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales, no disponen de capacitación, no reciben remuneración por su tarea. Estos cuidadores asumen total responsabilidad en la tarea del cuidado del enfermo.

XXII.B.- ULCERAS POR PRESIÓN O UPP: Lesiones que se desarrollan en partes de la piel sometidas a presión por el hecho de que el paciente debe permanecer en cama, estar sentado en una silla de ruedas, llevar un yeso o estar inmovilizado durante un período prolongado.

XXII.C.- INTERVENCION EDUCATIVA: La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando.

XII.D.- ENFERMEDAD CRÓNICA TERMINAL: Un enfermo terminal es aquel que padece una enfermedad por la que posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico. Por el grado de avance y complejidad de sus padecimientos, se encuentra fuera de todo intento curativo.

XXIII.- BIBLIOGRAFIA

1. Acosta Cárdenas JM. Efecto de las actividades educativas al personal de salud y Cuidadores informales en el tema de úlceras por presión [tesis]. Bogotá (Colombia): Universidad Pontificia Javeriana; 2012. 138 p.
2. Álvarez Lozano NE., Ávila Balarezo MA., Tenezaca Duman ZR. Conocimientos, actitudes y práctica sobre mecánica corporal en los cuidadores de personas con discapacidad física pertenecientes al área de salud Yanuncay, Cuenca [tesis]. Cuenca (Ecuador): Universidad de Cuenca, 2015. 83p.
3. Armas Rivera KL. Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama en el Servicio de Medicina del HNDAC [tesis]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. 70 p.
4. Arnaldos Esteban M. Efectividad de una intervención educativa sobre tratamiento de úlceras por presión para enfermeras de atención primaria [tesis]. Aragón (España): Universidad de Cantabria; 2013. 34 p.
5. Cartajena Y., Montilla M. Información sobre la prevención de úlceras por presión que poseen los familiares de pacientes encamados con diagnóstico de lesiones neurológicas, hospitalizados en la clínica Rescarven Chuao [tesis]. Caracas (Venezuela): Universidad Central de Venezuela, 2010. 30 p.
6. Down Forseth C. Efecto de una intervención educativa en personal de una unidad de salud sobre el conocimiento sobre el cuidado de úlceras por presión [tesis]. Montana (EUA): Universidad del Estado de Montana; 2010. 32p.

7. Espino Andrade AM. Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia [tesis]. La Habana (Cuba): Universidad de Ciencias Medicas de la Habana, 2010. 68p.
8. Galindo García RDC. Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre cuidados preventivos de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de intensivo del hospital centro médico militar [tesis]. Guatemala (Guatemala): Universidad de San Carlos de Guatemala; 2011. 79 p.
9. García Romero BC, Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vinculo afectivo con el enfermo oncológico infantil [tesis]. Barcelona (España): Universitat Ramon Llull. 2011. 231p.
10. Ibarra Rangel CM, Intervención educativa para fortalecer el nivel de resiliencia en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas terminales que acude a clínica del dolor del HGZ 1 IMSS Aguascalientes [tesis]. Aguascalientes (México): Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2015. 76 p.
11. Mahmoud El-Daharja T. Efectividad del entrenamiento familiar en la prevención de úlceras por presión en pacientes postrados en el Hospital de Rehabilitación El-Wafa [tesis]. Gaza (Palestina): Universidad Islámica de Gaza; 2009. 112p.
12. Bautista L. Las úlceras por presión en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos e intermedios del INER. Instituto Nacional de enfermedades respiratorias [Internet]. 2004 Jun [citado 2015 Julio 2]; 17(2):91-99. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018775852004000200005&script=sci_arttext
13. Vela G. Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. Enfermería: Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2013 [citado 2015 Julio 2]; 21(1):3-8.

Disponible en:

www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131b.pdf

14. Cortes F., Abian L., Cortes H. Adaptacion Psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. Rev. Psicooncología [Internet]. 2003 [citado 2015 Julio 2]; 0(1):83-92.

Disponible en:

www.pendientedemigracion.ucm.es/.../revistapsicooncologia/.../ADAPTACION...

15. Espin AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev. Cubana de Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 2015 Julio 2]; 34(3):25-30.

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008

16. Cerquera A., Pabon D. Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia. Psicologia: Avances de la disciplina [Internet]. 2014 [citado 2015 Julio 2]; 8(2):73-81.

Disponible en:

www.revistas.usbbog.edu.co

17. Ruiz A., Nava M. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Rev. Enf Neurol [Internet]. 2012 [citado 2015 Julio 2]; 11(3):163-169.

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>

18. Islas N., Ramos B., Aguilar M., García Ma. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [Internet]. 2006 [citado 2015 Julio 2]; 19(4):266-271.

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>

19. Rivas J., Ostiguin R. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. Enfermería Universitaria [Internet].2011 [citado 2015 Julio 2]; 8(1): 49-54.
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene2012/ene123i.pdf>
20. Villegas H., Aguilar M., Espericueta M., Medina M., Lujan M. Desempeño del rol de cuidador primario y eficiencia del programa Atención Hospitalaria a Domicilio. Rev. Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2014 [citado 2015 Julio 2]; 22(1):25-32.
Disponible en:
www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim141e.pdf
21. Beratarrechea A. Las enfermedades crónicas. Actualización en la Práctica Ambulatoria [Internet]. 2010 [citado 2015 Julio 2]; 13(2):68-73.
Disponible en:
www.foroaps.org/files/enfermedades%20cronicas%20parte%20I.pdf
22. Plaza R., Guija R., Martínez Ma, Alarcón M. Prevención y tratamiento de las Ulceras por presión. Rev Clínica de Medicina Familiar [Internet]. 2007 [citado 2015 Julio 2]; 1(6):284-290.
Disponible en:
www.redalyc.org/pdf/1696/169617626008.pdf
23. Guía de Práctica Clínica 105-08, Prevención y tratamiento de las úlceras por presión a nivel Hospitalario.
Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcerasion1NA/ULCERA_DECUBITO_1ER_NIVEL_EVR_CENETEC.pdf
24. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, México, 2013.

Disponible en:

www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/?Id_URL...anio=2013...

25. Los Hombres y el cuidado de la Salud, Ministerio de Salud y Política Social, España, 2009.

Disponible en:

www.msssi.gob.es/sns/pdf/equidad

26. Guía de Practica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas, Consejería de Sanidad de Valencia (España) 2012.

Disponible en:

www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf

27. Prevención por úlceras por presión en pacientes adultos, Servicio Madrileño de Salud, Madrid (España) 2014.

Disponible en:

www.codem.es/.../457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf

28. México en cifras, Aguascalientes.

Disponible en:

www.inegi.org.mx/

29. Programa GeriatrIMSS.

Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/geriatrimss>

30. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018

Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx>.

ANEXO A: CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Sept. 2014	Octubre 2014	Noviembre	Diciembre 2014	Enero 2015	Febrero 2015	Marzo 2015	Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre	Octubre 2015	Noviembre	Diciembre 2015	Enero 2016	Febrero 2016
Elección del tema.																		
Acopio de la Bibliografía.																		
Revisión de la Literatura.																		
Diseño del protocolo.																		
Planteamiento del problema.																		
Antecedentes.																		
Justificación.																		
Introducción.																		
Envío del protocolo al comité local de investigación.																		
Revisión y modificación del protocolo.																		
Registro del protocolo.																		
Aprobación del protocolo.																		

<p>Sexo: identidad generada por las características biológicas y físicas que marcan a una persona en el momento de su nacimiento.</p>	<p>Género: Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres.</p>	<p>Fenotipo</p>	<p>Categoría: 1.- Masculino. 2.- Femenino.</p>	<p>B. Sexo</p>
<p>Edad: años de vida cumplidos al momento del estudio.</p>	<p>Periodo de tiempo en años transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de la aplicación de la encuesta.</p>	<p>Número de Años de vida</p>	<p>Categoría: 1. 20 a 40 años. 2. 41 a 60 años. 3. 60 y mas años</p>	<p>A. Edad.</p>
<p>Características económicas. aspectos relacionados con procedimientos productivos y de intercambio, análisis del consumo de bienes y servicios.</p>	<p>Trabajo: Acción que realiza una persona que se esta ocupando de llevar a cabo una serie de tareas o actividades ya sea a nivel físico o bien intelectual.</p>	<p>Rol Social Establecido</p>	<p>Dicotómica 1. Si. 2. No.</p>	<p>E. Usted trabaja:</p>
<p>Actividad laboral: Es el ejercicio de</p>	<p>Sector de ocupación: área o lugar de</p>	<p>Tipo de ocupación</p>	<p>Categoría. 1. Servicios. 2. Comercio.</p>	<p>F.Cuál es su actividad laboral</p>

funciones en un contexto de trabajo determinado.	trabajo según en que se desarrolle la actividad económica.	según sectores	<ol style="list-style-type: none"> 3. Burocracia. 4. Empresaria l. 5. Agricultura y ganadería. 6. Otros. 	actual o previa?
Parentesco: lazo establecido a través de consanguinidad, afinidad u otro vinculo estable basado en el afecto genuino.	Vinculo: unión relación o atadura de una persona con otra.	Personas que interactúan con el paciente	<p>Categoría.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esposo. 2. Hermano. 3. Padre o madre. 4. Hijo. <p>Otro:</p>	H. Tiene algún parentesco con la persona que cuida?
<p>Cuidado Por cuidados podemos entender a la gestión y mantenimiento cotidiano de la vida y la salud, termino el cual presenta una doble dimensión “material corporal” o “inmaterial afectiva”. La necesidad de</p>	<p>Cuidado necesidad más básica y cotidiana que permiten el mantenimiento de la vida.</p>	<p>Horas que dedica al cuidado del familiar</p>	<p>Continua</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 - 5 hrs. 2. 6 – 10 hrs. 3. 11 – 15 hrs. <p>Más de 16 hrs</p>	I. Cuantas horas al día dedica cuidado a su familiar?
	<p>Cuidado necesidad más básica y cotidiana que permiten el mantenimiento de la vida.</p>	<p>Remuneración por el cuidado del paciente</p>	<p>Dicotomica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si. No. 	J. Recibe algún tipo de remuneración por las actividades de cuidado que realiza.

cuidar proviene de otorgar apoyo instrumental y personal además de vigilancia y acompañamiento, soporte emocional y social.	Cuidado más básico y cotidiana que permiten el mantenimiento de la vida.	Apoyo afectivo al paciente	Dicotómica Si. No.	K. Recibe alguna ayuda de alguna persona para el cuidado del paciente?
---	--	----------------------------	--------------------------	--

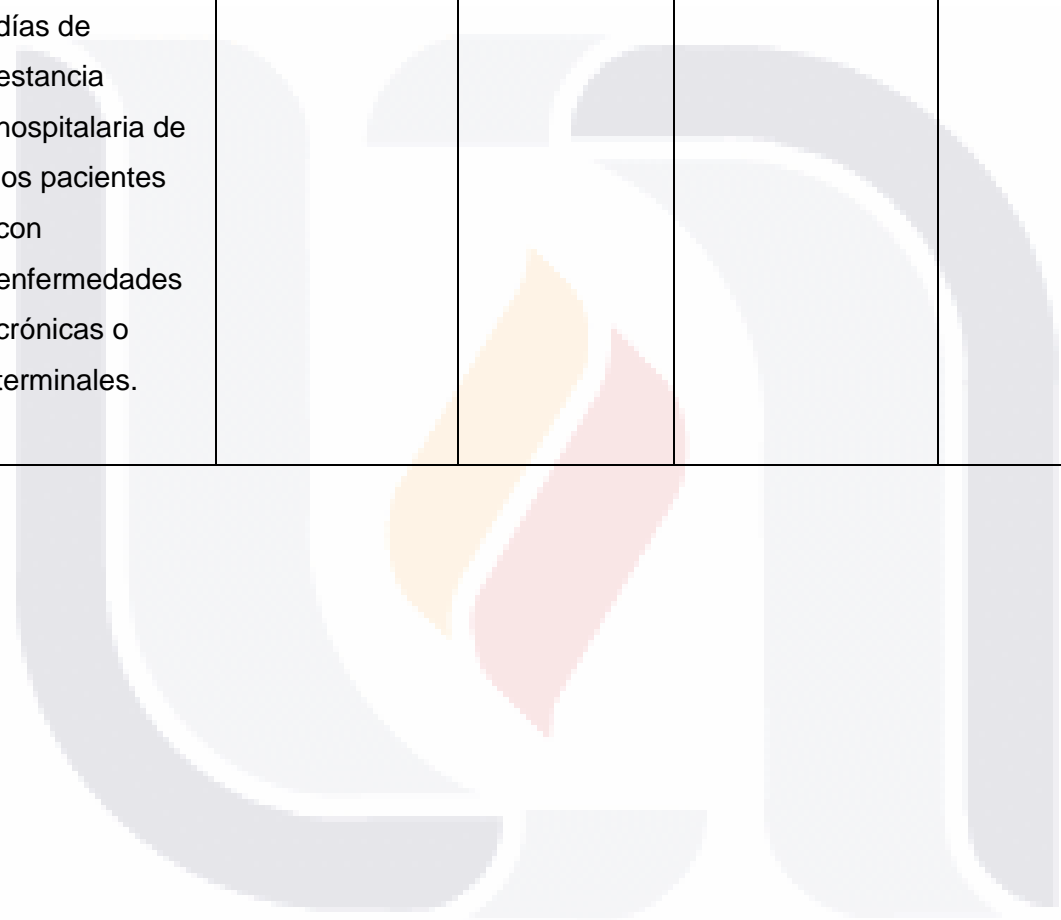
Características del cuidador: Sección 2				
CONCEPTO	VARIABLES	INDICADOR	MEDICION	ITEM
Que es el cuidador se hace referencia a las personas adultas, con vínculo de parentesco o cercanía, que asumen las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica	Características de la persona que cuida a un ser querido que vive en una situación de enfermedad crónica discapacitante y participa con él en la toma de decisiones	Padecimiento de enfermedad crónica-degenerativas	Categorical 1. Diabetes. 2. Hipertensión Arterial. 3. Depresión. Otra, (especifique):	1. Indique si padece alguna de las enfermedades siguientes:
	Características de la persona que	Presencia o ausencia de	Dicotómica Si. No.	2. Actualmente acude a

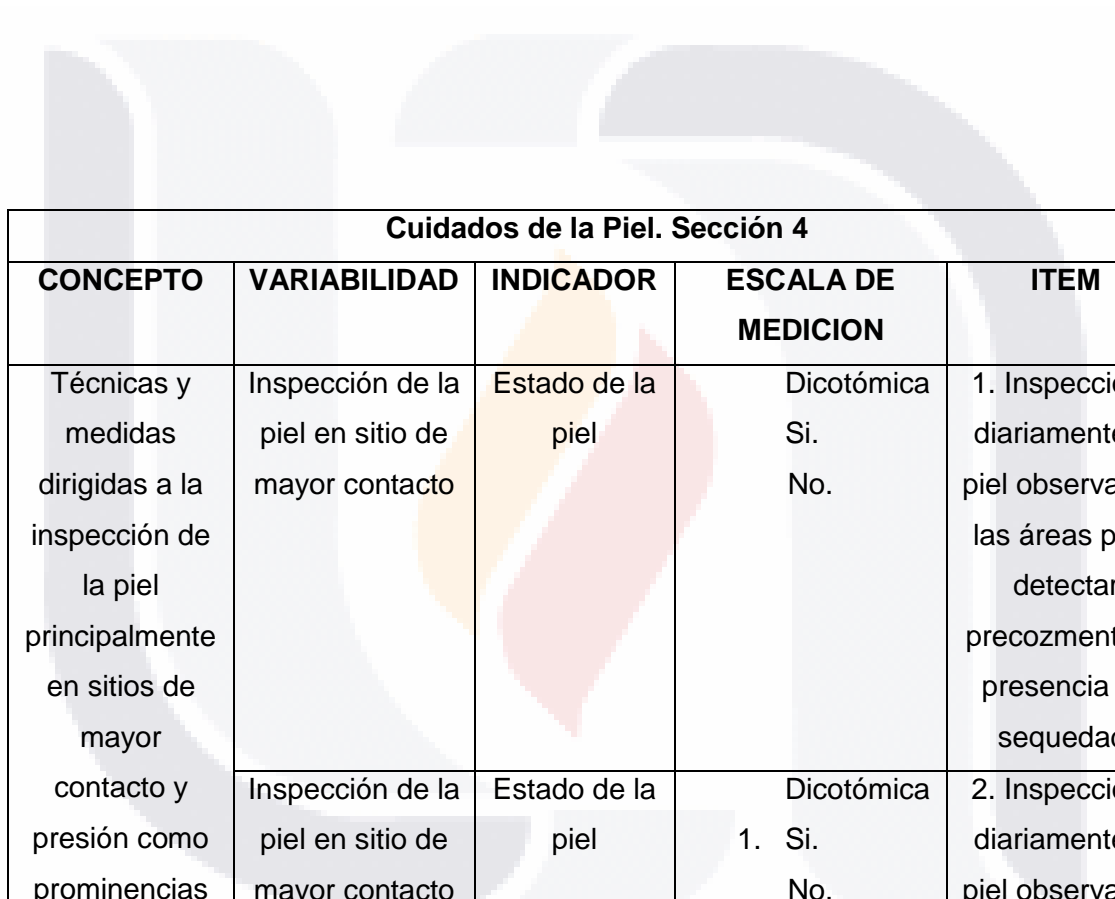
discapacitante y participa con él en la toma de decisiones.	cuida a un ser querido que vive en una situación de enfermedad crónica discapacitante y participa con el en la toma de decisiones	enfermedades mentales		terapia psicológica?
	Características de la persona que cuida a un ser querido que vive en una situación de enfermedad crónica discapacitante y participa con el en la toma de decisiones	Presencia o ausencia de enfermedades mentales	Dicotómica Si. No.	3. Actualmente acude a terapia psiquiátrica?
	Características de la persona que cuida a un ser querido que vive en una situación de enfermedad	Control médico de enfermedades crónico-degenerativas	Continua 1. Dos o menos. 2. De 3 a 4. 3. De 5 a 7. 4. De 8 a 11. Más de 12.	4. Cuántas veces al año acude a recibir atención médica?

	crónica discapacitante y participa con el en la toma de decisiones			
--	--	--	--	--

Características clínicas del paciente que esta al cuidado : Sección 3				
CONCEPTO	VARIABILIDAD	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	ITEM
Enfermedad crónica: aquella de larga duración, que se extiende en el tiempo por varios meses o años.	Enfermedades de curso prolongado o larga duración, de lenta progresión.	Tiempo de evolución de la enfermedad crónico-degenerativa	Continua 1. Menos de un año. 2. De 1 a 3años. 3. De 3 a 5años. Más de 5 años.	1. Cuanto tiempo tiene de diagnóstico?
Que es a ATHODO Denominado como programa de atención a domicilio, antes llamado ADEC (atención domiciliaria del enfermo crónico, el cual surge como	atención médica para disminuir los días de estancia hospitalaria de los pacientes con enfermedades crónicas o terminales	Tiempo en el cual ha recibido atención por el programa ATHODO	Continua 1. Menos de 6 meses. 2. De 6 meses a 1 año. 3. 1 a 2 años. Más de 2 años.	2. Cuanto tiempo tiene acudiendo al ATHODO IMSS (ADECO)?

estrategia para seguir otorgando atención medica y disminuir los días de estancia hospitalaria de los pacientes con enfermedades crónicas o terminales.				
---	--	--	--	--





Cuidados de la Piel. Sección 4				
CONCEPTO	VARIABILIDAD	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	ITEM
Técnicas y medidas dirigidas a la inspección de la piel principalmente en sitios de mayor contacto y presión como prominencias óseas, además de aquellas otras que por factores como	Inspección de la piel en sitio de mayor contacto	Estado de la piel	Dicotómica Si. No.	1. Inspecciona diariamente la piel observando las áreas para detectar precozmente la presencia de sequedad.
	Inspección de la piel en sitio de mayor contacto	Estado de la piel	1. Dicotómica Si. No.	2. Inspecciona diariamente la piel observando las áreas para detectar precozmente la presencia de excoriaciones.

excesiva humedad, fricción y resequead puedan verse afectadas, además prevé aplicar métodos de barrera, masajes y lubricantes	Inspección de la piel en sitio de mayor contacto	Estado de la piel	Dicotómica 1. Si. No.	3. Inspecciona diariamente la piel observando las áreas para detectar precozmente la presencia de enrojecimientos o eritemas.
	Inspección de la piel en sitio de mayor contacto	Estado de la piel	Dicotómica 1. Si. No.	4. Inspecciona diariamente la piel observando las áreas para detectar precozmente la presencia de maceraciones
	Aplicación métodos de barrera, masajes y lubricantes	Masaje de la piel	Dicotómica Si. No.	5. Realiza masaje de la piel que cubre prominencias óseas.
	Cuidados de la piel	Estado de la piel	Dicotómica Si. No.	6. Mantiene la piel limpia y seca, evitando la fricción.
	Cuidados de la piel	Estado de la piel	Dicotómica Si. No.	7. Realiza baño con agua tibia y jabón neutro.
	Cuidados de la piel	Estado de la piel	Dicotómica Si.	8. Mantiene la piel fuera de

			No.	humedad, como orina o evacuaciones.
	Aplicación métodos de barrera, masajes y lubricantes	Tratamiento para la piel	Dicotomica Si. No.	9. Protege la piel con productos de barrera, como películas de Poliuretano u Oxido de Zinc.
	Factor que afecte la integridad de la piel	Tecnica del tendido de cama	Dicotomica Si. No.	10. Mantiene la ropa de cama limpia y seca, sin arrugas.
	Aplicación métodos de barrera, masajes y lubricantes	Tratamiento para la piel	Dicotomica Si. No.	11. Aplica cremas hidratantes en caso de sequedad de la piel.



Manejo de la presión: Sección 5				
CONCEPTO	VARIABILIDAD	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	ITEM
Técnicas por las cuales se consigue disminuir el daño a la piel mediante cuatro elementos, la movilización, cambios posturales,	Técnicas para disminuir el daño de la piel	Cambio de postura	Dicotomica 1. Si. No.	1. Realiza cambios posturales cada 2 o tres hrs siguiendo una rotación determinada.
	Técnicas para disminuir el daño de la piel	Uso de superficies de apoyo	Dicotomica 1. Si. No.	2. Utiliza cojines o cuñas para eliminar la presión en

uso de superficies de apoyo y protección local ante la presión.				codos, tobillos o talones.
	Técnicas para disminuir el daño de la piel	Movilización del paciente	Dicotomica Si. No.	3. Realiza ejercicios de movilización de articulaciones.
	Técnicas para disminuir el daño de la piel	Movilización del paciente	Dicotomica Si. No.	4. Realiza algún plan que estimule la actividad y el movimiento del paciente.
	Técnicas para disminuir el daño de la piel	Movilización del paciente	Dicotomica 1. Si. No.	5. Moviliza al paciente para evitar el arrastre y la fricción de la piel.
	Técnicas para disminuir el daño de la piel	Uso de superficies de apoyo	Dicotomica 1. Si. No.	6. Mantiene la cama en posición horizontal.
	Técnicas para disminuir el daño de la piel	Uso de superficies de apoyo	Dicotomica 1. Si. No.	7. Utiliza flotadores o cojines en forma de dona.

	Técnicas para disminuir el daño de la piel	Cambio de postura	Dicotomica Si. No.	8. El paciente dura más de 2 hrs sentado.
--	--	-------------------	--------------------------	---



Nutrición: Sección 6				
CONCEPTO	VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	ITEM
Se le denomina al proceso biológico a partir del cual el organismo	Asimilación de los alimentos y líquidos necesarios para el crecimiento,	Uso de suplementos alimentarios	Dicotomica Si. No.	1. Complementa la dieta del paciente con suplementos de Minerales y/o Vitaminas.

asimila los alimentos y líquidos necesarios para el crecimiento, funcionamiento, mantenimiento de las funciones vitales y curación de enfermedades.	funcionamiento	Incapacidad de ingerir alimentos	Dicotomica Si. No.	2. El paciente tiene dificultades para ingerir alimentos sólidos.
	, mantenimiento de las funciones vitales y curación de enfermedades	Incapacidad de ingerir alimentos	Dicotomica 1. Si. No.	3. El paciente tiene dificultades para ingerir alimentos líquidos.
		Pérdida de masa corporal	Dicotomica Si. No.	4. Se ha reportado pérdida de peso mayor a 3 kgs.
		Pérdida de masa corporal	Dicotomica Si. No.	5. Se ha reportado pérdida de peso de entre 1 y 3 kgs
		Disminución de la ingesta de alimentos	Dicotomica Si. No.	6. Ha tenido disminución de su ingesta en los últimos cinco días
		Polifarmacia	Dicotomica Si. No.	7. Toma más de 3 medicamentos al día.
		Adecuada ingesta de frutas y verduras	Dicotomica Si. No.	8. Más de 2 veces al día consume frutas o verduras
		Ingesta de líquidos	Dicotomica Si. No.	9. Consume líquidos (Agua, Jugo, Café, Te,

				Leche, Vino, Cerveza) mas de 5 vasos al día.
		Ingesta de líquidos	Dicotomica Si. No.	10. Consume líquidos (Agua, Jugo, Café, Te, Leche, Vino, Cerveza) De 3 a 5 vasos al día.
		Ingesta de líquidos	Dicotómica Si. No.	11. Consume líquidos (Agua, Jugo, Café, Te, Leche, Vino, Cerveza) menos de 3 vasos al día.
		Alimentación balanceada	Dicotomica Si. No.	12. ¿Consume el paciente? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Productos lácteos al menos una vez al día? • ¿Huevos o legumbres 1 a 2 veces por semana?

				¿Carne, Pescado o Aves, diariamente?
		Alimentación balanceada	Dicotomica 1. Si. No.	13. Consume mas de 4 comidas completas al día (equivalente a dos platos y postre)
		Alimentación balanceada	Dicotomica Si. No.	14. Consume mas de 2 comidas completas al día (equivalente a dos platos y postre).
		Alimentación balanceada	Dicotomica 1. Si. No.	15. Consume mas de 1 comida completa al día. (equivalente a dos platos y postre).
		Estado nutricional del paciente	Dicotomica 1. Si. No.	16. ¿Considera que su paciente está bien nutrido?



ANEXO C

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS EN SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL ESTUDIO:

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN CUIDADORES PRIMARIOS
DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION EN REPOSO PROLONGADO
HOSPITALIZADOS EN EL HGZ No. 1 IMSS, DELEGACION AGUASCALIENTES, DE
DICIEMBRE 2015 A FEBRERO 2016.**

Lugar y Fecha: Aguascalientes, Ags., a _____ de _____ del 2015. **Número de Registro ante el comité local de Investigación en Salud:** _____

Justificación. En el presente estudio, se encuentra desarrollado para conocer la idea que tiene usted sobre el cuidado de úlceras en pacientes que por alguna enfermedad los mantiene en reposo prolongado, ya que son frecuentes en los pacientes que se encuentran hospitalizados, al conocer el grado de conocimiento y habilidades se realizarán actividades educativas para su beneficio y para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes hospitalizados. **Objetivo del estudio.** Conocer el grado de conocimiento que tiene usted sobre el cuidado de úlceras por presión, en relación a los cuidados de la piel, manejo de la presión y nutrición del paciente.

Procedimiento. Se le realizará un cuestionario de 12 preguntas para conocer aspectos socio-demográficos de usted y de su paciente además de una sección que incluye 37 preguntas en las cuales se valoran aspectos de cuidados de la piel, manejo de la presión y nutrición del paciente, para lo cual se le pide que conteste con tranquilidad y tome su tiempo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Actualización en el cuidado y prevención de úlceras por presión. **Posibles riesgos al participar en el estudio.** No existen riesgos potenciales.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento.

El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.

Participo o retiro. Entiendo que mi participación es voluntaria y que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda de responder.

Privacidad y confidencialidad. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que yo le sea solicitada, acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la encuesta.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas podrá dirigirse a: Investigador responsable. Dra. María Josefina Rodal Díaz, Matricula: 99010271, Adscripción: Hospital

General de Zona Numero 1, Lugar de trabajo: Hospital General de Zona Numero 1, Domicilio: Avenida José María Chávez #1202. Colonia Lindavista, Aguascalientes, Ags, CP 20270 Aguascalientes, Ags, Teléfono: 9138050 Cel: 449 137 3250, Correo electrónico: maria.rodal@imss.gob.mx **Investigador asociado (tesista):** Dr. Jorge Eduardo Mayorga García Matrícula: 99015139, Adscripción: Hospital General de Zona Numero 1, Lugar de trabajo: Hospital General de Zona Numero 1, Domicilio: Avenida José María Chávez #1202. Colonia Lindavista, Aguascalientes, Ags, CP 20270 Teléfono: 9139022; Celular: 449 1645449, Correo electrónico: dr.jorgemayorga@hotmail.com. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, Cuarto piso, Bloque "B" de la unidad de Congresos, Colonia Doctores. México DF, CP 06720, Teléfono (55) 56 27 69 00, extensión 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx.

Nombre y Firma de la Persona

Nombre y firma de quien se obtiene el consentimiento



Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma



ANEXO D

INTERVENCION EDUCATIVA

INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL HGZ NO. 1 AGUASCALIENTES

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PROYECTO DE TESIS:

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION EN REPOSO PROLONGADO HOSPITALIZADOS EN EL HGZ No. 1 IMSS, DELEGACION AGUASCALIENTES, DE DICIEMBRE 2015 A FEBRERO 2016.

Investigador principal: Dra. María Josefina Rodal Díaz.

Investigador asociado: Jorge Eduardo Mayorga García.

Se solicitará ante el director de la UMF#1, el acceder a su auditorio, solicitando únicamente el cañón de la unidad, para realizar e impartir clases tres días por semana, con una duración aproximada de 60 minutos cada una de ellas abordando las 3 esferas del conocimientos de las úlceras de decúbito en la que se contempla realizar una clase con apoyo audiovisual y técnicas de enseñanza participativa con la presencia de 50 individuos.

De manera inicial se realizara una evaluación que contiene un cuestionario con aspectos socio-demográficas con una duración máxima de 5 minutos y el cuestionario que contiene el instrumento de evaluación, el cual contiene 37 ítems con un tiempo estimado de respuesta de 15 minutos. Al final de la intervención educativa se realizará el cuestionario de evaluación.

Encuentro #1

Tipo de Actividad: Teórico/practica

Tiempo:60 minutos

Participan: Cuidadores primarios informales de pacientes hospitalizados por más de 8 días, en los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología.

Medios Utilizados: Cañón, Laptop, Papel y lápiz.

Tema:“Cuidados de la piel en el paciente con úlceras por presión.”

Objetivo: Integrar herramientas para el cuidado de pacientes con riesgo de presentar úlceras por presión.

Introducción:

Técnicas y medidas dirigidas a la inspección de la piel principalmente en sitios de mayor contacto y presión como prominencias óseas, además de aquellas otras que por factores como excesiva humedad, fricción y resequedad puedan verse afectadas, además prevé aplicar métodos de barrera, masajes y lubricantes.

Desarrollo:

Inicialmente se realizan preguntas en relación a las recomendaciones de la guía de práctica clínica IMSS-105-08, para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario, se imparte la clase con una duración de 30 minutos, contemplando la participación de los asistentes, además de dudas y comentarios.

Encuentro #2

Tipo de Actividad: Teórico/práctica.

Tiempo: 60 minutos.

Participan: Cuidadores primarios informales de pacientes hospitalizados por más de 8 días, en los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología.

Medios Utilizados: Cañón, Laptop, Papel y lápiz.

Tema: "Manejo de la presión en el paciente con úlceras por presión."

Objetivo: Integrar herramientas de detección además de medidas preventivas para evitar la progresión de lesiones con riesgo de ulceración.

Introducción:

Técnicas por las cuales se consigue disminuir el daño a la piel mediante cuatro elementos, la movilización, cambios posturales, uso de superficies de apoyo y protección local ante la presión.

Desarrollo:

Inicialmente se realizan preguntas en relación a las recomendaciones de la guía de práctica clínica IMSS-105-08, para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario, se imparte la clase con una duración de 30 minutos, contemplando la participación de los asistentes, además de dudas y comentarios.

Encuentro #3

Tipo de Actividad: Teórico/Practica

Tiempo: 60 minutos

Participan: Cuidadores primarios informales de pacientes hospitalizados por más de 8 días, en los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología.

Medios Utilizados: Cañón, Laptop, Papel y lápiz.

Tema: “Nutrición en el paciente con úlceras por presión”.

Objetivo: Conocer los principales aspectos de la nutrición en el paciente en reposo prolongado y con riesgo de úlceras por presión.

Introducción:

Nutrición: proceso biológico a partir del cual el organismo asimila los alimentos y líquidos necesarios para el crecimiento, funcionamiento, mantenimiento de las funciones vitales y curación de enfermedades.

Desarrollo:

Inicialmente se realizan preguntas en relación a las recomendaciones de la guía de práctica clínica IMSS-105-08, para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario, se imparte la clase con una duración de 30 minutos, contemplando la participación de los asistentes, además de dudas y comentarios.



ANEXO E
INSTRUMENTO DE EVALUACION
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 AGUASCALIENTES, AGS.



Protocolo:

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION EN REPOSO PROLONGADO HOSPITALIZADOS EN EL HGZ No. 1 IMSS, DELEGACION AGUASCALIENTES, DE DICIEMBRE 2015 A FEBRERO 2016.

INSTRUCCIONES: Favor de subrayar y contestar las siguientes preguntas, marcar con una X (Si/No) según el espacio que corresponda.

Datos Generales:	
Iniciales	
Edad:	3. 20 a 40 años. 4. 41 a 60 años. 5. 60 y mas años.
Sexo:	1. Masculino. 2. Femenino.
Unidad de Medicina Familiar a la que acude:	
Escolaridad:	a)Analfabeta b)Primaria c)Secundaria d)Preparatoria e) Licenciatura f) Otro
Usted trabaja:	2. Si. 3. No.
Escriba su ocupación (u ocupación previa).	
Cuál es su actividad laboral actual o previa?	6. Servicios. 7. Comercio. 8. Burocracia. 9. Empresarial. 10. Agricultura y ganadería.

	11. Otros.
Cuál es su estado civil?	5. Soltero. 6. Unión libre. 7. Casado. 8. Divorciado. 9. Viudo.
Tiene algún parentesco con la persona que cuida?	5. Esposo. 6. Hermano. 7. Padre o madre. 8. Hijo. 9. Otro:
Cuántas horas al día dedica cuidado a su familiar?	4. 0 - 5 hrs. 5. 6 – 10 hrs. 6. 11 – 15 hrs. 7. Más de 16 hrs.
Recibe algún tipo de remuneración por las actividades de cuidado que realiza.	2. Si. 3. No.
Recibe alguna ayuda de alguna persona para el cuidado del paciente?	1. Si. 2. No.
Características del Cuidador.	
Indique si padece alguna de las enfermedades siguientes:	1. Diabetes. 2. Hipertensión Arterial. 3. Depresión. 4. Otra, (especifique):
Actualmente acude a terapia psicológica?	1. Si. 2. No.
Actualmente acude a terapia psiquiátrica?	1. Si. 2. No.
Cuántas veces al año acude a recibir atención médica?	5. Dos o menos. 6. De 3 a 4. 7. De 5 a 7.

	8. De 8 a 11. 9. Más de 12.
Características clínicas del paciente que esta al cuidado.	
Qué enfermedad tiene su familiar?	
Cuanto tiempo tiene de diagnostico?	4. Menos de un año. 5. De 1 a 3 años. 6. De 3 a 5 años. 7. Más de 5 años.

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Cuidados de la Piel.		
	Si	No
¿Inspecciona diariamente la piel observando las áreas para detectar precozmente la presencia de sequedad?.		
¿Inspecciona diariamente la piel observando las áreas para detectar precozmente la presencia de excoriaciones?.		
¿Inspecciona diariamente la piel observando las áreas para detectar precozmente la presencia de enrojecimientos o eritemas?.		
¿Inspecciona diariamente la piel observando las áreas para detectar precozmente la presencia de maceraciones?.		
¿Realiza masaje de la piel que cubre prominencias óseas?.		
¿Mantiene la piel limpia y seca, evitando la fricción?.		
¿Realiza baño con agua tibia y jabón neutro?.		
¿Mantiene la piel fuera de humedad, como orina o evacuaciones?.		
¿Protege la piel con productos de barrera, como películas de Poliuretano u Oxido de Zinc?.		
¿Mantiene la ropa de cama limpia y seca, sin arrugas?.		
¿Aplica cremas hidratantes en caso de sequedad de la piel?.		
Manejo de la presión.		

	Si	No
¿Realiza cambios posturales cada 2 o tres hrs siguiendo una rotación determinada?.		
¿Utiliza cojines o cuñas para eliminar la presión en codos, tobillos o talones?.		
¿Realiza ejercicios de movilización de articulaciones?.		
¿Realiza algún plan que estimule la actividad y el movimiento del paciente?.		
¿Moviliza al paciente para evitar el arrastre y la fricción de la piel?.		
¿Mantiene la cama en posición horizontal?.		
¿Utiliza flotadores o cojines en forma de dona?.		
¿Ayuda al paciente a reposicionarse cada hora?.		
¿El paciente dura más de 2 hrs sentado?.		
Nutrición.		
	Si	No
¿Complementa la dieta del paciente con suplementos de Minerales y/o Vitaminas?.		
¿El paciente tiene dificultades para ingerir alimentos sólidos?.		
¿El paciente tiene dificultades para ingerir alimentos líquidos?.		
¿Se ha reportado pérdida de peso mayor a 3 kgs?.		
¿Se ha reportado perdida de peso de entre 1 y 3 kgs?.		
¿Ha tenido disminución de su ingesta en los últimos cinco días?.		
¿Está previsto que disminuya su ingesta en los próximos cinco días?.		
¿Toma más de 3 medicamentos al día?.		
¿Más de 2 veces al día consume frutas o verduras?.		

¿Consume líquidos? (Agua, Jugo, Café, Te, Leche, Vino, Cerveza) mas de 5 vasos al día.		
¿Consume líquidos? (Agua, Jugo, Café, Te, Leche, Vino, Cerveza) De 3 a 5 vasos al día.		
¿Consume líquidos? (Agua, Jugo, Café, Te, Leche, Vino, Cerveza) menos de 3 vasos al día.		
¿Consume el paciente? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Productos lácteos al menos una vez al día? • ¿Huevos o legumbres 1 a 2 veces por semana? • ¿Carne, Pescado o Aves, diariamente? 		
¿Consume más de 4 comidas completas al día?. (equivalente a dos platos y postre).		
¿Consume mas de 2 comidas completas al día?. (equivalente a dos platos y postre).		
¿Consume mas de 1 comida completa al día?. (equivalente a dos platos y postre).		
¿Considera que su paciente está bien nutrido?		

