

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica

Volumen 9, No. 1 enero - abril 2010

ISSN - 1870-6592



**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez**

Enfermería Neurológica



CONSEJO

Dr. Julio Sotelo
Presidente Emérito

EDITOR

MRN. Rocio Valdez Labastida

FUNDADORA DE LA REVISTA

Hortensia Loza Vidal

EDITORES ASOCIADOS

Dra. Teresa Corona Vázquez
Dr. Humberto Mateos Gómez

CONSEJO EDITORIAL

Miguel Ángel Celis López
Ricardo Colin Piana
Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Araceli Sánchez Ramos
Ma. Guadalupe Nava Galán

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

Lic. Yazmín Reyes Rodríguez
Rosa Linda Pérez Hernández

Comité Editorial

Magdalena Castillo Pérez
(INNN)

Sofía Cheverría Rivera
(San Luis Potosí)

Dora Lucia Gavira Noreña
(Colombia)

María Elsa Rodríguez Padilla
(San Luis Potosí)

Severino Rubio Domínguez
(ENEO-UNAM)

Irene Quiza Tomich
(INNN)

Rosa A. Zárate
(ENEO-UNAM)

Lasty Balseiro Almarío
(ENEO-UNAM)

Klara Stensing
(Suecia)

Isabel Silva Quiroga
(Uruguay)

Mtra. Sandra Hernández Corral
(Instituto Nacional de Rehabilitación)

La Revista de Enfermería Neurológica (México) 2009, en su octava publicación presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia en enero 2002.

Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la Subdirección de Enfermería a la enfermera: Araceli Sánchez Ramos, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur # 3877, Col. La Fama. 14269 México, D.F. Tel. 56.06.38.22, exts. 1062, 1063 y 5031. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica no significa compromiso de ésta para con los productos o servicios descritos en el anuncio o cualquier información hecha por el anunciante con respecto a su producto. Queda prohibida su reproducción parcial o total, sin autorización del titular por escrito.

Todas las afirmaciones y opiniones expresadas en la revista son responsabilidad única y exclusiva de los autores, así como las fotografías que aparecen en cada uno de los artículos. Licitud de título 04-2004-051117043800-102, de control ante la Dirección General de Derechos de Autor, SEP. subdireccionenfermeriainnn@yahoo.com.mx

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial

Reconocimientos e himno de las enfermeras mexicanas <i>Ma. Guadalupe Nava Galán</i>	I
Conocimiento y eficiencia de higiene de manos, un estudio comparativo entre enfermeras y médicos del INNN, de septiembre 2008 a 2009 <i>María Isabel Hernández Martínez, Teresa Sánchez Estrada, Ma. Guadalupe Nava Galán</i>	1
Percepción de la calidad del servicio en la unidad de terapia intensiva <i>Francisco Calzada Lemus, Rita Montiel Espinosa, Sandra Porcayo Liborio, Norma Cruz Maldonado</i>	7
Repercusión de un programa de mejora continúa en los registros de enfermería <i>Sandra Hernández Corral, Lilia Hernández Mayén, Lydia Pérez Benavidez, Alma Delia Retiz Ortiz, Beatriz Uribe Benavides, Liliana Vázquez Santos</i>	13
Factores de riesgo para dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura <i>C. Rosas Laureano C, N. Beteta García, Dora Elizabeth Granados Ramos</i>	17
Incertidumbre en padres de niños con cáncer <i>Gudelia Nájera Gutiérrez, María Verónica Ledezma Martínez, Jasiel Nancy Patiño Meza, Rosa María Galicia Aguilar</i>	20
Healing touch: una opción holística para el cuidado de enfermería <i>Rosa María Pecina Leyva</i>	23
Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal <i>Josefina Gallegos Martínez, Martha Salazar Juárez</i>	26
Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía <i>Ma. Guadalupe Nava Galán, Patricia Zamora Ruiz</i>	32
Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo <i>Fernando Trejo Martínez</i>	39
Evaluación del impacto de una intervención educativa en el campo de la tanatología en el INNN <i>María del R. Durán Medina, Jesús Ramírez Bermúdez, Norma Cruz Maldonado, Calixto Emmanuelle Patiño Mora, Aida Valero Chávez</i>	45
Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital <i>Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda</i>	54

Editorial

Reconocimientos e himno de las enfermeras mexicanas

La celebración del día de la enfermera se realiza desde hace 74 años el 6 de enero de 1931; por iniciativa del doctor José Castro Villagrana. Director entonces del Hospital Juárez de la Ciudad de México, que implementó este día para reconocer el trabajo de los profesionales en enfermería, que laboran las 24 horas de los 365 días del año, haciendo hincapié que su trabajo, es un auténtico *regalo de reyes* para los enfermos.

Otro galardón que se otorga es *la Presea del Gobierno del Estado* promovida en 1967; por un grupo de enfermeras el 17 de junio de 1967 queda como decreto de Ley, siendo publicada en el Diario Oficial, unos meses después, el 6 de enero de 1968 se entrega por primera vez, consistiendo en una presea bañada en oro, un estímulo económico y un reconocimiento por escrito que hasta la fecha se entrega cada año.

En el marco de la *Conmemoración del Bicentenario de independencia y Centenario de la Revolución Mexicana*, en cumplimiento de la estrategia 21.3 del tercer eje rector del Plan Nacional de Desarrollo se declara al año 2010, como “*Año del Bicentenario del inicio del movimiento de la Independencia y del Centenario de la Revolución*” publicado en el diario oficial de la Federación el 16 de junio de 2006.

La Comisión Permanente de Enfermería, a través de la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería. (FEMAFFE. A.C.), y la Secretaría de Salud, proponen desarrollar una serie de acciones que permitan hacer visible la contribución del grupo profesional de enfermería en la creación desarrollo y solidez del estado mexicano, en el periodo 1810-2010. Es por ello que se propone la creación y difusión de un himno a la enfermera que refleje su filosofía, valores y razón de existir, así como las aportaciones que hace a la sociedad en la que se desempeña. Lo precedente a fin de fortalecer la identidad y reconocimiento social para los profesionales de esta noble profesión.

Las bases para los participantes fue abierta en particular para las enfermeras(os) mexicanas(os) de todo el país, como autor de la letra y música del himno o como coautor de la letra y/o música. Se consideraron los siguientes criterios: *resaltar el espíritu de servicio de la profesión*; enaltecer los valores que guían el ejercicio; enmarcar los anhelos de superación y éxito, distinguir su alto grado de compromiso, con el trato humano y respetuoso hacia las personas y pacientes que atienden, así como exaltar el legado de nuestras predecesores.

La selección se llevó a cabo el 15 de noviembre del 2009, en la ciudad de México D.F., a cargo de un jurado calificador integrado por: escritores músicos (2) y enfermeras mexicanas destacadas (3). El veredicto del jurado fue inapelable, al otorgar los tres primeros lugares a los ganadores:

1er. Lugar: “Enfermeras mexicanas”. Estado de Michoacán. C.P. Ofelia Yunuen Herrejon Pérez (autor letra); Lic. Enf. Ofelia Pérez García (coautora de la letra); C. José Arturo Martínez Puc (autor de la música).

2o.Lugar: “Somos enfermeras”. Distrito Federal. Hospital de La Mujer. Enf. Sandra Zacarías Ruiz (autor letra);

3er. Lugar: “Paloma blanca”. Estado de Colima: Lic. Enf. Nancy Anabel Casillas Larios; Q.F.B. Rafael Muñoz Magaña.

El himno ganador se interpreto por primera con orquesta y coro en la ceremonia conmemorativa del Día de la enfermera el 6 de enero de 2010, en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, presidida por el Presidente, de

la República C. Felipe Calderón Hinojosa. El himno podrá ser interpretado, en los eventos académicos, científicos y ceremonias de enfermería a desarrollar.

Himno Enfermeras Mexicanas

Coro:

*¡Unidas enfermeras mexicanas
mano a mano por un México mejor!
¡Forjemos un mundo saludable
con servicio, entrega y valor!
¡Forjemos un mundo saludable
con servicio, entrega y valor!*

Estrofa I

*Andando del día al ocaso
ganando el paso a la alborada,
surcando las calles y caminos
así es la enfermera mexicana.
incansable es tu vocación,
son tus manos dadoras de salud
entregada al servicio de nación
por el sueño de un mundo sin dolor.*

Coro:

¡Unidas enfermeras mexicanas...

Estrofa II

*Admirable manera de amar
sin prejuicio en la diversidad
eres tú quien recibe vida nueva
y despides con amor al que se va,
prevención y atención es tu misión
humanista siempre es tu gran visión
de hospitales a las comunidades
eres blanca esperanza en acción.*

Coro:

¡Unidas enfermeras mexicanas...

Estrofa III:

*Florencia fue en guerra la pionera
quien dio luz a nuestra profesión
ejemplar también es la madre cuca
entregada a la revolución.
Formando enfermeras de vanguardia
al servicio en progreso de nación
Arroyo, Cerisola Cendala
nos legaron servicio y corazón.*

Coro:

¡Unidas enfermeras mexicanas...

Lic. Enf. Ma. Guadalupe Nava Galán

Conocimiento y eficiencia de higiene de manos, un estudio comparativo entre enfermeras y médicos del INNN, de septiembre 2008 a junio 2009

María Isabel Hernández Martínez, Teresa Sánchez Estrada, Guadalupe Nava Galán

RESUMEN

El lavado de manos (LM), es la medida universal más efectiva y económica que se conoce para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas, para ello se requiere de agua corriente, jabón y toallas desechables, que en todas las salas de hospitalización existen, eficaz en la prevención de infecciones nosocomiales. *Objetivo:* identificar el conocimiento y eficiencia que tiene el personal de enfermería y médicos en el INNN en el lavado de manos. *Material y métodos: tipo de diseño:* descriptivo y comparativo. *Universo:* personal de enfermería y médicos del área de hospitalización del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía INNN. *Muestra:* se tomará una muestra convencional de eventos de lavado de manos en 42 enfermeras y 33 médicos. *Criterios de inclusión:* enfermeras y médicos del área de hospitalización que deseen participar en el estudio. *Exclusión y eliminación:* se eliminarán a los participantes que no contesten de manera correcta la escala y aquellos que no deseen participar en el estudio. *Variable identificada:* nivel de conocimiento sobre lavado de manos, eficiencia, categoría, modalidad de higiene de manos. *Procesamiento de datos:* mediante el programa SPSS versión 17.0. *Recolección:* escala tipo Lickert de 29 ítems con 0.60 de alfa de Crombach. *Recuento:* en SPSS. *Presentación:* en cuadros de doble entrada y gráficas. *Análisis de datos:* en frecuencias relativas. *Aspectos éticos:* investigación que no implique procesos que comprometan la confidencialidad de los entrevistados.

Palabras clave: lavado de manos, infecciones, prevención.

Knowledge and efficacy of hands hygiene, a comparative study between nurses and medical doctors at the INNN, from September 2008 to June 2009

ABSTRACT

The hand washing is the universal technique most effective and economic that is known to prevent the transmission of infectious diseases, it requires running water, soap and disposables towels, in all the hospitalization rooms it's the most economic and effective way to prevent nosocomial diseases. *Objective:* identify the knowledge and effectiveness that the nurse professional and physicians has inside the INNN. *Material and methods:* type of design: descriptive, comparative, Universe: Nurse professional from the National Neurosurgery and Neurological Institute INNN. *Population:* nurse professionals and physicians from the hospitalization area, sample: It be taken a conventional sample of hand washing events from 42 nurses and 33 physicians. *Inclusion criteria:* nurses and physicians from the hospitalization area. *Elimination and exclusion:* will disposed the cases that doesn't respond in the correct way the scale. *Identify variables:* knowledge level about hand washing, effectiveness, category, hand washing mode. *Data processing:* through the program named SPSS 17.0 version. *Recollection:* Lickert scale of 29 items with 0.60 of Crombach alpha, Count. In SPSS, relative frequencies, Ethic aspects: the research doesn't imply process that compromises the confidentiality of the interviewed people.

Key words: hand washing, infectious, prevent.

Fisiología de piel y flora residente

Flora residente son: organismos que viven y se multiplican en la piel y varían de una persona a otra; por lo general de baja virulencia y en raras ocasiones causan infecciones localizadas en piel. Entre los organismos considerados como flora residente se incluyen *estafilococos de coagulasa negativa* y “*dipteroides*”.

Flora transitoria: son organismos que se adquieren por el contacto con otra persona u objeto. Se adquieren a través del contacto con pacientes, personal infectado o colonizado; así como, superficies contaminadas. Los organismos *E coli*, *pseudomonas*, *serratia*, *staphylococcus aureus*, *bacillus gram negativos*, *klebsiella pneumoniae* y *enterococci*.

Adherencia de los micro-organismos al epitelio

Las cepas de *streptococcus pyogenes* causan infección cutánea se adhieren en cifras más altas a las células epiteliales y estas predominan en garganta y mucosa bucal. Por eso tienen alta capacidad de fijar *estreptococos* que se desarrollan en los primeros días de vida.

Infecciones nosocomiales y factores de riesgo asociados al lavado de manos

La infección intrahospitalaria (IIH), es aquella que se adquirió durante la hospitalización o como consecuencia de un procedimiento, manifestándose en el tiempo de internación o después del egreso del paciente.

Como se adquieren:

- Paciente que ingresó y sale infectado (extrahospitalaria).
- Paciente que ingresó en período de incubación y desarrolló infección por fuera del hospital (extrahospitalaria).
- Paciente que ingresó sano, adquirió infección y la desarrolló en el hospital (intrahospitalaria).
- Ingresa infectado, se cura, adquiere una nueva infección intrahospitalaria y egresa en período de incubación pero desarrolla la infección por fuera del hospital (infección intrahospitalaria).

La infección intrahospitalaria, aparece como consecuencia de la interacción agente, huésped y medio donde muchas circunstancias están en contra del huésped, como la inmunodeficiencia que puede presentarse por estrés (hospitalización, patología, procedimientos invasivos y tratamientos inmunosupresores). El agente puede estar en mayor concentración por ser resistente a los antibióticos, antisépticos y por encontrar las barreras anatómicas como la piel y mucosas alteradas.

El sistema inmunológico: es el encargado de formar las

defensas que protegen al organismo de los elementos u organismos agresores y tóxicos que existen en el ambiente.

Este sistema reacciona cuando algún elemento desconocido como bacterias, virus, parásitos, hongos venenos o sustancias tóxicas ambientales entran al organismo y provocan una reacción, en la que los linfocitos y otras células llamadas macrófagos se multiplican dentro de los glóbulos blancos existentes en la sangre y forman anticuerpos especiales para cada enfermedad.

Inmunidad innata o inespecífica: es un sistema de defensa con el que uno nace y que lo protege contra los antígenos. Consiste en barreras que impiden que los materiales dañinos ingresen al cuerpo. Estas barreras forman la primera línea de defensa en la respuesta inmunitaria por ejemplo:

- Reflejo de la tos
- Enzimas en lágrimas y aceites de la piel
- Moco que atrapa bacterias y partículas pequeñas
- Piel
- Ácido estomacal

La inmunidad adquirida: se desarrolla con la exposición a diversos antígenos. El sistema inmunitario de la persona construye una defensa que es específica para ese antígeno.

Inmunidad pasiva: involucra anticuerpos que se producen en el cuerpo de otra persona, como en el caso de los bebés que poseen inmunidad pasiva, dado que ellos nacen con los anticuerpos que la madre les transfiere a través de la placenta. Dichos anticuerpos desaparecen entre los 6 y 12 meses de edad.

Soluciones bactericidas y germicidas

Los antisépticos son sustancias químicas que se aplican sobre piel y mucosas que destruyen a micro-organismos (acción biocida) e impiden su proliferación (acción biostática). El antiséptico ideal no existe, por lo cual se deben de considerar a los de amplio espectro (activo frente a flora autóctona y transitoria de la piel), tener acción biocida rápida y efecto residual prolongado. Además, su actividad no debe disminuir o desaparecer en presencia de materia orgánica. No debe ser tóxico para piel, mucosas y sus características organolépticas deben ser agradables. Una buena relación efectividad/coste es importante.

Clasificación de antisépticos

- Clorhexidina
- Alcohol etílico
- Povidona yodada
- Mecanismo de acción

La clorhexidina desestabiliza y penetra membranas de células bacterianas. La clorhexidina precipita el citoplasma e interfiere con la función de la membrana, inhibiendo la utilización de oxígeno, lo que ocasiona disminución de los niveles de ATP y muerte celular. En las bacterias *gram-negativas*, la clorhexidina afecta la membrana exterior permitiendo liberación de las enzimas periplásmicas.

Alcohol gel: se han escrito muchos estudios donde el alcohol evidencia un efecto preventivo en la transferencia de patógenos asociados a infecciones nosocomiales. Demostrándose la superioridad del alcohol sobre lavado higiénico o lavado antiséptico de manos en este tipo de circunstancias. La mayoría de antisépticos contienen alcohol se hallan constituidos ya sea por etanol, isopropanol o n-propanol.

Uso recomendable

Antes y después del contacto con el paciente y su medio ambiente central o periférico.

Antes de colocarse guantes para una extracción de sangre u obtención de otra muestra.

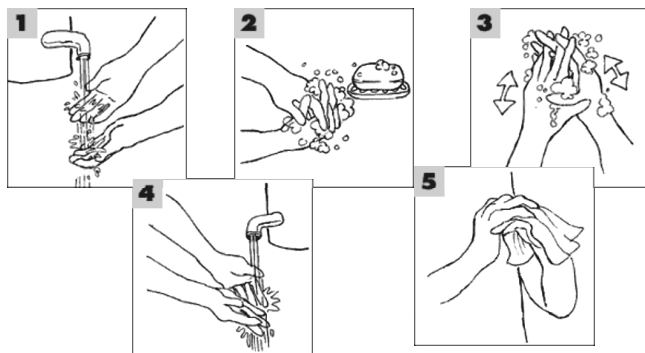
Después del contacto con objetos inanimados entre distintos procedimientos en un mismo paciente.

Mecanismo de acción del alcohol: antimicrobiano de los alcoholes radica en su capacidad de desnaturalizar las proteínas. Las soluciones de alcohol a concentraciones entre 60 a 95% son más efectivas y concentraciones superiores han demostrado ser menos potentes.

Técnicas y procedimientos de higiene de manos

Lavado de manos con jabón normal y agua corriente

Procedimiento



1. Frótese las manos usando jabón, enjabonándolas bien y asegurándose de tocar toda superficie de las manos.
2. Frótese dedos y pulgares, entrelazándolos y moviéndolos primero en una dirección y después en dirección contraria.

3. Enjuáguese las manos bajo un chorro de agua corriente limpia hasta que se quite todo el jabón.
4. Séquese las manos.
5. Absorbiendo el agua con una toalla limpia.

Técnica de lavado de las manos con agua y jabón anti-séptico* (duración de 40 a 60 segundos)

1. Mójese las manos con agua.
2. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir las superficies de las manos.
3. Frótese la palma de las manos entre sí.
4. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
5. Frótese las palmas entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
7. Frótese con un movimiento de rotación del pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
8. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
9. Enjuague las manos con agua.
10. Séquelas con una toalla de un sólo uso.
11. Sírvase la toalla para cerrar el grifo.
12. Una vez secas sus manos son seguras.

**esta es la utilizada en el INNN y la más eficaz de la campaña " esta en tus manos"*

Técnica de higiene de las manos con solución alcoholada (duración de 20 a 30 segundos)

Este procedimiento es exclusivamente para aplicar alcohol gel.

1. Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.
2. Frótese palmas entre sí.
3. Frótese palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frótese palmas entre sí con los dedos entrelazados.
5. Frótese el dorso de los dedos de una de las manos con la palma de la mano opuesta. Agarrándose los dedos.

- 6.- Frótese con un movimiento de rotación del pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- 7.- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- 8.- Una vez secas sus manos son seguras.



MATERIAL Y MÉTODOS

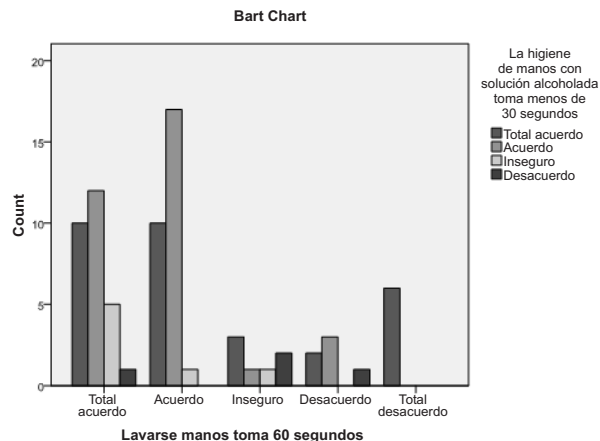
Tipo de diseño: descriptivo, comparativo. *Universo:* personal de enfermería del Instituto INNN. *Población:* personal de enfermería y médicos del área de hospitalización. *Muestra:* se tomará una muestra convencional de eventos de lavado de manos en 42 enfermeras y 33 médicos. *Criterios de inclusión:* enfermeras y médicos del área de hospitalización. *Exclusión y eliminación:* se eliminarán los casos que no que no contesten de manera correcta la escala. *Variables identificadas:* nivel de conocimiento sobre lavado de manos, eficiencia, categoría, modalidad de higiene de manos. *Proceso de datos:* mediante el programa SPSS versión 17.0. *Recolección:* escala tipo Lickert de 29 ítems con 0 .60 de alfa de Crombach. *Recuento:* SPSS. *Presentación:* en cuadros de doble entrada y gráficas. *Análisis de datos:* en frecuencias relativas. *Aspectos éticos:* la investigación no implica procesos que comprometan la confidencialidad de los entrevistados.

RESULTADOS

Comparación de tiempo de lavado de manos e higiene de manos con solución alcoholada.

La higiene de manos con solución alcoholada toma menos de 30 segundos						
Lavarse manos toma 60 segundos	Total acuerdo	Acuerdo	Inseguro	Desacuerdo	Total	% total
Total acuerdo	10	12	5	1	28	37.33
Acuerdo	10	17	1	0	28	37.33
Inseguro	3	1	1	2	7	9.33
Desacuerdo	2	3	0	1	6	8.00
Total	6	0	0	0	6	8.00
Desacuerdo	31	33	7	4	75	100.00
% Total	41.3%	44%	9.3%	5.3%	100%	

Comparación de tiempo de lavado de manos e higiene de manos con solución alcoholada.

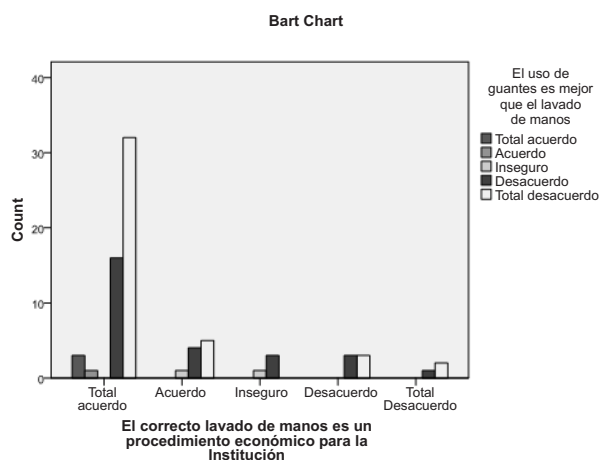


Respuesta si el correcto lavado de manos es un procedimiento económico para la institución comparado con el uso de guantes es mejor que el lavado de manos.

El uso de guantes es mejor que el lavado de manos							
El correcto lavado de manos es un procedimiento económico para la institución	Total acuerdo	Acuerdo	Inseguro	Desacuerdo	Total desacuerdo	Total	% total
Total acuerdo	3	1	0	16	32	51	69.33
Acuerdo	0	0	1	4	5	10	13.33
Inseguro	0	0	1	3	0	4	5.33
Desacuerdo	0	0	0	3	3	6	8
Total	0	0	0	1	2	3	4
Desacuerdo	3	1	2	27	42	75	100%
% total	4.0	1.3	2.7	36.0	56.0	100%	

Fuente: misma cuadro núm. 1

Respuesta si el correcto lavado de manos es un procedimiento económico para la institución comparado con si el uso de guantes es mejor que el lavado de manos.



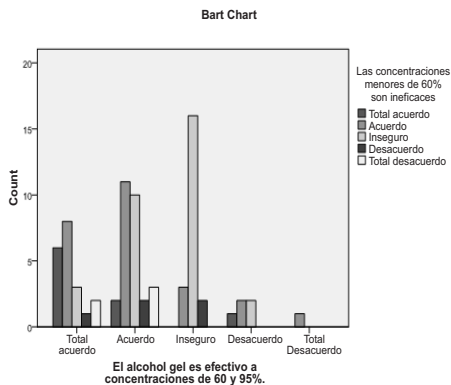
Respuesta si el alcohol gel es efectivo a concentraciones de 60 y 95% en comparación si las concentraciones menores de 60% son ineficaces.

Las concentraciones menores de 60% son ineficaces

El alcohol gel es efectivo a concentraciones de 60 y 9%	Total acuerdo	Acuerdo	Inseguro	Desacuerdo	Total desacuerdo	Total	% TOTAL
Total acuerdo	6	8	3	1	2	21	26.67
Acuerdo	2	11	10	2	3	28	37.33
Inseguro	0	3	16	2	0	21	28
Desacuerdo	1	2	2	0	0	1	6.67
Total desacuerdo	0	1	0	0	0	1	1.33
Total	9	25	31	5	5	75	100%
% Total	12	33.3	41.3	6.7	6.7	100%	100%

Fuente: misma cuadro núm. 1

Respuesta si el alcohol gel es efectivo a concentraciones de 60 y 95% en comparación si las concentraciones menores de 60% son ineficaces.



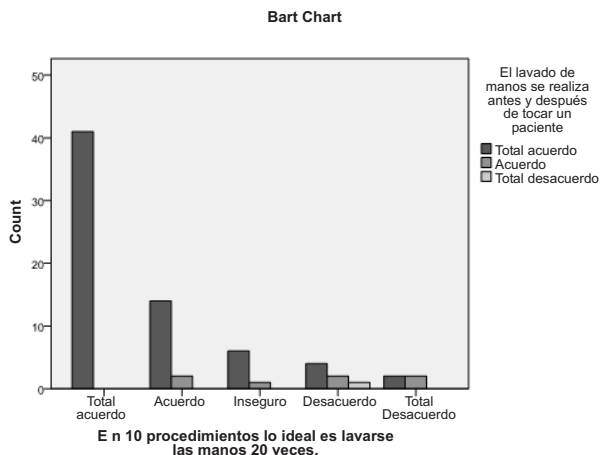
Respuestas si en 10 procedimientos lo ideal es lavarse las manos 20 veces comparado si el lavado de manos se realiza antes y después de tocar un paciente.

El lavado de manos se realiza antes y después de tocar un paciente

En 10 procedimientos lo ideal es lavarse las manos 20 veces	Total acuerdo	Acuerdo	Total desacuerdo	Total	% total
Total acuerdo	41	0	0	41	54.7
Acuerdo	14	2	0	16	21.3
Inseguro	6	1	0	7	9.3
Desacuerdo	4	2	1	7	9.3
Total desacuerdo	2	2	0	4	5.3
Total	67	7	1	75	100%
% total	89.3	9.3	1.3	100%	

Fuente: misma cuadro núm. 1

Respuestas si en 10 procedimientos lo ideal es lavarse las manos 20 veces comparado con si el lavado de manos se realiza antes y después de tocar un paciente.



DISCUSIÓN

El 44.0% está en total acuerdo en que el tiempo de lavado de manos es de 60 segundos, 41.3 % están totalmente de acuerdo, y un 9.3% se mostraron inseguros. Hubo un 5.3% que manifestó su desacuerdo. En comparación a tiempo de higiene de manos con alcohol el 37.3% están en total acuerdo, 37.3% acuerdo, 9.35 inseguros, 8.0% desacuerdo, 8.0% total desacuerdo. En cuanto a la respuesta de los entrevistados sobre si el uso de guantes es mejor que el lavado de manos 4.0% están en total acuerdo, 1.3% de acuerdo, 2.7% inseguros, 36% desacuerdo, 36% total desacuerdo. En comparación si el correcto lavado de manos es un procedimiento económico para la institución 69.3% están totalmente de acuerdo, 13.3% de acuerdo, 5.3% inseguros, 8.0% desacuerdo, 4.0% total desacuerdo. Las respuestas del personal con respecto a las concentraciones menores de 60% son ineficaces fueron las siguientes, 12% están en total acuerdo, 33.3% acuerdo, 41.3% inseguros, 6.7% desacuerdo, 6.7% total desacuerdo. En cuanto a si el alcohol es efectivo a concentraciones de 60 y 90% las respuestas fueron: 26.7% están en total acuerdo, 37.3% acuerdo, 28% inseguro, 6.7% desacuerdo y 1.3% total desacuerdo.

En cuanto a si el lavado de manos se realiza antes y después de tocar un paciente las respuestas fueron las siguientes: 89.3% total acuerdo, 9.3% acuerdo, 1.3% total desacuerdo. En comparación si en 10 procedimientos lo ideal es lavarse las manos 20 veces las respuestas son las siguientes: 54.7% total acuerdo, 21.3% acuerdo, 9.3% inseguros, 9.3% desacuerdo y 5.3% total desacuerdo.

CONCLUSIONES

En general el personal de enfermería y médicos cuentan con conocimientos sobre lavado de manos; sin embargo, en ocasiones es ineficiente el procedimiento por la excesiva carga laboral.

Con respecto al uso de alcohol gel se debe exhortar para que lo utilice personal clínico.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. <http://aafcs.blogspot.com/2008/03/semmelweis-un-lavado-de-manos-que-salv.html>
2. http://www.savethechildrenmexico.org/website2008/pdf/lavado_manos.pdf
3. <http://www.hospitaleltunal.gov.co/educacion/lav%20manos.htm>
4. Méndez Cervantes. Microbiología y parasitología medicas.
5. Cormack Ph.D. David H. Fundamentos de histología, Harla México, 1986.
6. <http://www.higienedemanos.org/node/6>
7. Wesley A. Volk microbiología básica, 7 edición, Oxford internacional educación Unit 1992.
8. <http://ar.geocities.com/enfermerag/temas.html>

9. Nester Eugene W. Anderson, Roberts, Nesterl, microbiología humana. El manual moderno, 2007.
10. Daniel P. Suites, Abba I, Tristram G. Inmunológica básica y clínica, novena edición. El manual moderno 1998.
11. <http://esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/334308.html>
12. <http://www.down21.org/salud7salud/imagenes/imagen001.jpg>
13. <http://www.elergonomista.com/microbiologia/ig.html>
14. http://www.ugr.es/eianez7inmuno/cap_01.htm
15. <http://www.higienedemanos.org/nnode/6>
16. Añorve López Raquel. Procedimientos básicos de enfermería 4ta. Edición, editorial Prado.
17. Perry Poter. Técnicas y procedimientos básicos 4ta edición, Harcourt Brace.
18. http://www.susmedicos.com/art_lavado_manos.htm
19. NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Percepción de la calidad del servicio en la unidad de terapia intensiva

Francisco Calzada Lemus, Rita Montiel Espinosa, Sandra Porcayo Liborio, Norma Cruz Maldonado

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el propósito de conocer de manera directa la opinión de familiares y representantes legales de pacientes que se encuentran atendidos en la unidad de terapia intensiva (UTI) del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), con relación a la calidad de la atención del servicio proporcionado dentro de la unidad y para apoyar la acción que desarrolla el Comité de Calidad del INNN. La investigación integró un universo de estudio con familiares y responsables legales de 29 pacientes atendidos en la UTI, en el periodo del 1^{er} de septiembre al 30 de noviembre del 2008; y se consideró como criterio de inclusión a familiares o responsables legales que permanecieron más de 8 hs continuas en esa unidad. A través de la aplicación de la técnica de la entrevista directa y estructurada con el apoyo de un instrumento de 23 reactivos, a continuación se exponen los resultados de la evaluación considerando la percepción de familiares y responsables legales acerca de la atención en general otorgada por el equipo de salud multidisciplinario: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, incluyendo al servicio de vigilancia.

Palabras clave: calidad del servicio, familiares y responsables legales, terapia intensiva.

Quality offered by intensive therapy unit

ABSTRACT

The descriptive, transverse of quantitative break and analytic research, evaluates the health service's quality offered by the multidisciplinary team of intensive therapy unit of the National Institute of Neurology and Neurosurgery Manuel Velasco Suárez. The results show the relatives perception of 29 patients that have been seeing in this unit.

Key words: service quality, legal responsible and familial, intensive therapy unit.

Correspondencia: Francisco Calzada Lemus. Escuela Nacional de Trabajo Social-Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Laboratorio de Investigación Sociomédica. Av. Insurgentes Sur # 3877. Col. La Fama. 14269. E-mail investigacionsociomedica@hotmail.com

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía implantó el *Comité de Calidad* para atender la política de calidad de servicios promovida por la Secretaría de Salud, con representantes de las diferentes áreas y servicios que brinda el Instituto como: atención médica, investigación, enseñanza y servicios administrativos.

Este Comité se integró con el propósito de diseñar e instrumentar procesos de evaluación; así como la obtención de opiniones y sugerencias de usuarios, uno de los componentes básicos para conocer el nivel de satisfacción del servicio otorgado.

En consecuencia, el *Comité de Calidad* elaboró diferentes guías para el manejo clínico de las principales enfermedades del sistema nervioso; diseñó un conjunto de 22 instrumentos

para registro de información; y colocó estratégicamente 20 buzones para rescatar la percepción de los usuarios acerca de la calidad del servicio que otorgan las distintas áreas del Instituto.

Una de las áreas considerada de mayor importancia por el tipo de servicio que brinda es la unidad de terapia intensiva (UTI), cuya misión es: *prestación del servicio médico a enfermos posquirúrgicos, con lesiones vasculares o polineuropatía aguda, enfermedades desmielinizantes con afección severa de la función respiratoria y afecciones de origen infeccioso.*

En la ejecución de estas acciones desplegadas por el Comité de Calidad, se detectó que el deterioro cognitivo y físico con el que ingresan los pacientes a la UTI limita su capacidad para

generar una percepción sobre la calidad en el servicio recibido.

Por lo anterior y en atención a una de las políticas del INNN, que exige *la permanencia de un familiar mientras el paciente se encuentra atendido en la UTI*, se consideró conveniente la evaluación del servicio se orientará hacia familiares y representantes legales de los pacientes.

El familiar o representante legal es la figura que mantiene mayor contacto directo con el personal de la UTI; recibe informes sobre los avances o situación que guarda el estado de salud del paciente, permaneciendo por periodos prolongados en el área de influencia del servicio. Por ello se consideró el actor sustancial para realizar este tipo de evaluación.

OBJETIVO

Evaluar la calidad de la atención del servicio brindado por el equipo multidisciplinario de la unidad de terapia intensiva, a través de la percepción de familiares y pacientes atendidos dentro de esta unidad adscrita al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, de corte cuantitativo y analítico. Se consideró como universo de estudio a familiares de 29 pacientes que se encontraron en la unidad de terapia intensiva en el periodo del 1^{ero} de septiembre al 30 de noviembre del 2008. Abarcó los cuatro turnos en que se encuentra dividido el servicio: matutino, vespertino, nocturno y fin de semana.

Criterio de inclusión: familiares o responsables legales de los pacientes que permanecieron más de 8 hs continuas en la unidad.

La técnica a la que se recurrió para recopilar la información fue la entrevista estructurada, con el apoyo de un instrumento que integró cuatro apartados:

- a. Identificación del paciente
- b. Identificación del familiar y/o representante legal
- c. Percepción con relación a la información proporcionada por el equipo de salud
- d. Percepción con relación a la atención
- e. Opinión personal

El instrumento se conformó por 23 reactivos que extraían la apreciación del entrevistado con relación al servicio otorgado en la unidad de terapia intensiva.

Para el procesamiento de información se dispuso de una base de datos que permitió la integración de cuadros de salida

básicos para analizar los datos más recurrentes y de mayores porcentajes. De manera particular, se desagrupó la información que refleja la evaluación de la calidad del servicio otorgado por personal del equipo multidisciplinario de la UTI: medicina, enfermería, trabajo social y servicio de vigilancia.

El análisis se complementó con observaciones, opiniones y sugerencias que expresaron los entrevistados durante la aplicación del estudio.

RESULTADOS

Características del paciente: de acuerdo al universo de estudio, el 51% de los pacientes internados son del sexo masculino y el 48.3% corresponde al sexo femenino. El mayor porcentaje de edad se localizó en un 20.7% en el rango de 45 a 49 años, mientras que los rangos de 75 a 79, 55 a 59 y 30 a 34 de edad se ubicaron con un 13.8% cada uno de ellos.

La causa principal de atención médica de los pacientes en la unidad de terapia intensiva se igualó en un 13.9% por evento vascular cerebral y *status* epiléptico, respectivamente. En menor proporción se localizó hemorragia subaracnoidea (10.3%), aneurisma (10.3%) y cisticercosis (3.4%). Cabe indicar que el 48.2% de los entrevistados señaló desconocer el nombre del padecimiento de su familiar internado en la UTI.

Respecto al lugar de residencia el 62.1% se ubica en el Distrito Federal, 20.7% del estado de México y 17.2% restante se distribuye en distintos estados del interior de la república.

En el 68.9% de los casos señalaron como tiempo de estancia del paciente en la unidad de terapia intensiva de uno a 10 días; el 13.8% señaló una permanencia de más de 30 días; el 10.3% indicó el lapso de 10 a 20 días; y el 6.9 mencionó llevar de 20 a 30 días en la UTI.

Características del entrevistado: una de las prácticas observadas durante el estudio fue que los familiares alternan su estancia en la UTI; con la intención de que el responsable legal o cuidador primario del paciente descanse o realice algunas de sus actividades cotidianas, por lo cual se convino extender la aplicación de la entrevista a otros familiares o personas afines al paciente que se encontraban en la UTI en el momento de aplicación del estudio.

De acuerdo con esta práctica, el 68.0% de los casos alternan su estancia para el cuidado del enfermo, en tanto que el 32.0% restante permanece temporalmente en esta unidad en virtud de que en su mayoría proviene de provincia y algunos no cuentan con familiares o redes sociales que apoyen su estancia en la cuidad.

La alternancia se da en un 19.2% principalmente con hijos, el 15.3% se da entre hermanos, y el 9.6% por el cónyuge. Cabe señalar que en el 34.6% de los casos se detectó la presencia

de entrevistados que mencionan a otro familiar sin especificar el lazo consanguíneo de unión. De este último porcentaje se desprende también la ausencia de familiares de pacientes internados en la UTI, ocasionada por problemas personales entre familiares y por el estado invariable de la enfermedad del paciente.

Con relación al perfil de los entrevistados, el 65.5% corresponde al sexo masculino y el 34.5% son mujeres. De este universo se detectó que únicamente el 27.6% funge como responsables legales, en tanto que el 72.4% indicó mantener un vínculo familiar o afectivo con el paciente.

En cuanto al lugar de residencia de esta población, el 62.1% se ubica en el Distrito Federal, 20.7% en el estado de México, mientras que el 17.2% radica en diferentes estados de la república.

Respecto al número de horas continuas de permanencia de los entrevistados en la UTI, se identificó que al momento de la entrevista el 62.1% llevaba entre 12 y 24 hs seguidas; el 27.6% sumaba entre 24 y 36 hs de permanencia continua; y en un porcentaje menor del 10.3%; se entrevistó a familiares que reportaron una permanencia de más de 36 hs en esa unidad.

Percepción de calidad y atención

Considerando que la percepción se conceptualiza como la función psíquica que permite al organismo (a través de los sentidos) recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno, se convino fundamentar el estudio tomando como base el tipo de interpretación que los familiares manifiestan de acuerdo a lo observado en la atención del servicio que se proporcionó al paciente durante su estancia en la UTI. En concordancia se consideraron diferentes indicadores que de acuerdo a su aplicación, permitieron evaluar calidad y atención percibida del servicio brindado.

Tabla 1. ¿A quién de los siguientes profesionistas que atienden a su paciente conoce usted?.

Profesionista		TURNO			
		MAT.	VESP.	NOCT.	FIN DE SEM.
Médico	Si	25	22	17	10
	%	86,2	75,9	58,6	34,5
	No	4	7	12	19
	%	13,8	24,1	41,4	65,5
Enfermería	Si	19	18	15	6
	%	65,5	62,1	51,7	20,7
	No	10	11	14	23
	%	34,5	37,9	48,3	79,3
Trabajo social	Si	21	15	11	7
	%	72,4	51,7	37,9	24,1
	No	8	14	18	22
	%	27,6	48,3	62,1	75,9

29 casos

Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica, UTI, INNN, 2009.

Percepción en la calidad de atención del médico

En el turno matutino el 86.2% de los casos refiere que el médico es el profesional que más conocen los familiares, el profesional de trabajo social ocupa el 72.4%, y enfermería se distingue con el 65.5%. En las proporciones identificadas para el turno vespertino continúa siendo el médico en un 75.9% a quien más conocen los entrevistados; enfermería ocupa el 62.1%, en tanto que trabajo social se localiza en 51.7%. Un comportamiento similar se observó en el turno nocturno, en donde el médico alcanzó el 58.6%, enfermería se ubicó en un 51.7 y el 37.9% correspondió a trabajo social.

Es importante resaltar que el 100% de los familiares manifestaron haber recibido información respecto al padecimiento y avances del estado de salud del paciente. De ellos, el 65.5% indicó haber recibido información dos veces al día, el 27.6% señaló tres veces al día, y sólo el 6.9% refirió haber recibido información una vez al día. El 96% de todos los casos manifestaron que la información la recibieron por parte del médico y el 3.4% señalaron haberla recibido por el personal de enfermería.

Sin embargo, lo precedente, el 96.6% de los entrevistados en el servicio del turno matutino refirió que la explicación que proporcionó el médico relativa a la enfermedad del paciente fue de fácil comprensión; para el turno vespertino lo fue en un 93.1%; en el nocturno se ubicó en un 79.3%; y se observó una disminución de proporción con el 37.9% de esta opinión en el servicio de la UTI proporcionado el fin de semana.

En la percepción acerca de la aclaración de dudas que proporcionó el médico con relación al estado de salud del paciente: el 100% de los casos entrevistados en el turno matutino refirió que el médico resolvió sus dudas; el 96.6% se identificó para el turno vespertino; el 75.9% de los entrevistados del turno nocturno así lo percibe; y nuevamente se aprecia una baja con el 37.9% en la apreciación de este indicador en los entrevistados en el servicio de fin de semana.

Integrando la percepción de los entrevistados en los diferentes turnos, el 51% de los familiares reconocen que el médico brinda una explicación amable al momento en que se acercan a él; 31% indicó que el médico les habla en términos que no entienden; el 6.9% refirió que el médico mostró una actitud *grosera y prepotente*; mientras que un 3.4% manifestó que el médico los *ignora o evade sus preguntas*.

Percepción en la calidad de la atención del servicio de enfermería

No obstante, que el 87.7% de los entrevistados, tanto del turno matutino como vespertino, indican que es posible localizar alguna enfermera, refirieron en un 93.8% que esta atención es mejor en el turno nocturno. En un 86.2% perciben que los

cuidados que este profesional brinda al paciente son muy buenos; un 10.3% de los familiares no pudieron identificar la calidad de los cuidados; mientras que el 3.5% de los entrevistados percibe que el servicio de enfermería se otorga con *prepotencia y agresividad*.

Percepción en la calidad de la atención del servicio de trabajo social

En lo que toca a este servicio el 82.8% de los entrevistados indica encontrar en su área al trabajador social del turno matutino; para el turno vespertino el porcentaje es del 69%; en tanto que disminuye a 48.3% para el servicio proporcionado en el turno nocturno.

En el turno matutino el 82.8% de los familiares perciben que trabajo social proporciona orientación necesaria respecto a los procedimientos pertinentes a realizar con relación a la estancia del paciente en la UTI; el 69% de los entrevistados en el servicio vespertino así lo percibe; para el turno nocturno se aprecia este servicio en un 55.2%; y en el 24.1% para el turno de fin de semana.

En cuanto a la información que proporciona trabajo social, el 82.8% señala que ésta es comprensible; así también lo opinan el 75.9% del turno vespertino y el 58.6% de los entrevistados en el turno nocturno; y sólo el 31% de los casos localizados en el servicio de fin de semana tiene esta percepción.

Con relación al trato que muestra trabajo social (en los distintos turnos) al momento de solicitarles algún servicio, el 93.2% indicaron recibir un trato amable; el 3.4% refiere que este profesional les habla con términos que no entienden; mientras que el 3.4% de los entrevistados opinan que el trato recibido por trabajo social es *grosero y prepotente*.

El 79.3% de los familiares indicaron haber sido orientados acerca de las normas a seguir por familiares y pacientes en la unidad de terapia intensiva UTI y en la sala de espera, mientras que el 20.7% restante señaló no haber recibido este tipo de orientación. Esta información la recibieron en el 78.26% de los casos por parte de trabajo social y en un 21.8% por personal de vigilancia.

Percepción en la calidad de la atención del servicio de vigilancia

El 93.1% de familiares consideran que el servicio proporcionado por el personal de vigilancia del turno matutino es adecuado; para el turno vespertino fue del 82.8%; en la jornada nocturna representa el 65.5%; mientras que el trato recibido en el turno de fin de semana alcanzó sólo el 34.4%.

Respecto del trato que brinda el personal de vigilancia, el 93% de los familiares del turno matutino refieren que éste es bueno;

el 86% de los entrevistados en el turno vespertino así lo aprecia; perciben este trato en un 82.8% en el turno nocturno; y se aprecia una disminución de esta apreciación en el servicio de vigilancia de fin de semana con el 48.3%. Cabe señalar que un 10.3% de los casos expresó haber recibido *mal trato* de esta personal en turno vespertino y en el turno de fin de semana.

Percepción de la atención de médicos, enfermeras y trabajo social

En cuanto a la atención que como familiares han recibido: el 58.6% de las personas entrevistadas califican de excelente el servicio del turno matutino proporcionado por el médico; servicio facilitado por enfermería en un 48.3%; y la asistencia mostrada por trabajo social en un 37.9%. Un comportamiento similar se da en el turno vespertino, no obstante para el fin de

Tabla 2. Percepción de la atención brindada por el equipo de salud en la UTI.

Profesión		Turno			
		Mat.	Ves.	Noc.	Fin sem.
Médico	Excelente	20	14	12	6
	%	69	48,3	41,4	20,7
	Buena	8	10	9	8
	%	27,6	34,5	31	27,6
	Regular	--	1	1	--
	%	--	3,4	3,4	--
	Mala	1	1	2	5
	%	3,4	3,4	6,9	17,2
	Desconoce	--	3	5	10
	%	--	10,3	17,2	34,5
	Total	29	29	29	29
	%	100	100	100	100
Enfermería	Excelente	14	10	9	4
	%	48,3	34,5	31	13,8
	Buena	13	11	12	8
	%	44,8	37,9	41,4	27,6
	Regular	--	1	--	--
	%	--	3,4	--	--
	Mala	--	2	2	5
	%	--	6,9	6,9	17,2
	Desconoce	2	5	6	12
	%	6,9	17,2	20,7	41,4
	Total	29	29	29	29
	%	100	100	100	100
Trabajo social	Excelente	12	12	10	4
	%	41,4	41,4	34,5	13,8
	Buena	8	6	6	5
	%	27,6	20,7	20,7	17,2
	Regular	--	--	--	--
	%	--	--	--	--
	Mala	2	5	5	6
	%	6,9	17,2	17,2	20,7
	Desconoce	7	6	8	14
	%	24,1	20,7	27,6	48,3
	Total	29	29	29	29
	%	100	100	100	100

29 Casos
Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica, Unidad de Terapia Intensiva, INNN. 2009

semana los porcentajes disminuyeron pues únicamente el 20.7% de los familiares entrevistados consideraron el excelente servicio médico; el 13.8% el servicio de enfermería; y el 10.3% el proporcionado por trabajo social. Del mismo modo se identificó una *mala* apreciación del servicio brindado por este equipo principalmente en el servicio de fin de semana.

En la atención que este equipo multidisciplinario brinda al paciente: el 69% de los casos califican de excelente al servicio del turno matutino otorgado por el médico; el 48.3% así lo aprecia para el servicio de enfermería; y el 41.4% para trabajo social. De manera reiterada se aprecia que el servicio brindado en el fin de semana es donde se localizan los más altos porcentajes que indican, desde la percepción de los entrevistados, una mala atención al paciente: el servicio de trabajo social se ubicó en un 20.7%, en tanto que los servicios médicos y de enfermería coincidieron en un 17.2% cada uno.

De las confusiones que los familiares manifestaron: el 48.3% indicó que éstas se relacionan con el costo de las cuotas hospitalarias; el 31.0% las vincula con el padecimiento del enfermo; y en el mismo porcentaje señaló la presencia de confusiones respecto de los procedimientos a realizar. El 27.6% indica la confusión por los medicamentos que se suministran al paciente y el 24.1% refiere esta situación en cuanto a la evolución del paciente.

RESULTADOS

De las sugerencias que los familiares entrevistados señalan para mejorar el servicio de la UTI, destacan: en un 69% el mejoramiento físico de la sala de espera; el 58.6% propone se proporcione mayor información por parte del equipo multidisciplinario; y el 55.2% plantea que se establezca mayor contacto entre familiares y profesionales de la UTI.

Desde la opinión de los entrevistados resulta urgente mejorar el mobiliario de la sala de espera y sanitarios. De manera reiterada sugieren la modificación de la estructura de la sala de espera, ya que señalan que las bajas temperaturas que este espacio físico registra por las noches y madrugadas ocasiona incomodidad y malestar, lo que dificulta la estancia de los familiares en dicha área.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados encontrados se los destaca lo siguiente:

- a. La calidad del servicio que otorga el equipo multidisciplinario en la unidad de terapia intensiva del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; es *muy buena*. Así lo perciben familiares de los pacientes internados en esa unidad. En el turno matutino se brinda un mejor servicio médico de enfermería y de trabajo social, seguido del turno

vespertino.

- b. Se refuerza la percepción anterior cuando el 100% de los entrevistados señala que recibió información relacionada con la enfermedad de su paciente. Indicando en un alto porcentaje la recibió dos veces al día y el médico es quien resuelve sus dudas respecto al estado de salud del paciente. El servicio proporcionado en el turno matutino alcanza el mayor porcentaje de estas opiniones al proporcionar con amabilidad dicha información.
- c. Desde la percepción de los entrevistados esta posición de excelencia se refleja también para enfermería y trabajo social, cuando indican que los cuidados que enfermería otorgó a los pacientes y la orientación que ofreció trabajo social se brindan con amabilidad. Reiteradamente es el turno matutino el mejor calificado.

En la jornada vespertina en particular en el turno nocturno y de fin de semana se aprecian porcentajes significativos de apreciaciones de los entrevistados que refieren mala atención. Los mayores porcentajes se observan en el rubro de prepotencia y trato grosero mostrado hacia los familiares. Cabe señalar que en la aplicación del estudio algunos entrevistados proporcionaron nombres de quienes a su juicio no les otorgaron una buena atención.

Asimismo, se identificaron algunas dificultades de los entrevistados con el servicio de vigilancia. Desde su apreciación este personal se excede en la toma de atribuciones en relación con la información de trámites y procedimientos a seguir en el área de la UTI, y califican de *grosero* y *prepotente* el servicio recibido. Es el turno de fin de semana el que presenta mayor recurrencia al respecto.

Cabe señalar que en la aplicación del estudio se observó preocupación de los familiares con relación al monto de la cuota de recuperación. Esta situación influyó en casos en los que el entrevistado no estaba conforme con el nivel asignado y trataba de expresar la calidad de la orientación proporcionada por parte de trabajo social vinculándola a la cuota, por lo que conviene tener las reservas del caso cuando en este rubro los familiares consideraron que la orientación recibida fue confusa.

Cabe acotar que las observaciones y sugerencias manifestadas por los entrevistados para mejorar el servicio de la UTI están orientadas al cambio y/o adaptación para mejorar el espacio físico y mobiliario, sin que se detectara alguna relacionada con el servicio profesional que se otorga al interior de la unidad.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Bronfman M, Zuñiga E, Castro R, Miranda C, Oviedo J. Encuesta Nacional Salud II. Estudio cualitativo sobre los determinantes y modalidades de la utilización de los servicios de salud. Cuadernos de investigación PASSPA. México, D.F. 1994.

2. Busot J Aurelio. ¿Definir la orientación?. En <http://www.geocities.com/ColegePark/Den/8472/Definición.html>
3. Chang de la Rosa Martha, Alemán Lage María del Carmen, García Roche René, Jorge Miranda Raúl. Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias de un municipio 10 de octubre. *Rev Cub Sal Púb Cuba*, 2000; 24(2):1:10-6.
4. *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. En: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm
5. Donabedian Avedis. 10 perspectivas en salud pública. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública.
6. Fajardo G. Servicio de urgencias. En: atención médica: teoría y prácticas administrativas. Edit. Mexicana. México, D.F. 1983.
7. Fitzpatrick R. La enfermedad como experiencia. Edit. Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1990.
8. Fundación Mexicana para la Salud. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. Economía y salud. Documentos para el análisis y la convergencia # 8. Institución privada al servicio de la comunidad.
9. Grupo básico de evaluación, Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1984). Modelo del Sistema de Evaluación de la Salud. México, D.F. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Cuadernos técnicos de planeación #7.
10. Gutiérrez Meléndez Liliana. El trato humano ¿incrementa el costo de la calidad de la atención?. En *Rev Enf IMSS* 2007; 15 (3): 121-3. En: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/09FOF6CO-7DF8-4E76-B652-18A7ABE46979/0/RevEnf3012007.pdf>
11. Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. En: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001135>
12. Kauru Ishikawa. ¿Qué es el control de calidad? la mortalidad japonesa. Edit. Norma. Colombia, 2000.
13. Legislación Federal. *Constitución de los Estados Unidos Mexicanos de 1917*. (Vigente al 1o. de abril de 2008) Artículo 4°. En: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/1.htm?s=>
14. Otero M Jaime, Otero I Jaime. Avedis Donabedian y la calidad de la atención de salud. En: <http://www.gerenciasalud.com/art04.htm>
15. Poder Ejecutivo Federal. *Programa Nacional de Salud 1984-1988*. México, D.F, 1984.
16. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. En: <http://www.guerrero.gob.mx/pics/art/articles/2566/file.PNS001.pdf>
17. Carrillo Esper Raúl, Carvajal Ramos Roberto, Villaseñor Ovies Pablo. La etapa terminal de la vida en la unidad de terapia intensiva. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Volumen 18. número 6. Noviembre- Diciembre 2004. En <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2004/ti046a.pdf>
18. Rubio Cebrián S. Glosario de economía de la salud. Programa ampliado de libros de texto y materiales de instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la salud. España, 1995.
19. Ruíz de Chávez M, Martínez Narváez G, Calvo Ríos JM. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública de México*, México, 1990; 32:156-69.
20. Secretaría de Salud. Plan de capacitación en calidad. En: <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/foros/2reunal/14procap.ppt#2>
21. Secretaría de Salud. Programa de acción en materia de evaluación del desempeño 2001-2006. En http://evaluacion.salud.gob.mx/publicaciones/pamed_2001-2006/pamed_2001-2006.pdf

Repercusión de un programa de mejora continúa en los registros de enfermería

Sandra Hernández-Corral, Lilia Hernández-Mayén, Lydia Pérez-Benavidez, Alma Delia Retiz-Ortiz, Beatriz Uribe-Benavides, Liliana Vázquez-Santos

RESUMEN

Los registros presentes en las hojas de enfermería; son el soporte de los cuidados que la enfermera brinda a cada uno de los pacientes que le son asignados en su jornada laboral, además de ser un elemento importante en la continuidad y toma de decisiones para la gestión del cuidado; por lo tanto deben cubrir ciertos requisitos que favorezcan la permanencia y seguridad del cuidado. *Objetivo:* determinar la repercusión del programa de mejora continua en registros de enfermería. *Material y métodos:* se realizó un estudio piloto, comparativo, prospectivo y longitudinal; la muestra estuvo integrada por 225 registros de enfermería, para la recolección de datos se utilizó un instrumento de auditoría de registros de enfermería, el cual incluye 8 variables críticas; alcanzando un valor máximo de 8 puntos, este se aplicó antes y después de un programa de mejora continua; para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y estadística inferencia con la prueba *t de student* para muestras relacionadas. *Resultados:* mostraron diferencia estadísticamente en los datos de identificación del paciente, congruencia entre las indicaciones médicas y registro de medicamentos, vía parenteral, valoración del paciente e intervenciones de enfermería con un valor de $p < 0.005$. *Conclusiones:* contar con un indicador del procedimiento de registros de enfermería permite reconocer las oportunidades de mejora en la calidad de este procedimiento.

Palabras clave: registros de enfermería, indicador, calidad.

Impact of the continuous improvement program in the clinical nursing records

ABSTRACT

The nursing records are the support of the care provided by the nurse to each one of those people that are assigned in his/her workday, apart from being a pivotal element in the continuity of care management and decision-making; therefore, they should fulfill certain requirements to promote continuity and safety of care. Thus, the purpose of this study was to determine the impact of the program of continuous improvement in nursing records. *Material and methods:* this study was comparative, prospective and longitudinal, the sample was integrated by 225 nursing records; a nursing records appraisal sheet was used for data collection, which included eight critical variables; the maximum value reached was 8-point; this appraisal sheet was applied before and after of the continuous improvement program. The data analysis was performed by descriptive statistics with measures of central tendency and statistical inference with the Student's *t* test for the related samples. *Results:* the results showed statistically difference in patient identification data, the congruence between medical indications and drugs registration, patient assessment and nursing interventions with a value of $p < 0.005$. *Conclusions:* to have an indicator for the nursing records procedure allows recognizing the opportunities for improving the quality of it.

Key words: records of nursing, indicator, quality.

Correspondencia: Sandra Hernández Corral. Instituto Nacional de Rehabilitación. Plan de la Noria # 57 Col. La Cebada, Del. Xochimilco. 16018 México, D.F. E-mail: hecs720915@yahoo.com.mx y shcorral@gmail.com

Los registros de enfermería forman parte del expediente clínico se tienen que organizar siguiendo la misma pauta de éste; en su diseño y cumplimiento dependen del modelo de cuidados que siga la institución, tipo de distribución del trabajo o asignación de pacientes que se lleve a cabo; así como de otras circunstancias, como pueden ser el tipo de personal y formación que éste disponga y naturalmente del tipo de pacientes a quien se atiende¹.

También son considerados como herramienta imprescindible para la comunicación tanto a nivel profesional como interpersonal y por tanto, necesarios para conseguir el mayor nivel de calidad en la atención. Sólo a través del registro de todo aquello que el profesional realiza, se transformará el conocimiento común sobre cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinar y profesional. El registro favorece el desarrollo de la disciplina pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados mejorando la atención que presta la enfermera, permitiendo diferenciar su actuación de la de otros profesionales de la salud².

En la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico en relación a la hoja de enfermería se puntualiza lo siguiente: *deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y órdenes del médico, deberá contener como mínimo: habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía de procedimientos realizados y observaciones*³.

Los registros presentes en las hojas de enfermería son el soporte de cuidados que la enfermera brinda a cada una de las personas que le son asignadas en su jornada laboral, además de ser un elemento importante en la continuidad y en la toma de decisiones para la gestión del cuidado; por lo tanto deben cubrir ciertos requisitos que favorezcan la permanencia y seguridad del cuidado⁴. Convirtiéndose así en un registro esencial de gran valor legal e indicador de calidad; por lo cual es necesario reconocer que incrementar la calidad del cuidado implica también mejorar los registros no sólo por su contenido o significado, sino por que constituye un instrumento de gestión que respalda el quehacer profesional de la enfermera⁵.

Los registros de enfermería se han estudiado desde diversos enfoques como utilización del proceso de enfermería, calidad y trascendencia de las notas de enfermería.

En cuanto a las dificultades más frecuentes para realizar las observaciones de enfermería se mencionan; gravedad del paciente, aspectos relacionados con la atención sociodemográfica, espiritual y psicoemocional; aunado a estos problemas se agrega el desconocimiento de lineamientos que deberán contener los registros, pues un 80.6% del personal no conoce las normas elaboradas para los registros de enfermería

y un porcentaje mínimo cuenta con conocimiento insuficiente para la utilización de las abreviaturas. Sin embargo, el 96.6% de las enfermeras consideran que son muy importantes como parte del expediente clínico⁶.

Los estudios que promueven la utilización del proceso de enfermería (PE) como parte fundamental para realizar registros, muestran que las enfermeras tienen problemas en la aplicación de PE. Al monitorear el indicador del proceso; se observó que el profesional de enfermería realiza sus actividades limitándose a la ejecución, ya que la variable alcanzo el 100% a diferencia de la etapa de diagnóstico que no se encontró en ningún registro y los demás elementos del PE se encontraron en porcentajes menores al 5%. Por lo cual el valor final de la ponderación de este indicador es considerado como deficiente^{7,8}.

Como se puede observar existen serios conflictos en el momento de realizar las notas de enfermería; por lo que se han creado una serie de estrategias que intentan mejorarlas, éstas van desde la creación de nuevas hojas de enfermería hasta utilización sofisticada de programas computacionales⁹⁻¹¹.

OBJETIVO

Determinar la repercusión del programa de mejora continua en los registros de enfermería.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

El programa de mejora continua incrementa la eficiencia por actividad del procedimiento de los registros de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio piloto, comparativo, prospectivo y longitudinal, durante los meses de julio a octubre del 2008. La muestra no fue probabilística por conveniencia y estuvo integrada por 225 registros de enfermería elaborados por el personal adscrito al sexto piso de hospitalización de ortopedia de los tres turnos, se excluyeron los registros realizados por estudiantes de pregrado, posgrado y pasantes de enfermería.

En la primera fase se evaluaron: registros de enfermería a través de la aplicación de un instrumento de auditoría en el que se incluyen 8 variables críticas; a las cuales se les asigna el valor de uno si se realiza la actividad y cero en caso de no llevarse a cabo, alcanzando un valor máximo de 8 puntos.

En la segunda fase: se implementó un programa de mejora continua que incluyó los siguientes puntos:

- Difusión de importancia de los registros de enfermería a través de un cartel informativo colocado en el servicio.
- Se elaboró hoja de enfermería para 24 hs sustentada en la teoría general del autocuidado (Dorothea Orem) y proceso

de enfermería, diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía (NANDA), intervenciones generales y actividades para cada diagnóstico de enfermería (clasificación de intervenciones de enfermería).

- Implementación de un curso taller dirigido al personal del servicio para el uso de la hoja de enfermería de 24 hs con duración de 4 hs.
- Ejecución de la hoja de enfermería de 24 hs.

En la tercera fase: se realizó una segunda evaluación de los registros de enfermería utilizando el mismo instrumento.

Para el análisis de datos se aplicó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y estadística inferencial utilizando la prueba *t* de *student* para muestras relacionadas.

RESULTADOS

Los registros de enfermería fueron realizados en su mayoría por licenciadas en enfermería (69%), enfermeras generales (34.7%), enfermeras con postécnico (1.3%). La antigüedad de las enfermeras evaluadas fue menos de cinco años (49.3%), cinco a 10 años (48%) y más de 10 años el (2.7%). La media de pacientes asignados por enfermera fue de 4.32 con una DS \pm 1.052.

En la primera fase el índice de eficiencia global (IEG) de registro de enfermería fue de 5.91 y en la segunda de 6.96. La eficiencia por actividad antes y después del programa de mejora continua se pueden observar en el cuadro 1.

Cuadro 1. Resultados de la prueba *t* de *student*.

ACTIVIDADES	ANTES		DESPUÉS		P
	MEDIA	DS	MEDIA	DS	
1. La enfermera realizó anotaciones de identificación del paciente	0.893	0.311	1.000	0.000	0.004
2. Elaboró la curva de signos vitales.	0.973	0.162	0.973	0.162	1.000
3. Los registros de medicamentos y vía parenteral son congruentes con las indicaciones médicas.	0.667	0.475	0.880	0.327	0.002
4. Se registro procedimientos específicos indicados por el médico.	0.693	0.464	0.693	0.464	1.000
5. La enfermera registro la valoración del paciente a su cargo.	0.773	0.421	0.960	0.197	0.000
6. La enfermera registra medidas planeadas y ejecutadas de forma independiente.	0.400	0.493	0.933	0.251	0.000
7. Vigila y registra los procedimientos realizados por otros profesionales.	0.787	0.412	0.867	0.342	0.203
8. Registra observaciones que evidencian el estado de salud del paciente.	0.730	0.447	0.653	0.479	0.254
Índice de eficiencia del procedimiento.	5.907	1.337	6.960	0.992	0.000

Fuente: auditoría de registros de enfermería, aplicada en el 6° piso de ortopedia, Instituto Nacional de Rehabilitación en los meses julio- octubre 2008.

Las actividades que presentaron diferencia en la media fueron 1, 3, 5 y 6 que se refieren a: anotaciones de identificación del paciente, congruencia de los medicamentos y vía parenteral con las indicaciones médicas, valoración del paciente e intervenciones de enfermería. Los resultados de la prueba *t* de *student* para muestras relacionadas mostraron diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.005$ para estas mismas actividades.

DISCUSIÓN

En el ámbito asistencial el registro de enfermería permite establecer un plan a seguir con la continuidad de la atención del turno y evaluación individual de las acciones que la enfermera realiza, además de apoyar al equipo multidisciplinario responsable de la atención del paciente³; favoreciendo la gestión del cuidado directo por sus aportaciones, convirtiéndose en una fuente inagotable de información pues por medio de la documentación de sus etapas; es posible conocer la evolución del estado del paciente, además facilita reconocer la complejidad de su cuidado y así determinar el personal, recursos materiales, tiempo, espacio, comunicación y estrategia, entre otros, para organizar el servicio concreto que el paciente requiere².

Entre las actividades que las enfermeras realizan de manera cotidiana están anotaciones de identificación del paciente, los resultados fueron similares a los reportados por Tovar en el 2004; en donde comenta que el 100% de los registros presentaron nombre del paciente y otros elementos como: fecha, número de cama, servicio y diagnóstico⁷.

Aún cuando hubo incremento después del programa de mejora continua en la congruencia de medicamentos y vía parenteral con las indicaciones médicas los resultados muestran diferencia de lo reportado en un estudio realizado en una sala de neonatología que reporta niveles de eficiencia de 98.3% para medicación y 93.3% en fleboclisis. La diferencia puede deberse a las características de los pacientes de cada servicio, cantidad de personal asignada e índice enfermera-paciente¹².

En relación a la valoración de enfermería después del programa de mejora fue superior a lo reportado en un estudio, que comenta que la valoración estuvo presente en un 3.5%. La diferencia en el porcentaje quizás se deba a la forma de medición de la valoración, pues en este estudio sólo se consideró la presencia de una valoración focalizada sin una estructura establecida o utilización de un modelo teórico⁷.

Aunque el registro de intervenciones de enfermería mostró un incremento considerable después de la capacitación los resultados demuestran diferencias con el estudio titulado: *Correspondencia conceptual entre los registros de enfermería y el modelo de Virginia Henderson* en donde comenta que el profesional de enfermería realiza sus actividades limitándose a la ejecución de acciones de enfermería, pues la variable se encontró presente en todos los registros evaluados⁷.

CONCLUSIONES

La calidad de la información registrada en las hojas de enfermería, influye de manera directa en la efectividad de la práctica profesional; por tanto los registros de enfermería deben

cumplir estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en los pacientes y legitimen la actuación del profesional.

El contar con un indicador del procedimiento de registros de enfermería permite reconocer oportunidades de mejora de la calidad en este procedimiento.

El programa de mejora continua permitió acrecentar el grado de eficiencia global del procedimiento de registros de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mompart MP, Durán EM. Información y comunicación de la organización. En: Mompart MP, Durán EM, editores. Administración y gestión. 2ª. Ed. Madrid. Difusión de avances de enfermería; 2004.
2. García SR, Navío MA, Valentín ML. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure Investigación* 2007; 28.
3. Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998. Expediente clínico. Publicada en el Diario Oficial de la Federación del 14 de septiembre de 1999.
4. Secretaría de Salud. Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. 2001. México (recuperado mayo del 2008). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/page/pdf/codigo_etica.pdf
5. Lizalde HA, Cuamatzi PM, Montoya DM. Importancia de vincular NANDA NOC y NANDA NIC en los registros del perioperatorio. *Desarrollo Científ Enferm* 2008;16 (8): 362-6.
6. Méndez MC, Morales CM, Preciado LM, Ramírez NM. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Rev Mex Enferm Cardiol* 2001; 9 (1-4): 11-7.
7. Tovar LB. Correspondencia conceptual entre los registros de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. *Desarrollo Científ Enferm* 2004;12(5):137-43.
8. Loza BH, Vásquez VM. Impacto de la implementación del proceso de atención de enfermería en el INNN MVS, mediante una prueba piloto. *Enf Neurol (Mex)* 2005; 4 (1): 1-6.
9. Gallegos TR, Xequé MA, Becerril CS. Programa computacional para la valoración de las necesidades de los pacientes. *Desarrollo Científ Enferm* 2003;11(9):268-71.
10. Romero CS, Limpo de la Iglesia P, Cosano SC, Baños M, Cabrera A.M. Elaboración de registros: hoja de valoración inicial. *Hygia* 1999; 43: 5-9.
11. Palacios GR, Bejuca MA, Bejuca MM, Sálces SE. De la teoría a la práctica: registros para el cuidado del paciente renal. *Enfermería global*. 2004. [en red]. Disponible en: www.um.es/eglobal/

Factores de riesgo para dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura

Rosas Laureano C, Beteta García N, Granados Ramos D

RESUMEN

Se revisaron 55 expedientes de niños con dificultades en el proceso de lecto-escritura. Se establecieron factores de riesgo perinatal, presencia y severidad de dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura. El 85% de niños con factores de riesgo perinatal presentaron dificultades en el proceso de la lecto-escritura. La detección temprana de factores de riesgo perinatal y establecimiento de estrategias de intervención oportuna contribuirán a la disminución de secuelas en etapas escolares.

Palabras clave: factores de riesgo perinatal, lecto-escritura, aprendizaje.

Risk factors for learning difficulties in the reading/writing

ABSTRACT

Fifty five files of children with difficulties in the reading/writing process were reviewed. The perinatal risk factors, the presence and severity of difficulties in the learning of the reading/writing were established. 85% of children with perinatal risk factors presented difficulties in the reading/writing process. The early detection of perinatal risk factors and the establishment of opportune strategies of intervention will contribute to the diminution of sequelae in school stages.

Key words: perinatal risk factors, reading-writing, learning.

Correspondencia: Rosas Laureano C. Vicente Guerrero # 2 Patria Libre 96718. Minatitlán Ver, México. E-mail: cbyasiempre_04@hotmail.com

El desarrollo del lenguaje y el pensamiento en la educación básica, constituyen la base sobre la cual pueden alcanzarse elevadas competencias psicolingüísticas. El aprendizaje de la lecto-escritura es una tarea lingüística y cognitiva compleja que puede resultar negativamente afectada por un gran número de factores biológicos y ambientales en etapas tempranas del desarrollo¹.

Los factores de riesgo; son atributos, características o circunstancias que incrementan la probabilidad de desarrollar un daño a la salud. Pueden ser indicadores predictivos observables o identificables de algún hecho o proceso mórbido².

Los factores de riesgo para un proceso mórbido pueden ser de tipo biológico, ambiental, comportamiento o estilo de vida, relacionados con la atención a la salud, socioculturales o económicos². En el caso de dificultad en el aprendizaje se deben considerar los factores de riesgo prenatales, perinatales y posnatales que contribuyen al establecimiento de dificultades para la adquisición y desarrollo de habilidades cognoscitivas como la lecto-escritura.

Algunas investigaciones han demostrado que el diagnóstico temprano de los precursores de la lectura en niños preescolares, antes de comenzar su aprendizaje formal, puede ser muy útil para establecer estrategias de intervención en poblaciones de riesgo de padecer dificultades en la adquisición de la lecto-escritura³.

En los dos primeros años de educación primaria se inicia el aprendizaje formal del proceso de lecto-escritura. En ese momento los niños se enfrentan a las dificultades en la adquisición de la lecto-escritura.

Los casos que no son detectados por sus padres o profesores son promovidos a los grados superiores presentando deficiencias importantes en su proceso educativo llegando a reprobado y desertar en los niveles educativos medios o superiores.

Se ha demostrado que los niños con factores de riesgo perinatal desarrollan dificultades de procesamiento sensorial, problemas de aprendizaje, dislexia, hiperactividad y trastornos de

atención en las etapas preescolar y escolar⁴⁻⁷. Algunos investigadores opinan que los factores de riesgo perinatal aparecen y operan aditivamente; es decir, a mayor número de factores de riesgo más severas serán las secuelas que deriven de los mismos⁸.

OBJETIVO

Analizar y describir los factores de riesgo perinatales en expedientes de escolares con dificultades en la adquisición de la lecto-escritura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación retrospectiva, descriptiva con 55 expedientes clínicos de niños de 6 a 11 años de edad del primero al quinto año de educación primaria, que presentaron dificultades en la adquisición de la lecto-escritura, que asistieron a evaluación al laboratorio de psicobiología en Xalapa, Veracruz, 19 casos fueron del género femenino y 36 masculinos.

De los expedientes clínicos se recabaron los datos de factores de riesgo perinatal de la madre y del niño. Se calificó el grado de severidad de factores de riesgo perinatales de acuerdo a los criterios del grupo de estudios del nacimiento^{9,10}.

Se estableció el nivel de lecto-escritura en el que se encontraban los niños como adquisición, proceso de adquisición y proceso de adquisición tardía. Los niños que se encontraban en adquisición, fueron aquellos niños que ya habían aprendido a leer y escribir; no obstante, presentaban dificultades en el proceso como: omisiones, sustituciones e inversiones de fonemas; los que se clasificaron en proceso de adquisición fueron aquellos niños que estaban aprendiendo a leer y escribir en etapas esperadas para su edad; no obstante, presentaban problemas en la adquisición porque cursaban con rezago comparados con sus compañeros de grupo; por último, los niños en proceso de adquisición tardía fueron los que a edades mucho mayores a la esperada, aún estaban aprendiendo a leer y a escribir, continuaban en el primer o segundo grado de educación primaria.

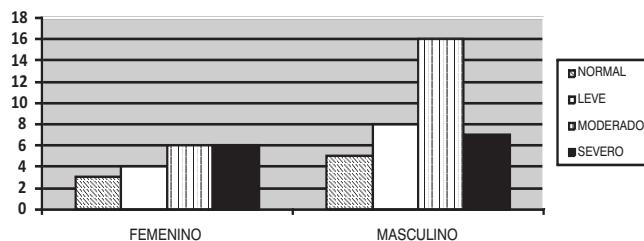
Se estableció el nivel de severidad (normal, leve, moderada y severa) de las dificultades en el proceso de adquisición de la lecto-escritura a través de los resultados de evaluaciones psicopedagógicas, de acuerdo a lo esperado para la edad y grado escolar que estaba cursando cada uno de los niños. Se analizaron los datos con análisis de varianza de una vía con el programa *JMP versión 5.1*.

RESULTADOS

En el análisis de factores de riesgo perinatal 13 casos (.24) correspondieron al nivel bajo, 11 (.20) al nivel medio y 31 (.56) al nivel alto.

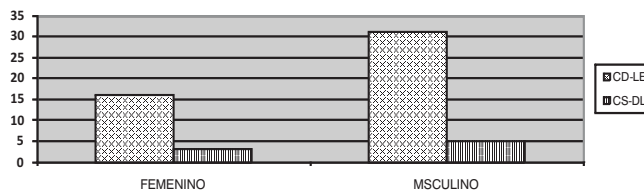
En el nivel de lecto-escritura en que se encontraban al momento de la evaluación, ocho casos (.14) ya habían aprendido a leer; sin embargo, presentaban dificultades, 40 casos (.73) estaban en el proceso de adquisición, pero mostraban dificultades en el mismo y siete casos (.13) estaban en un proceso de adquisición tardío.

En la revisión de severidad en el proceso de lecto-escritura de acuerdo a lo esperado para la edad y nivel de adquisición, ocho casos (.14) estaban dentro de lo normal, 12 casos (.22) con retraso leve, 22 casos (.40) con retraso moderado y 13 casos (.23) con retraso severo gráfica 1.



Gráfica 1. Nivel de severidad en el proceso de lecto-escritura.

En el análisis estadístico se encontraron diferencias significativas al comparar los factores de riesgo perinatal y presencia o no de dificultades en el proceso de adquisición de la lecto-escritura ($f=4,2168$, $p<0.04$) gráfica 2.



CD-LE (casos con dificultades en lecto-escritura), SD-LE (casos sin dificultades en lecto-escritura).

Gráfica 2. Proceso de lecto-escritura por género.

Al comparar la presencia o no de factores de riesgo perinatales y el género, así como los factores de riesgo perinatal por severidad con las dificultades en el proceso de lecto-escritura no se encontraron diferencias significativas.

En los casos con factores de riesgo perinatal alto (FRA) se encontraron 10 con dificultades moderadas en la lecto-escritura, respecto a las dificultades severas y para el nivel normal o esperado se contabilizaron ocho casos en ambas situaciones, por último se refiere a seis casos con dificultades leves.

En los casos con factores de riesgo perinatal medio (FRM) seis presentaron dificultades moderadas, tres severas, un caso leve y uno normal.

Por último, en los casos con factores de riesgo perinatal bajo (FRB) seis presentaron dificultades moderadas, cinco leves,

dos severas y no hubo casos con adquisición normal o esperada para la edad y el grado escolar que estaban cursando tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo perinatal y severidad en lecto-escritura

Severidad en lecto-escritura	Factores de riesgo perinatal		
	Bajo	Medio	Alto
Normal	0	1 (.02)	7 (.13)
Leve	5 (.09)	1 (.02)	6 (.11)
Moderado	6 (.11)	6 (.11)	10 (.18)
Severo	2 (.04)	3 (.05)	8 (.14)
Total	13 (.24)	11 (.20)	31 (.56)

Distribución de casos por factores de riesgo perinatal y dificultades de lecto-escritura en escolares.

DISCUSIÓN

Es necesario contar con más casos para que se analicen grupos homogéneos para el género, grado y grupos de edad. No obstante, este análisis nos permitió observar que el 85% de los niños que presentaron factores de riesgo perinatal, mostraron dificultades en el proceso de adquisición de la lecto-escritura, lo cual no se pudo constatar al realizar comparaciones por grupos de severidad.

El mayor número de casos correspondió al género masculino lo cual concuerda con las investigaciones donde se han reportado mayor número de dificultades de aprendizaje en el género masculino¹⁰. Es necesario revisar más expedientes de diferentes servicios donde acuden a evaluación o intervención casos con dificultades de aprendizaje, para constatar si la frecuencia es mayor en el género masculino.

Nuestros datos concuerdan con las investigaciones de Duarte, Glasson, y Crepeau en cuanto a la presencia de factores de riesgo en la etapa perinatal predice la estructuración de secuelas sensoriales, motoras, cognitivas y conductuales que son detectadas en la educación básica.

CONCLUSIÓN

Es importante resaltar la trascendencia de establecer estrategias tempranas de prevención de factores de riesgo en etapa perinatal y brindar intervención temprana a los casos que presenten dichos factores de riesgo, con el objeto de disminuir la estructuración de secuelas y severidad de las mismas pues las dificultades de aprendizaje son detectadas hasta que el niño ingresa al medio escolar e inicia el aprendizaje de habilidades importantes para su desarrollo escolar futuro como son lecto-escritura y nociones lógico-matemáticas.

REFERENCIAS

1. Beltrán Llera J, López Escribano C, Rodríguez E. Precursores tempranos de la lectura. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica, 2006; 2.
2. Castillo Salgado C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington, DC: OPS, 1999: 342.
3. López Escribano, C, Beltrán J. Early predictor of reading in three groups of native Spanish speakers: Spaniards, Gypsies, and Latin Americans. *Span J Psychol* 2009; 12,1:84-95.
4. Duarte Martins M, Factores de riesgo para la calidad del ambiente en una población de niños nacidos en la ciudad de Pelotas, RS, Brasil, Tesis de Belgrano, Facultad de Humanidades, Doctorado en Psicología Clínica, 2002; 9, 1-60.
5. Glasson EJ. perinatal factors and the development of autism: a population study. *Archiv Gen Psychi* 2004; 61: 618-27.
6. Dean RS, Davis AS. Relative risk of prenatal complications in common childhood disorders. *School Psychology Quarterly* 2007; 22:1;13-25.
7. Crepeau Hobson F. The relationship between perinatal risk factors and sensory processing difficulties in preschool children, *J Dev Phys Disabil* 2009;21:315-28.
8. Taylor E, Rogers JW. Practitioner review: early adversity and developmental disorders. *J Child Psychol Psychi* 2005;46:5,451-67.
9. PreviGen (2005), <http://www.gen.org.mx/home.html>
10. Rutter M. Gender differences in reading difficulties: findings from four epidemiology studies. *J Am Med Ass* 2004; 291: 2007-12.

Incertidumbre en padres de niños con cáncer

Gudelia Nájera Gutiérrez, María Verónica Ledezma Martínez, Jasiel Nancy Patiño Meza, Rosa María Galicia Aguilar

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad crónica que amenaza la vida de las personas; simboliza lo desconocido, pero cuando la persona que padece cáncer es un niño, todas estas reacciones emocionales son más intensas, aún cuando está controlada la incertidumbre está presente. Mishel (1988); señala que la incertidumbre es un estado cognitivo en el que las personas no son capaces de comprender el significado de los hechos o eventos que ocurren debido a la enfermedad. *Objetivo:* identificar la incertidumbre de los padres de niños con cáncer, mediante la relación de las características sociodemográficas, tiempo de diagnóstico y apoyo social de la teoría de Mishel (1988). *Metodología:* diseño descriptivo correlacional y transversal. *Material y métodos:* la muestra fue de 30 personas, las variables se midieron con tres instrumentos: una cédula de factores sociodemográficos de padres de hijos con cáncer, cédula de apoyo social (Norbeck NSSQ, 1981) y escala de percepción de incertidumbre en padres PPUS-FM (Mishel, 1988). *Resultados:* para la comprobación de las relaciones entre variables se utilizaron correlaciones de Pearson, observando que la variable sexo femenino refiere incertidumbre con alta $p = .010$, en cuanto a los años de educación formal se vio que a mayor educación menor incertidumbre una correlación negativa de $p = -.025$, respecto a nivel socioeconómico no existe ninguna diferencia para que exista incertidumbre $p = .523$, referente al apoyo social se observó que a mayor apoyo social menor incertidumbre con una $p = .008$. *Conclusiones:* se sugiere realizar estudios de tipo cualitativo en donde se aprecie cuáles son los sentimientos que los padres tienen al conocer el diagnóstico de sus hijos y como los profesionales de enfermería pueden ayudar a comprender la incertidumbre que ellos experimentan.

Palabras clave: cáncer, apoyo social, incertidumbre.

Children with cancer parents' uncertainty

ABSTRACT

Cancer is a chronic disease that represents a constant risk in people's life, it represents the unknown, but when we are talking about a child, all this emotional reactions could be harder for parents, even when the disease is under control; uncertainty is always there. Mishel (1988) pointed that uncertainty is a cognitive state in which people are incapable to build the meaning of the events that occur because of the disease. *Objective:* to identify the uncertainty in parents of children with cancer, considering the relation between the social-demographic characteristics, diagnostic time, and the social support in the Mishel theory (1988). *Methodology:* the design was correlational descriptive and transverse, the sample had 30 persons, the variables were measured with three instruments: a bond of social-demographical factors from parents of children with cancer, a bond of social support (Norbeck NSSQ, 1981), and the scale of perception of uncertainty in parents PPUS-FM (Mishel, 1988) *Results:* correlations of Pearson was used for the verification of the relations between the variables, observing that the variable female sex refers high uncertainty $p = .010$, about the years of formal education, it was observed that more education means less uncertainty, a negative correlation of $p = -.025$, about the social-economical level it was shown that it doesn't exist any difference to make uncertainty appear $p = .523$, about the social support it was observed that more support means less uncertainty $p = .008$. *Conclusions:* it's recommendable to realize qualitative research to appreciate which are the feelings that parents are suffering at the moment of knowing their children's diagnostic in order to provide to health professionals the knowledge to understand the uncertainty they are passing through.

Key words: cancer, social support, uncertainty.

Correspondencia: Gudelia Nájera Gutiérrez. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 25 Poniente # 1304. Col. Volcanes 72410 Puebla, Puebla.

El cáncer es una enfermedad crónica que amenaza la vida de personas, simboliza lo desconocido, peligroso, sufrimiento, dolor, culpa, caos y ansiedad, pero cuando la persona que padece cáncer es un niño, todas estas reacciones emocionales pueden ser más intensas para los padres, debido a la vulnerabilidad de su hijo lo cual tiene un impacto social en la vida de estas personas¹.

La unidad de enfermedades crónicas de la Organización Panamericana de Salud²; informó que el cáncer afecta a las personas en todas las etapas de la vida, pero en países en desarrollo la tendencia que los pacientes mueran por este padecimiento a una edad más temprana con mayor sufrimiento es mayor. Cada año en el mundo, más de 160,000 niños son diagnosticados de cáncer por lo que se considera un problema de salud pública por su magnitud, costos de atención e impacto social.

El cáncer no sólo afecta al niño, sino a todos los miembros de la familia, principalmente a los padres. aun cuando este controlado; la incertidumbre está presente. Mishel (1988)³ señala que la incertidumbre es un estado cognitivo en el que las personas no son capaces de comprender el significado de los hechos o eventos que ocurren debido a la enfermedad. La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar de manera adecuada los eventos que se producen en la enfermedad, en este caso que sufre su hijo; lo anterior se deriva de la falta de estímulos e información, temor a lo desconocido ambigüedad y complejidad de la enfermedad y tratamiento.

No se han encontrado estudios de tipo cualitativos sobre la incertidumbre que experimentan los padres de niños con cáncer, de tipo cuantitativo, sólo de tipo cualitativo⁴; sin embargo, del tipo cualitativo se refiere a los sentimientos y preocupaciones cotidianas de padres con niños con cáncer; muestran que estos antes de conocer el diagnóstico definitivo estuvieron en un estado de incertidumbre.

En la práctica profesional, se ha observado que puede existir incertidumbre por falta de información respecto a la enfermedad, y por ende temor a lo desconocido y sobre todo al futuro de sus hijos. Por lo anterior se considera relevante el presente estudio, pues aportará información útil para la planeación del cuidado de enfermería en este tipo de población, así como la orientación que requieren los padres cuidadores, dado que algunas de las relaciones teóricas planteadas por Mishel serán aplicadas empíricamente con lo que se apoyará esta teoría.

OBJETIVO

Identificar la incertidumbre de los padres de niños con cáncer,

mediante características sociodemográficas (edad, género, escolaridad, nivel socioeconómico), tiempo de diagnóstico, y apoyo social de la teoría de mediano rango de Mishel (1988).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño descriptivo, correlacional y transversal⁵. La población de interés estuvo conformada por 30 padres de niños con cáncer. El muestreo fue a conveniencia, las variables se midieron con tres instrumentos: cédula de factores socio-demográficos de padres de niños con cáncer, cédula de apoyo social (Norbeck NSSQ, 1981) y escala de percepción de incertidumbre en padres PPUS-FM (Mishel, 1988), en ambos sexos, que acudieron a su tratamiento oncológico en el Hospital Infantil de Tlaxcala.

Criterios de inclusión: mujeres y varones que tuvieran un hijo con cáncer y que acudieran a tratamiento oncológico, bajo consentimiento informado. La recolección de información se llevo a cabo mediante la aplicación de tres instrumentos para medir las variables de estudio: **1.** Cédula de factores socio-demográficos de padres de hijos con cáncer la cual consta de ocho preguntas que incluyeron: edad, sexo, ocupación, ingreso económico, escolaridad y tiempo de diagnóstico de la enfermedad; **2.** Cédula de apoyo social original de Norbeck⁶: instrumento integrado por 8 preguntas para enumerar y calificar apoyo social y tangible recibido. Las preguntas 1, 2, 3 y 4 miden el apoyo emocional, 5 y 6 el apoyo tangible, 7 y 8 miden estabilidad y frecuencia de relaciones. Las preguntas del uno al seis presentan el siguiente patrón de respuestas: poco =1, moderadamente = 2; bastante = 3; mucho = 4. Para la pregunta siete las repuestas son de: menos de seis meses =uno, de seis a doce meses = 2; de 1 a 2 años = 3; de 2 a 5 años = 4; más de cinco años = 5; para la pregunta ocho las posibles respuestas son: diariamente =5; semanalmente = 4; mensualmente = 3; pocas veces al año =2; una vez al año = 1, y **3.** La escala de percepción de incertidumbre en padres⁷, está comprendido por 31 preguntas, refieren como el padre o madre se siente en ese momento con su hijo y cada pregunta tiene un patrón de respuesta de tipo *likert* de 1 a 5 lo cual significa: completamente de acuerdo (5), de acuerdo (4), indeciso (3), desacuerdo (2), y completamente desacuerdo (1) por lo que el puntaje mínimo es de 31 y máximo de 155.

El estudio se apegó a las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, del título segundo, capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, el reclutamiento fue por invitación directa, los participantes que aceptaron llenar los instrumentos, firmaron su consentimiento de acuerdo al artículo 14, Fracción V de la Ley General de Salud⁸.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa

estadístico SPSS versión 10.0, para analizar datos correspondiente a cada una de las variables, se realizó estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de las variables y determinar que estadísticos se llevarían a cabo para análisis y comprobación de las hipótesis.

RESULTADOS

La muestra fue de 30 padres de niños con cáncer de los cuales con respecto a los factores personales biológicos, la edad que predominó fue de 30 a 40 años con una media de 38, el 63 % correspondió al sexo femenino, en lo concerniente a factores personales socioculturales, el estado civil de los participantes fue del 84% con pareja, el nivel socioeconómico que predominó fue el nivel medio con un 70%, años de educación formal 58 % tenían primaria y con respecto si tenían un familiar con este padecimiento el 34 % refirió que no.

La prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró una distribución normal con respecto a las variables continuas, por lo que se decidió utilización de estadísticos paramétricos para verificar las hipótesis. El coeficiente de alpha de Cronbach que se obtuvo para la cédula de apoyo social de Norbeck (NSSQ) fue de .90 y la escala de percepción de incertidumbre en padres PPUS-FM.

Para la comprobación de las relaciones entre las variables de estudio de ambas hipótesis se utilizaron correlaciones de Pearson, en donde se observa que la variable edad no tiene relación para que haya o no incertidumbre con una $p = .023$, con respecto al sexo el femenino refiere incertidumbre alta $p = .010$, en cuanto a los años de educación formal se observa una correlación negativa de $p = -.025$, esto quiere decir que a

mayor escolaridad menor incertidumbre, con respecto a nivel socioeconómico, se observó que no existe ninguna diferencia en el nivel socioeconómico para que exista incertidumbre con una $p = .523$, con respecto a la variable apoyo social, se observó que a mayor apoyo social menor incertidumbre con una $p = .008$.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos se sugiere se realicen estudios de tipo cualitativo, en donde se logre apreciar realmente los sentimientos de los padres al conocer el diagnóstico de sus hijos y cómo enfrentar este problema de salud, así como profesionales de enfermería que ayuden a comprender la incertidumbre que ellos experimentan.

REFERENCIAS

1. Castillo E, Catherine A, Chesla D. Viviendo con el cáncer de un hijo. rescatado 3 de julio 2003;1-13.
2. Organización Panamericana de Salud (OPS), 2006 Blanca L (2002)
3. Hernández, Fernández-Collado, Baptista. Metodología de la investigación. Editorial McGraw Hill, 4ª edición. 2006;102-4.
4. Sheila Santacrose, APRN. Incertidumbre, ansiedad y síntomas del estrés postraumático en padres de niños diagnosticados recientemente con cáncer. *J Pediatric Oncol Nurs* 2002;19(3):4-11.
5. Mishel (1988,1990). Modelos y teorías de enfermería, versión en español de la 6ª edición de la obra original en inglés, 2007.
6. Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri VL. Desarrollo de un instrumento para medir apoyo social. *Nurs Res* 1981;(30):5.
7. Merle Mishel. Parents' perception of uncertainty scale (PPUS) escala de percepción de incertidumbre en padres PPUS-FM (Mishel)1998.
8. Ley General de Salud. Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación en Salud, 3ª Ed. Porrúa México. 2002.

Healing touch: una opción holística para el cuidado de enfermería

Rosa María Pecina Leyva

RESUMEN

La enfermería ha diversificado su campo de acción al incorporar nuevas tendencias de salud, que le permiten estar a la vanguardia y proponer innovadoras actividades que le ayudan al paciente a mejorar su salud; ha desarrollado modelos y paradigmas a partir de diferentes bases conceptuales entre ellas esta implícita la filosofía del holismo, la cual da importancia en comprender al ser humano como una unidad integrando sus componentes: mente, cuerpo y espíritu. Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de enfermería como en las demás disciplinas científicas, que generan un conocimiento autónomo y mantienen continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento que la identifican dentro del equipo de salud. *Healing touch* (HT) tiene la finalidad de lograr la interacción con el paciente para que sea estrecha, comunicando previamente en que consisten sus técnicas y la colaboración que tiene el paciente. Cuando se aplican las técnicas de *healing touch* seleccionadas para el cuidado del paciente, cada una están direccionadas por los aspectos éticos. Se dará a conocer la relación que existe entre la enfermería holística, y el *healing touch*.

Palabras clave: enfermería holística, *healing touch*, cuidado.

Healing touch: an option for holistic nursing care

ABSTRACT

Nursing has diversified its field of action when it incorporated new health trends, which allow it to stay at the vanguard and propose innovative activities that will help patients to improve their health. Nursing has developed models and paradigms from different conceptual bases including implicit philosophy of holism, which gives importance to understanding of human being as a unit, integrating its components: mind, body and spirit. Characteristics of each paradigm have influenced the development of nursing as in other scientific disciplines, generating an independent knowledge and maintaining continuity over changes in knowledge orientation that identified us within a health team. *Healing touch* (HT) aims to make a closely interaction with patient, previously communicating what Healing Touch techniques are about, and which will be the patient's cooperation. When selected Healing Touch techniques are applied for patient's care, each one is directed by ethical issues. Through this article it will be revealed the relationship between holistic nursing and *healing touch*.

Key words: holistic nursing, *healing touch*, care.

Correspondencia: Rosa María Pecina Leyva. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, S.L.P. México. E-mail: rosypecina@yahoo.com.mx y rosypecina@enfermeria.uaslp.mx

La medicina alternativa es en la actualidad una opción holística para la curación de algunos problemas de salud. El término medicina alternativa designa de forma amplia métodos y prácticas usados en lugar, o como complemento, de los tratamientos médicos convencionales para curar o paliar enfermedades¹⁻³.

La palabra holístico identifica y sugiere terapia integral que

genere beneficios tangibles al paciente, implica comprensión y percepción del ser humano como una unidad total formada a partir de la interacción de sus cuerpos: físico, emocional, mental y espiritual⁴.

(HT) incluye un conjunto de técnicas que utilizan el tacto y la compasiva intencionalidad para influir en el sistema de energía de una persona. HT trabaja a través de centros de energía

como: aura (campo de radiación luminosa alrededor de una persona u objeto como la aureola, en el arte religioso refleja nuestro estado interior), chacras (centros energéticos del cuerpo) que pueden bloquearse y afectar la energía del paciente, los cuales se asocian también con dolor, enfermedad y angustia emocional, revitaliza el sistema energético permitiendo la autosanación en todos los niveles físico, mental, emocional y espiritual⁵⁻⁸.

Esta perspectiva del *healing touch*, da seguimiento terapéutico, ambulatorio u hospitalario, es una intervención para el cuidado de enfermería que favorece el ejercicio independiente con un enfoque holístico.

OBJETIVOS

Proponer el *healing touch*, como opción para el cuidado holístico de enfermería ya que permite restaurar la salud a través de armonía y balance del sistema energético del ser humano.

La enfermería holística utiliza modalidades alternativas en la práctica clínica para atender al paciente. La palabra holístico proviene de las raíces griegas *olos* que significa todo, es la filosofía de la totalidad o integralidad. La introducción de este término en las ciencias de la salud; fué en los años 60's con el auge de la llamada medicina alternativa, practicada en general por personas sin formación médica académica que se autodenominaron médicos holísticos; estos practicantes realizaban técnicas preventivas, diagnósticas y terapéuticas no empleadas por la medicina moderna y propiciaron un enfrentamiento que aún persiste con menor fuerza en la medida que el desarrollo científico comprueba la eficacia de estas técnicas y establece una metodología científica para su aplicación^{6,7}. Los límites de la medicina alternativa han cambiado a lo largo del tiempo a medida que algunas técnicas y terapias anteriormente consideradas como *alternativas* han sido aceptadas por la medicina convencional¹. Por lo tanto la enfermería modifica su modo de atender las necesidades de nuestra sociedad cambiante.

El método holístico que ahora se describe es *healing touch* (HT) fue desarrollado por la licenciada en enfermería Janet Mentgen, quien ha estado practicando el manejo de la energía sutil desde 1980 en Denver Colorado. HT se enseña por todo Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Inglaterra, India, Alemania, Sudáfrica, e Hispanoamérica³.

HT emplea una colección de técnicas energéticas utilizadas en valoración y tratamiento del sistema energético humano, impactando en la salud física, emocional, mental, y espiritual³. Para practicar la HT no es necesario ser profesional de la salud pero enfermería ya ha incursionado en esta área y según la

American Nurses Association Holístico Healing Touch apoya, el programa de certificación que se practica en hospitales y clínicas privadas en todo el mundo⁸.

Healing touch complementa otras técnicas de curación, incluyendo la práctica médica convencional en hospitales, clínicas, o técnicas cuerpo-mente orientadas a terapias como masajes, imaginación guiada, musicoterapia, acupresión, la biorretroalimentación, entre otras la psicoterapia HT; no se pretende como una cura, sino como una actividad complementaria⁹.

Healing touch ha documentado beneficios con estudios de investigación relacionados con: neonatos, niños, personas de la tercera edad, con cambios en el sistema inmune, con tratamientos paliativos del dolor, con accidentes vasculares, en pacientes obstétricas, en curación de heridas, entre otros¹⁰.

Por lo tanto el alcance de la práctica de enfermería holística desde la perspectiva del *healing touch*, incluye actividades de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución de actividades holísticas y evaluación de las respuestas humanas observadas tanto en personas sanas como enfermas, estas respuestas humanas son de naturaleza cambiante dinámica, diversas y exclusivas para cada individuo siendo reflejo de su interacción con el entorno⁷.

CONCLUSIÓN

La aplicación del *healing touch* permite proporcionar cuidado holístico de enfermería económico, eficaz y seguro de acuerdo a los problemas identificados en el paciente. HT influye en cambios disfuncionales que impactan a la salud física, emocional, mental, y espiritual favoreciendo el bienestar del individuo al ayudarlo a liberar emociones y sentimientos que le producen inestabilidad emocional. HT ayuda a equilibrar la energía al abarcar la energía biomagnética del individuo, al abordar centros energéticos llamados *chakras*, lo que favorece la energía positiva en todo el cuerpo del individuo, ayudando a desbloquear todos los canales por donde fluye la energía vital.

La medicina alternativa u holística trata simultáneamente los niveles físico, mental, emocional y espiritual para que el proceso de sanación sea más completo y no sólo se enfoca en la parte afectada, sino en todo su entorno, orientando por último a la persona a que mejore su salud.

En la medida que el *healing touch*, se aplica como un método terapéutico como el proceso enfermero, se facilitará alcanzar el bienestar holístico, y en esa misma medida se validaran la eficacia de sus postulados.

REFERENCIAS

1. es.wikipedia.org/wiki/Medicina_alternativa.
2. www.ombai.com/therapy/summary-of-Holistic...(3)
3. Silva C. Cuaderno de ejercicios de healing touch. Galveston Texas, USA. [EUA]. 2002.
4. www.centroarea.com/joomla/index.php .
5. www.compwellness.net/eGuide/healing.htm
6. bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm.(4)
7. bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_2_04/enf07204.htm - 43k -(5)
8. Hover-Kramer D. El masaje energético curativo. 1ª. Barcelona: RobinBook. 1999:51-7.
9. www.takingcharge.csh.umn.edu/therapies/healingtouch/what, 9. www.healingtouchhouston.com
10. www.monografias.com/trabajos7/meal/meal.shtml

Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal

Josefina Gallegos-Martínez¹, Martha Salazar-Juárez²

RESUMEN

En la práctica cotidiana en la unidad neonatal (UN) los recién nacidos son sometidos a una serie de procedimientos e intervenciones terapéuticas que ocasionan dolor, algunos niños nacen con prematuridad extrema, requieren en algunas ocasiones hasta dos meses de manejo ventilatorio y procedimientos como colocación de catéteres percutáneos, acceso vascular, succión de secreciones, además del constante retiro de cintas adhesivas que lastiman la piel, los neonatos están expuestos hasta a 3 procedimientos dolorosos diariamente. El manejo de estos niños está básicamente encaminado al tratamiento de las patologías de origen; sin embargo, el cuidado debe ser holístico, satisfaciendo sus necesidades en todos sus aspectos. Hoy en día se sabe por indicadores comportamentales y fisiológicos, que el dolor está presente en ellos, debe prevenirse y tratarse para evitar sufrimiento y efectos nocivos resultantes de cambios fisiológicos, hormonales y biológicos, que pueden reprogramar el desarrollo del sistema nervioso central debido a la percepción nociceptiva de los neonatos. La valoración y tratamiento del dolor neonatal debe ser multidisciplinario, a cargo de médicos, enfermeras y familiares, por lo que además del tratamiento farmacológico, es de gran utilidad el uso de técnicas no farmacológicas como por ejemplo el contacto madre-hijo, hablarle o arrullarlo.

Palabras clave: prematuro, dolor, unidad neonatal.

Pain in newborn: humanization of neonatal care

ABSTRACT

In the daily practice of neonatal unit (NU) the newborns are subjected to procedures and therapeutic interventions that cause pain, some children born with extreme prematurity, sometimes requiring up to two months of ventilatory management and procedures such as percutaneous catheters, vascular access, suction of secretions, besides the constant daily removal of adhesive tapes that hurt the skin, are exposed infants up to 3 painful procedures. The attendance of these children is basically aimed at the treatment of pathologies; however, care should be holistic, fulfilling their needs in all its aspects. Today we know from behavioral and physiologic indicators, that the pain is present in them and must be prevented and treated to avoid suffering and its harmful effects resulting from physiological changes, hormonal and biological agents that can reprogram the nervous system development, attributed to central nociceptive perception of infants. The treatment of neonatal pain should be multidisciplinary, by doctors, nurses and relatives, as well as drug treatment, is very useful to use non-pharmacological techniques such as mother-infant contact.

Key words: premature, pain, neonatal unit.

Correspondencia: Josefina Gallegos-Martínez. ¹Facultad de Enfermería, UASLP. Líneas de Generación y Aplicación del Conocimiento: Cuidado del Niño y Adolescente, Alimentos, Nutrición y Salud. Facultad de Enfermería, UASLP - Unidad de Posgrado. Ave. Niño Artillero 130, San Luis Potosí, S.L.P. CP 78240. E-mail: jgallego@uaslp.mx ²Hospital General de Rioverde, S.L.P.

En el medio hospitalario al menos el 50 % de los niños internados en la unidad neonatal (UN) sufren dolor que no siempre es causado por la patología de ingreso del neonato; en la mayoría de casos el dolor es provocado por las técnicas diagnósticas que realiza el personal de salud como: extracción de sangre, punciones de talón, aspiración de

secreciones orofaríngeas, nasofaríngeas y endotraqueales, colocación de catéteres venosos, sondas nasogástricas, instalación de tubo endotraqueal, punción lumbar, introducción de tubos de tórax, eliminación de cintas adhesivas y aplicación de vacunas¹. Para disminuir el dolor en los niños, se emplea poco tratamiento farmacológico en métodos médicos en las

UN, donde la frecuencia de los procedimientos es variable, hay neonatos que requieren hasta 3 procedimientos invasivos por hora, otros hasta 9 a la semana. En referencia de un estudio realizado en neonatos hospitalizados, se observó que fueron sometidos a 7,000 procedimientos de los cuales 6,000 fueron por punción de talón, de ellos, sólo se previnieron el 3% con analgésico y el 28% recibieron alguna droga, no para disminuir el dolor, sino para sedar al niño y disminuir la lucha para facilitar el trabajo médico².

En Estados Unidos de Norteamérica ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, aproximadamente 300,000 neonatos al año, los cuales son expuestos a multitud de procedimientos terapéuticos y de tratamiento, un 74% del total en niños son menores de 31 SDG, a los cuales se les realizan de 10 a 14 procedimientos diarios y sólo un tercio de ellos recibe analgésico en dosis y momento adecuado³.

En México existen escasas publicaciones con referencia al manejo de instrumentos para evaluar el dolor en neonatos, respecto a valoración y manejo del dolor, se tiene un artículo publicado por el Hospital Infantil de México⁴.

Impacto del dolor neonatal

Los prematuros son neurológicamente inmaduros, presentan dificultad para adaptarse al medio ambiente invasivo de la UN que se caracteriza por luces brillantes, ruido, frecuentes intervenciones médicas que causan dolor y manipulaciones constantes, aunado a los cambios fisiológicos y metabólicos que experimenta el neonato, se encuentra que el dolor acumulativo y el estrés causan una baja regulación de los receptores de la corticosterona en hipocampo, que pueden afectar la regulación endocrina en estos niños, volviéndolos más sensibles en etapas posteriores. El control inhibitorio descendente del dolor esta menos desarrollado en prematuros lo que les predispone a una exagerada percepción del dolor con respecto a otros neonatos³.

Existen datos que demuestran que el recién nacido expuesto al dolor experimenta a corto plazo un estado de catabolismo, (aumento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, descenso en saturación de oxígeno, secreción de insulina) que puede disminuir y aumentar las catecolaminas, glucagon, aldosterona y cortisol, el incremento del nivel de glucosa puede ser nocivo para el encéfalo inmaduro, puede haber alteración del comportamiento y en especial aumento de la vulnerabilidad del prematuro. Se han observado cambios del comportamiento en los niños que sufren de dolor entre los que se encuentran llanto, cambios en la conducta con ausencia de la sonrisa, pasividad, y desconexión con el ambiente, alteración en la expresión facial, incluso cambios en la actitud corporal, manifestada por espasticidad e irritabilidad al manejo,

reflejo de retirada al estímulo doloroso, trastornos de la motilidad y del sueño, involución psicológica y regresión del desarrollo. Además se suman las respuestas conductuales negativas como falta de apetito, presencia de vómitos o regurgitaciones ocasionando mal aporte nutricional que limita crecimiento y desarrollo⁵.

La resonancia magnética ha apoyado la sugerencia de que hay cambios morfológicos y funcionales a largo plazo en el cerebro de niños que fueron prematuros y experimentaron dolor, así se pueden desencadenar respuestas exageradas a estímulos dolorosos posteriores debido a que el cuerpo registra y en cierto modo recuerda el dolor aunque no haya impronta cognoscitiva. El mensaje doloroso entra al sistema nervioso central, se almacena allí por largo tiempo debido a los cambios moleculares, este registro al parecer influirá en la posterior transmisión de la información dolorosa. Hay evidencia de respuesta diferente al dolor en neonatos expuestos a estímulos dolorosos entre las semanas 28 y 32 de la gestación en comparación con los que no la han sufrido⁶⁻⁸. La alteración de respuestas cognoscitivas y aprendizaje, alteraciones psiquiátricas, síndromes de dolor crónico y procesos de apoptosis prematura a nivel neuronal, quizás sea secundario a estimulación nociceptiva, a estrés constante y a la presencia de neurotransmisores sobre la estructura que se encuentran en pleno desarrollo^{9,10}.

Pronunciamientos sobre el dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), fundada en 1973; mediante el comité de taxonomía, definió los términos vinculados al dolor. IASP cuenta con más de 6,300 miembros de 108 países y 69 capítulos, entre los que se encuentra el capítulo de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), establecida formalmente el 23 de febrero de 1981. Los objetivos de la AMETD son de carácter constitucional, profesional, académico y asistencial, basada en el artículo 50 de la ley reglamentaria del artículo 5 constitucional, su trabajo está encaminado a la vigilancia del ejercicio profesional y emisión de recomendaciones para el manejo adecuado del dolor, promueve la enseñanza y educación continua favoreciendo el entrenamiento en el campo del estudio y tratamiento del dolor.

La Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) también ha hecho sus pronunciamientos en relación al dolor y distingue el dolor agudo del dolor crónico, haciendo uso de la definición dada por la IASP, postulando un diagnóstico enfermero específico del dolor, enfocando sus intervenciones a la disminución o eliminación del estímulo que lo causa⁷. En 1995 en Estados Unidos de Norteamérica la *National Association of Neonatal Nurses* (NANN) y la *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*

(AWHONN) emitieron su declaración sobre el dolor en los neonatos y recomendaban el uso de las escalas para la valoración y evaluación del dolor experimentado por el niño¹¹.

El dolor en el neonato

Los componentes del sistema del dolor se encuentran desde los receptores sensitivos en la piel hasta áreas sensitivas de la corteza cerebral. La densidad de las terminaciones nerviosas nociceptivas en la piel del recién nacido, marcación de proteínas específicas producidas por los conos de crecimiento axonal, actividad refleja y campos receptivos de neuronas primarias y el desarrollo de sinapsis entre neuronas aferentes primarias interneuronas en el asta posterior de la médula espinal, indican madurez anatómica y funcional del sistema periférico del dolor durante la vida fetal³.

El desarrollo de las vías ascendentes del dolor en el feto se desarrollan con mayor precisión, se sabe que la región perioral ya percibe desde la sexta a octava semana de gestación, las palmas de manos y planta de los pies a las once, tronco, brazos y piernas 15, superficie de piel y mucosas 20, sistema nervioso central funcional, se establecen las conexiones tálamo-corticales sinápticas de las 20 a 24, periodos definidos de sueño – vigilia a las 28, mielinización completa en tronco cerebral y tálamo, pasando después a tractos nerviosos y espinales 30¹². El recién nacido posee los componentes anatómicos y funcionales para la percepción del dolor¹³.

Con respecto al sistema modulador hacia las 12 ó 14 semanas de gestación (SdG) ya son detectados en la médula espinal péptidos opiáceos endógenos, hacia las 20 semanas hay liberación de beta endorfinas encefálicas y dinorfinas, las descargas de catecolaminas se observan desde las 35 semanas, otros neurotransmisores que también participan en la modulación del dolor son la serotonina y ácido gamma-amino butírico (GABA). El funcionamiento del sistema inhibitor inicia su maduración semanas después del nacimiento y continúa hacia los tres años de vida¹⁴. El sistema endócrino se encuentra desarrollado de las 16 a 21 semanas siendo capaz de liberar cortisol y catecolaminas en respuesta al estrés doloroso¹⁰.

DIAGNÓSTICO

La valoración adecuada del dolor proporcionará la pauta para su manejo farmacológico y no farmacológico para el confort del neonato o disminuirá la respuesta de estrés durante las intervenciones que le causan dolor¹⁵. Basándose en estos tres tipos de respuestas al dolor (fisiológicas, bioquímicas y conductuales), se han validado un número considerable de escalas para la medición del dolor y que coinciden en su mayoría en los indicadores que miden (llanto, gesticulaciones, cambios en la conducta, alteraciones en los signos vitales, alteraciones

metabólicas, entre otros). En este apartado se abordaran algunas escalas específicas para la edad neonatal, la AAP propone las siguientes^{15, 16}.

a) PIPP (Premature Infant Pain Profile)

Es una escala de 7 reactivos y cuatro puntos para valorar el dolor en los prematuros, es un perfil peculiar que incluye dos modificadores contextuales como la edad gestacional y el estado conductual¹. Esta escala se adapta a las condiciones anatomofisiológicas del recién nacido tanto a término como al pretérmino, hasta ahora se considera la más útil y completa pues mide la edad gestacional, conducta, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, ceño fruncido, ojos apretados y surco nasolabial, no es apta para niños sedados y se recomienda su empleo antes y después del procedimiento, su manejo es recomendable en neonatos de 28 a 40 SDG. El puntaje máximo en los recién nacidos prematuros es de 21 y en recién nacidos es de 18. Si el puntaje es de 6 ó menor, el dolor es mínimo, de 7 a 12 es moderado y mayor de 12 es moderado a grave¹⁷.

b) NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Este tipo de escala es apta para recién nacidos a término, valora las reacciones del comportamiento facial ante punción del talón y se encarga de evaluar el estado de alerta, expresión facial, llanto, patrón respiratorio y movimientos de brazos y piernas. Esta escala no debe usarse en forma aislada debe tener en cuenta el estado global del niño y su ambiente. La puntuación máxima es de 7, si la puntuación es de 0, no hay dolor, si es de 7, se considera que el dolor es grave¹⁵.

c) CRIES Score (Crying Requires Oxygen for Saturation Increase Vital Signs)

Acronimo que incluye cinco parámetros conductuales y fisiológicos, C=llanto, R=necesidad de oxígeno para conservar una saturación mayor del 95%; I=incremento de los signos vitales; E= expresión, y S= insomnio. Es fiable en neonatos desde las 32 SDG. Su puntuación es de utilidad en la valoración del dolor en el recién nacido posoperado, la evaluación del dolor debe hacerse cada 2 hs en un periodo no menor de 24 hs y cada 4 hs durante las próximas 48 hs. Con una valoración de 10 puntos, cada parámetro tiene una valoración de 0, 1 y 2. Puntuación mayor de cuatro ya es indicativo de dolor significativo. Si la puntuación es igual o mayor que cinco debe ser administrada medicación para el alivio del dolor. De uso recomendado de 32 a 36 SdG.

d) NFCS (Neonatal Facing Coding System)

Se desarrolló para la evaluación del dolor ante procedimientos dolorosos y requiere entrenamiento y tiempo para la codificación, es una medida descriptiva basada en la expresión (movimientos musculares) por lo que puede presentar varia-

ciones individuales sustanciales en la expresión y vigor de las respuestas. Se compone de ocho expresiones faciales distintas, ha demostrado su capacidad para detectar cambios en la expresión facial como respuesta a la punción con aguja en niños de todas las edades, incluyendo neonatos y muy prematuros, aunque con menor sensibilidad en niños más maduros. Este instrumento puede ser utilizado durante los procedimientos dolorosos, desde el primer día del nacimiento hasta 100 días incluso hasta 4 meses. No es útil en los neonatos que se encuentran sedados. La escala NFCS requiere de personal capacitado ya que depende de la observación para una correcta evaluación del dolor. Instrumento con valor máximo de 8 puntos, los cuales representan la manifestación de dolor más intensa. El 0 representa la ausencia de dolor.

e) Score EDIN (escala dolor e incomodidad del neonato)

Esta escala evalúa la expresión facial, tono muscular, sueño, relación y contacto con las personas y medio ambiente, se puede utilizar en recién nacidos pretérmino desde 25 a 36 SDG, no es útil en niños bajo efecto de sedación además es importante destacar que los aspectos evaluados en esta escala pueden estar relacionados con estrés, disconfort, agresividad del medio físico, alteraciones básicas tales como sueño, succión, afecto y contacto con la madre. Por lo tanto es necesario tratar de mantener estos aspectos bien cubiertos para que la escala sea más adaptada al dolor. La puntuación va de 0 a 12 puntos, a mayor puntuación, mayor dolor.

f) Escala de Susan Given Bells

La ausencia de expresión verbal del dolor ha hecho que la observación clínica de las reacciones del lenguaje corporal y alteración de los signos vitales (FC, FR, PA y SaO₂) sean los medios más eficaces hasta el momento para reconocer el dolor en el prematuro y neonato. La escala más propicia para la evaluación del dolor en neonatología es la descrita por la enfermera norteamericana Susan Givens Bell del Children's Hospital in St. Petersburg, Florida, basada en la escala de Attia (midiendo la respuesta del dolor en niños sometidos a tratamiento quirúrgico)⁷. Las variables van de 0 a 2, donde 0 es ausencia de dolor y 2 máxima expresión de dolor, obteniéndose en total una puntuación de 0 a 20 donde: (< 4 no dolor), (5-8 dolor moderado), (>9 dolor intenso).

g) Amiel - Tison

Escala útil durante el primer y hasta los 3 meses siguientes. La cual mide específicamente signos conductuales más que fisiológicos como sueño, expresión facial, llanto, y movimientos espontáneos, entre otros. En niños que están ventilados y miorelajados no tienen expresión facial en este caso es útil el grado de dilatación pupilar como medida de actividad narcótica como una forma indirecta para la evaluación del dolor. Esta escala está compuesta por 10 indicadores conductuales los

cuales tienen un valor de 0 a 2 cada uno, con una puntuación total de 20, en donde a mayor puntuación, menor dolor. Una puntuación menor de 15 puntos requiere tratamiento para el dolor⁵.

h) Escala CONFORT (evalúa ventilación)

Evalúa signos conductuales y fisiológicos como la ventilación espontánea o asistida, despierto o en estado de sedación, tono muscular, movimientos corporales, expresión facial y signos vitales (FC y PA). Esta escala es muy apta para las UCIN y pediátrico¹⁷. La escala de confort mide 7 parámetros y cada uno de ellos tiene valores que van desde 1 a 5 puntos; por lo tanto, la puntuación máxima que se puede alcanzar y que nos estaría hablando de dolor extremo es de 35 puntos y un mínimo 7 puntos indican control adecuado del dolor. Sedación excesiva 8 a 16; sedación adecuada 17 a 26; y sedación insuficiente 27 a 35.

Medidas farmacológicas y no farmacológicas para manejo del dolor

Es evidente que en la actualidad; el medio terapéutico más empleado para combatirlo es el farmacológico, aunque existen una serie de medidas no farmacológicas que pueden ser utilizadas en el medio hospitalario por el personal de salud para disminuir o eliminar el dolor. La estrategia a elegir depende en gran medida de una adecuada y correcta evaluación del mismo, a continuación se hace referencia a las medidas no farmacológicas recomendadas y posteriormente al tratamiento farmacológico que puede ser utilizado de acuerdo a la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸.

Manejo no farmacológico: dentro de las técnicas no farmacológicas con propiedades analgésicas se encuentra la sacarosa o glucosa al 30%; vía oral ofrecida cuando menos media hora antes del procedimiento, cuyas propiedades analgésicas nociceptivas parecen estar mediadas por receptores opiáceos disminuyendo llanto asociado a punciones de talón o venopunciones, otro analgésico no farmacológico es la estimulación multisensorial amamantando al niño al pecho de su madre durante la intervención dolorosa, también se recomienda facilitar la posición fetal sosteniendo las extremidades del neonato flexionadas y cerca del tronco lo cual reduce la frecuencia cardíaca y disminuye el llanto, la succión no nutritiva, estimulada por el chupete reduce la respuesta fisiológica al dolor¹⁹. La calidez humana, manejo gentil, caricias, arrullo, música suave, envolverlo en una manta suave, hablarle suave con un tono tranquilo, minimizando la estimulación nociva del personal, son procedimientos favorables para disminuir el dolor en el neonato⁹. También se debe intentar que el ambiente sea lo más agradable posible disminuir la luz intensa, ruido y agrupar los procedimientos. Estas medidas favorecen la reducción del estrés y mayor tolerancia al estímulo

doloroso^{10, 20}.

Manejo farmacológico: cuando los procedimientos son más agresivos las medidas no farmacológicas deben ir siempre acompañadas por tratamiento farmacológico el cual se puede elegirse de acuerdo a la escala analgésica de la OMS, en orden ascendente:

1. Dolor leve: no opioide ± adyuvante.
2. Dolor moderado: opioide menor ± no opioide ± adyuvante.
3. Dolor severo: opioides mayores ± no opioide ± adyuvante.

Adyuvantes: los sedantes más utilizados en las salas de neonatología son benzodiazepinas como: diazepam, midazolam o lorazepam, sus efectos clínicos incluyen hipnosis, disminución de ansiedad, actividad anticonvulsivante, amnesia y relajación muscular, es probable que las benzodiazepinas produzcan hiperalgesias y agitación por lo que se recomienda utilizar con analgésicos opioides; que actúan sobre receptores específicos localizados en el cerebro, hipotálamo, cerebelo, cuerpo estriado y bulbo raquídeo.

Analgésicos no esteroideos: paracetamol, analgésico usado con éxito después de las 35 SdG.

Anestésicos locales: son útiles en bloqueos de nervios periféricos, las técnicas de aplicación son sencillas y las complicaciones son limitadas, se utilizan en biopsias cutáneas, venopunción, punción lumbar y sobre piel intacta¹.

Opiáceos débiles (codeína, dextropropoxifeno): el problema de su uso en los recién nacidos reside en su mayor sensibilidad a serios efectos colaterales como: depresión respiratoria debido a que el neonato tiene proporcionalmente mayor porcentaje de su débito cardiaco distribuido a tejidos ricos en vasos sanguíneos, como el cerebro que además tiene una barrera hematoencefálica inmadura, centro respiratorio inmaduro, tarda más en metabolizarse y se elimina lentamente, todo esto implica que al usar estas drogas en la UN se debe tener siempre preparado el equipo de intubación endotraqueal y disponer de ventilación mecánica; estas drogas deben ser usadas en lo posible asociadas a otras técnicas analgésicas para disminuir así su requerimiento.

Opiáceos enérgicos: (como la morfina, fentanil): son útiles en procedimientos dolorosos, se relacionan con disminución en la incidencia de hemorragia intraventricular III y IV en recién nacidos pretérmino y sometidos a ventilación mecánica, los cuales deben ser aplicados en infusión continua. Su vida media es de 2 a 4 hs, dentro de sus efectos colaterales están: depresión respiratoria, tolerancia y dependencia, alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, bradicardia y náuseas. Debido a todo esto se recomienda su uso en pacientes con soporte ventilatorio y con una adecuada monitorización, ya que entre más pequeño o inmaduro sea el niño, mas aumenta la toxicidad por lo que al definir la dosis a utilizar se deben

tomar en cuenta todos estos aspectos, aun así no deja de ser una buena opción para disminuir el dolor intenso en neonatos¹⁹.

El equipo de salud y alivio del dolor del neonato

Los profesionales de la salud de diversos países se encuentran trabajando a favor de un mejor manejo del dolor en los neonatos, se han propuesto y estudiado una serie de medidas para disminuirlo o eliminarlo; además de la validación de instrumentos para evaluarlo de acuerdo a la edad en la que se encuentre el niño. La investigación y evidencia basadas en investigación son el medio recomendado para fundamentar las decisiones. A continuación se ejemplifican tales evidencias a través de algunos estudios.

En un estudio descriptivo el objetivo fue buscar la relación existente entre los signos fisiológicos y rangos del dolor sobre el total de la escala de Susan Givens, llevado a cabo por Ibarra, *et al*, 2004, todos ellos enfermeras(os) de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos de Hospitales de Almería España. Mediante *test X²* se consideró la escala muy adecuada para identificar situaciones de dolor en neonatología y por consiguiente muy útil para aplicarla al seguimiento de valoraciones sistematizadas en situaciones susceptibles de dolor⁷. En un estudio aleatorio con un grupo control cuyos objetivos fueron comparar la eficacia de propofol, un agente hipnótico, al régimen de morfina, atropina y suxamethonium como un agente de inducción para la intubación endotraqueal neonatal emergente, dirigido por Oei Satish, *et al*, en el Hospital Royal para el cuidado de las mujeres y recién nacidos al sur de Australia, en marzo del 2004 a diciembre del 2005. El resultado fue que los niños que a quienes se les aplicó propofol al azar, la relajación del sueño o músculo se logró dentro de 60 seg en ambos grupos, aunque para lograr una intubación exitosa era dos veces más rápido con propofol, 120 contra 260 segundos²¹.

Un estudio aleatorio controlado doble ciego dirigido por Gradin, *et al*, en enero de 1999 a octubre del año 2000; en las unidades del cuidado intensivas neonatales de dos hospitales Suecos. Se comparó la eficacia de la glucosa oral con la anestesia local EMLA (*Eutetic Mixture of Local Anesthetic*, preparado que contiene dos anestésicos locales del tipo amino-amida, lidocaína y prilocaína). Utilizando la escala PIPP para evaluar dolor en el prematuro se obtuvo por resultado que no había diferencias significativas entre los grupos pero significativamente menos pacientes en el grupo de la glucosa tuvieron un PIPP encima de 6 (19.3%) a diferencia de 41.7% en el grupo de EMLA, la duración del llanto durante los primeros 3 minutos era significativamente más corto en el grupo de la glucosa que en el grupo de EMLA, la frecuencia cardiaca en el grupo EMLA eran antes de la prueba de 138, durante la prueba 147, inmediatamente después de la prueba 137, y 3 minutos después

de la prueba era de 130. Lo correspondiente en el grupo de la glucosa fue 139, 152, 140, y 131 latidos por minuto. Como conclusiones se recomienda el uso de la glucosa oral preferible antes que EMLA¹⁶.

Una revisión sistemática Cochrane, realizada por Yamada y Ohlsson, tuvo como objetivos determinar eficacia, efecto de dosis y seguridad de la sucrosa para aliviar el dolor debido a procedimientos mediante evaluaciones con indicadores validados del dolor individuales y compuestos. Para la estrategia de la búsqueda se utilizaron los métodos estándar del grupo Cochrane de Neonatología, se realizó una búsqueda en MEDLINE de ensayos controlados, aleatorios, publicados de enero de 1966 a marzo de 2004, en EMBASE de 1980 a 2004. La búsqueda se realizó mediante descriptores y criterios de selección, recién nacidos a término o prematuros menores de 28 días de vida que recibieron sucrosa oral con un grupo de control al que sólo se le dio agua, chupete, abrazos o cambios de posición, se excluyeron los estudios en los que el estímulo doloroso era por circuncisión. El resultado mostró que la administración de las diferentes dosis de sucrosa reducía los indicadores de dolor fisiológicos y conductuales, observando que en el grupo control no hubo modificación alguna por lo que se concluyó que el uso de sucrosa en punciones de talón es segura para reducir el estímulo doloroso²².

Consideraciones finales

Se ha incrementado la evidencia a favor del uso de analgesia neonatal, de tipo farmacológica o no farmacológica, con el advenimiento de las bases fisiológicas, farmacológicas y de investigación en el campo de la asistencia a los recién nacidos. Al equipo de salud cabe considerar las ventajas y desventajas de los métodos así como sopesar la calidad de vida actual y a futuro de los niños que se atienden, para tomar decisiones correspondientes a favor de transitar hacia un enfoque de humanización del cuidado neonatal.

REFERENCIAS

- Bildner J. Cuidados intensivos de enfermería en neonatología. Tratamiento del dolor en los neonatos. 2ª edición. México D.F: Deacon O'Neill, edit. McGraw Hill-interamericana 2005.
- Álvarez T. *Pediatría* 2000; 3(4). Disponible en: <http://medicina.udea.edu.co/Publicaciones/iatreia/Vol113%20No4%20-%20Dic%202000/246-255.pdf>
- Cuñarro A. Tratamiento del dolor en el recién nacido. 2005. Disponible en: www.neonatos.org/documentos/tratamientodeldolor/enelrecien nacido.pdf
- Hernández- Hernández AR, Vázquez-Solano E, Juárez-Chávez A, et al. Valoración y manejo del dolor en neonatos. *Bol Med Hosp Infant Mex* [online]. 2004;(61):2 [citado 2007-10-29], pp. 164-173. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000200009&lng=es&nrm=iso.
- Cruz-Hernández M, Cruz-Martínez O. Dolor, diagnóstico y tratamiento. Vol. 2, primera reimpresión. Barcelona España: Océano Fergon 2007.
- Ibarra-Fernández AJ. Valoración del dolor en pediatría. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo10/capitulo10.htm>
- Ibarra-Fernández AJ, Gil-Hermoso MR, Llanos-Ortega IM. Escala de valoración del dolor en Neonatología. *Tempus vitalis. Revista Internacional para el cuidados del paciente crítico* 2004; 4(1) Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/Revista06/originalp1.pdf>
- Gordon B. *Avery's Neonatology, pathophysiology and management of the Newborn*. 6ª ed. Lippincott William and Wilkins, Philadelphia 2005.
- Hernández-Hernández A. *Terapéutica en pediatría. Boletín médico del hospital Infantil de México* 2004;61(2):164-73.
- Vidal M, Calderón E, Martínez E, González A. Dolor en el neonato. *Revista de la sociedad española del dolor* 2005; 12. Disponible en: <http://www.revista.sedolor.es/articulo.php?ID=28> - 65k 1
- Jacox A, Carr DB, Payne R. Management of cancer pain. Clinical Practice Guideline No. 9. AHCPR Publication No. 94-0592. Rockville, MD. Agency for Health Care Policy and Research. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. March 1994. Disponible en: <http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/48/cpg2401.html> 1
- Altamirano N, Dulzan MP. El dolor en el feto y el recién nacido. *Revista de Enfermería del Hospital Italiano* 1997; 2. Disponible en: http://www.hitaba.edu.ar/docencia/rehi/index.php?contenido=contenido_articulo.php&id_articulo=228
- Tutaya A. Dolor en pediatría. *Pediatría* 2002; 4 (2): 27-40, disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/Paediatria/v04_n2/dolor.htm
- Barraza-Ayllon O. Desarrollo de la nocicepción del feto y recién nacido. *Revista Diagnóstico* 2002; 41(3). Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2002/mayjun02/103-112.html>
- American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn and Section on Surgery, Canadian Pediatric Society and Fetus and Newborn Committee Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *PEDIATRICS* Vol. 118 No. 5 November 2006, pp. 2231-2241 (doi:10.1542/peds.2006-2277) Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/118/5/2231>
- Gradin M, Eriksson M, Holmqvist G. Pain reduction at venipuncture in newborns: oral glucose compared with local anesthetic cream. *Pediatrics* 2002; 110;1053-1057. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/6/1053>
- Ibarra-Fernández AJ, Gil-Hermoso MR. Estudio preliminar de la valoración sistemática del dolor en niños preverbales. 2007, disponible en: <http://www.aibarra.org/Dolor/Preliminar/default.htm>
- Uberos-Fernández J. Guía del manejo del dolor en el recién nacido. Sociedad Española de pediatría 2005. disponible en: <http://www.sepeap.org/archivos/revisiones/neonatalogia/dolor.htm>
- Gordon B. *Avery-neonatology, Fisiología y manejo del recién nacido*, 5ª edición. Madrid España: Editorial Panamericana. 2001.
- Pérez-Villegas R, Villalobos-Alarcón E, Aguayo-García K. Valoración y estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal. *Rev Cub Pediatr* 2006; 78 (3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v78n3/ped08306.pdf>
- Ghanta A, Mohamed E, Abdel-Latif, Key Lui. Propofol compared with the morphine, atropine, and suxamethonium regimen as induction agents for neonatal endotracheal intubation. *Pediatrics* 2007; 119. Originally published online may 7, 2007; DOI: 10.1542/peds.2006-2708. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/6/1248>
- Taddio A, Ohlsson K, Ohlsson A. Crema de lidocaína-prilocaína como analgesia para la circuncisión de niños recién nacidos (Revisión Cochrane traducida). De La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/Analgesia.htm>

Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Ma. Guadalupe Nava Galán, Patricia Zamora Ruiz

RESUMEN

La percepción es un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara el interior de sí mismo y de todo aquello que obtiene alrededor sobre todo en la relación enfermera-ser-cuidado, a esto se le denomina percepción del cuidado de enfermería de la interrelación en el momento *cuidar al otro*, y cómo se interiorizan los momentos y acciones. Para tomar en cuenta esta relación social que existe entre enfermo – familiar – profesional de enfermería, a través de la relación que se establece en el transcurso de la hospitalización, en el proceso de la enfermedad para ayudar a conocer si el enfermo es cuidado adecuadamente, desde el punto de vista: biológico, psicológico y social se debe tomar en cuenta también el punto de vista ético y legal ya que esto es evaluado a través de indicadores de calidad sobre trato digno.

El trato digno es la percepción que tiene, el paciente o familiar de la relación y atención prestada por el profesional de enfermería durante su estancia hospitalaria. Es un aspecto esencial que se debe cuidar en la relación persona-persona, pues el profesional de enfermería está comprometido a llevarlo a cabo para las acciones de mejora continua que aseguren una calidad de atención a los usuarios y familiares para el establecer trato humano, personalizado y profesional que se proporciona en cada intervención.

Palabras clave: trato digno, percepción, relación entre personas.

Perception of right treatment from their families to people with neurologic illness at the INNN

ABSTRACT

The perception it's a mental process of the human being, which permits to organize in an important and clear way the inside of himself and all around about the relationship between nurse-person- care, that is denominated as perception of the nurse care. To give the importance to this social relation that exists between patient-family-nurse professional, through the relation that begins in the hospitalization, in the disease process to help to know if the patient is good caring, from the point of view: biological, psychological, social and also it's important to consider the ethical and legal point of view, because this is evaluated through to quality indicators about dignified treat.

The dignified treatment it's the perception that has the patient or the family, about the relationship and the nurse professional attention during the hospital stay. It's an essential aspect that must be care in the relationship between person's, as the nurse professional is commitment to conducting the actions of continuous improvement that guaranties a quality attention to the patients and their families, and so establish human treat, personalized and professional, that is provide in each intervention.

Key words: the dignified treatment, perception, relationship between person's.

Correspondencia: Ma. Guadalupe Nava Galán. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Laboratorio de Investigación Sociomédica. Av. Insurgentes Sur # 3877. Col. La Fama. 14269. E-mail: mgngalan@hotmail.com

El *trato digno*: es considerado a través de los indicadores de calidad, como la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria, esta puede ser medible a través de los indicadores de calidad, entendiéndose como indicador de calidad al porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para *trato digno*.

Los criterios en los que se está basando, son las condiciones señaladas en el *código de ética para enfermeras (os) en México* y en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2002.

Es importante resaltar que el *trato digno* es un aspecto esencial, que se debe cuidar en la relación persona - persona, pues el profesional de enfermería está comprometido a llevarlo a cabo para las acciones de mejora continua que aseguran calidad de atención a pacientes y familiares para establecer *trato humano*, personalizado y profesional. Con lo cual, se asegura el respeto que se provee, al establecer acciones que el profesional de la disciplina realiza, y que constituye un compromiso en el cuidado que aporta, pues este juega un papel esencial en la certificación de una institución de salud de cualquier nivel de atención. El *trato digno* contribuye en lo reglamentado en la carta de los derechos generales de los pacientes, en la Ley General de Salud, en los principios de enfermería, bioéticos y se hace énfasis a lo mencionado con antelación, las instituciones requieren de personal altamente competente, que este convencido del compromiso que implica dar atención de calidad y calidez de acuerdo a la misión, visión y objetivos institucionales.

Esto se pudo analizar a través de un estudio de tipo descriptivo, comparativo y correlacional, cuyo objetivo general fue conocer la percepción del *trato digno* de los familiares del enfermo neurológico en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y las variables que se encuentran relacionadas. Esta investigación se basó en los indicadores de calidad, aplicado en el año 2009; en el ambiente hospitalario del INNN.

OBJETIVO

Marco referencial

Trato digno

El diccionario de la Real Academia Española define entre otros significados al término *digno* como: merecedor de algo, correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo.

Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos⁴ en su Artículo 1° establece en su párrafo tercero. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Definición operacional de *trato digno*

Es la percepción que tiene el paciente o familiar, del *trato* y la atención proporcionada por el profesional de enfermería durante su estancia hospitalaria.

Trato digno, elemento o parte de la dimensión interpersonal, cuyas características son: respeto, información, interés y amabilidad; y atención médica efectiva que incluye la evaluación de aspectos de la dimensión técnica que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud.

Para determinar la situación que en materia de calidad en enfermería, existe en las unidades médicas, y como punto de referencia un proyecto, en el cual participan instituciones tanto públicas como privadas del Sistema Nacional de Salud en el Distrito Federal, se desarrolla un sistema, programa o proyecto de evaluación específico de la calidad de los servicios de enfermería. Este inició en el mes de junio del 2002; con el desarrollo del proyecto *Evaluación de la calidad de servicios de enfermería* para lo cual conformó un equipo de trabajo, con el propósito de definir tres indicadores. *Dimensión técnica*: cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral y vigilancia y control de venoclisis instaladas. En la *dimensión interpersonal*: *trato digno*. Los criterios a evaluar son los siguientes:

*Criterios a evaluar del *trato digno* de enfermería*

1. ¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?
2. ¿Se presenta la enfermera (o) con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera (o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?
5. ¿La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
6. ¿La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?
7. ¿La enfermera (o) le hace sentirse segura (o) al atenderle?
8. ¿La enfermera (o) lo *trato* con respeto?
9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familia los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
10. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 hs del día?

11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera (o)?

Calidad de los servicios de enfermería

Se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y prestador de servicios.

De igual manera la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en sus diez años de labores ha contribuido intensamente a mejorar la calidad de los servicios de salud que se brindan en México, favoreciendo la aplicación de medios alternativos para la solución de conflictos, y no sólo ha puesto a disposición de profesionales de la salud y pacientes la posibilidad de resolver sus diferencias a través de la conciliación y arbitraje, sino que además, lleva a cabo acciones de gestión, que resuelven problemas inmediatos del paciente emitiendo recomendaciones para contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos y de enfermería para mejorar la relación enfermera-paciente.

La CONAMED; nace en 1996 con el propósito de resolver los conflictos suscitados entre usuarios y prestadores de servicios de salud de carácter público y privado, así como contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos en México.

Al mismo tiempo, la Comisión permite tanto a usuarios como a prestadores de servicios de salud, explicar en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de servicios en materia de salud, con lo que se evitarán cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales.

Entre las atribuciones más importantes con que cuenta, se encuentran las de brindar asesoría e información en forma gratuita, tanto a los usuarios como a los prestadores de servicios del equipo de salud, sobre sus derechos y obligaciones en materia de salud; así como recibir, investigar y atender las quejas que sean presentadas por el paciente con relación a posibles irregularidades en la prestación o negativa de servicios.

Es necesario avanzar en la consolidación de una cultura que fomente la participación social y corresponsabilidad en el cuidado de la salud, por lo cual es necesario destacar los privilegios que las propias disposiciones sanitarias de México regulan en beneficio de las personas, las cuales habían de definirse en forma precisa y difundirse entre los propios usuarios de los servicios de salud. Es por ello que se encomendó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico esta

tarea, encaminada a coordinar esfuerzos institucionales para definir un proyecto que fuera puesto a consideración de las organizaciones sociales. En él se plantearon los derechos de los pacientes frente al equipo de salud ya que es quien, le brinda atención, y que concluyó con el diseño de la presente Carta de los Derechos Generales de los pacientes.

El decálogo incluye, en cada uno de sus artículos, el fundamento esencial y legal contemplado en los diferentes ordenamientos jurídicos relacionados con el trato digno, que debe de recibir la persona que es atendida en las diferentes unidades hospitalarias con materia, vigente en México.

Carta de los derechos generales de los pacientes

1. *Recibir atención médica adecuada:* el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia de otro médico.
Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 21 y 48.
2. *Recibir trato digno y respetuoso:* el paciente tiene derecho a que el médico, enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas a las socioculturales de género, pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
Ley General de Salud Artículos 51 y 83.
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.
3. *Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz:* el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998 del expediente clínico, numeral 5.5.
4. *Decidir libremente sobre su atención:* el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico

ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. NOM-168SSA1-1998 del expediente clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1. Anteproyecto del código-guía bioética de conducta profesional de la SSA, artículo 4, fracción 4.3

Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

5. *Otorgar o no su consentimiento válidamente informado:* el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito cuando acepten sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

Ley General de Salud, Artículos, 100 Fracc. IV; 320 y 321.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos, artículos 80 y 81.

NOM-168SSA1-1998 del expediente clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1.

6. *Ser tratado con confidencialidad:* el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley. NOM-168SSA1-1998 del expediente clínico. Numeral 5.6
Ley Reglamentaria del artículo 5 Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, artículo 36. Ley General de Salud, artículos 136, 137, 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 19 y 35.
7. *Contar con facilidades para obtener una segunda opinión:* el paciente tiene derecho a recibir por escrito información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168-SSA-1-1998 del expediente clínico. Numerales 4.9 y 5.5.

8. *Recibir atención médica en caso de urgencia:* cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones. Ley General de Salud. Artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 71 y 73.

9. *Contar con un expediente clínico:* el paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sea asentado en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la norma inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud. Otro aspecto importante que se debe tomar en cuenta para brindar un adecuado trato digno; son los principios de enfermería, así como los principios bioéticos que los profesionales de enfermería debemos conocer. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 32. NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

10. *Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida:* el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Ley General de Salud. Artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13.

Principios de enfermería

1. Compromiso personal y profesional con una función social definida.
2. Conocimientos específicos de la disciplina enfermera y otras ciencias.
3. Principios humanitarios y éticos.
4. Cuidados individualizados en colaboración con la persona, favoreciendo su desarrollo.
5. Atención integral.
6. Proceso interactivo: persona-entorno, personal de cuidados, gestores y otros profesionales de la salud.
7. Funciones profesionales propias: asistencial, docente, investigadora y gestión.
8. Desarrolla la práctica profesional dentro de un equipo

interdisciplinaria con funciones independientes, dependientes e interdependientes.

9. La enfermera es responsable del conjunto del proceso de cuidar.

Principios bioéticos

1. Beneficencia
2. Autonomía
3. Justicia
4. No maleficencia

Los principios de enfermería y bioética, se refieren a la beneficencia y esta orienta al cuidado y atención de la persona *Su principal fundamento es amor y amistad del ser humano, la humanidad así como la compasión, respeto y honestidad.* La beneficencia es uno de los principios de hacer el bien, cuidar la salud y favorecer la calidad de vida. Tanto en los principios de enfermería como en los de bioética.

Intervenciones de enfermería

Los profesionales de enfermería deben aplicarlas por orden de importancia desde que ingresa el enfermo a la institución.

1. El profesional de enfermería tiene una gran responsabilidad, pues es quien otorga atención directa y permanente hacia el paciente y familiares, pues establece comunicación permanente, esta se puede llevar a cabo al saludar y presentarse ante el enfermo, por su nombre, pues es la persona a la cual se le va a proporcionar cuidado, y es con quien se establece comunicación, y relación más intersubjetiva, en la cual se genera confianza y seguridad, de esta manera se establece respeto, trato digno y humano hacia la persona.
2. Se debe establecer una relación empática, enfermera – paciente-familia, para que le permita al profesional de enfermería, conocer reacciones favorables o desfavorables para planear un cuidado de calidad de acuerdo a las necesidades que manifieste la persona.
3. A la persona, como eje central del cuidado se le debe de garantizar la privacidad ofreciendo condiciones necesarias que guarden su intimidad y/o pudor ante la exploración o procedimientos, que requiere para su tratamiento médico o quirúrgico, a los que se vea sometido, durante su estancia hospitalaria así como proporcionar bienestar y calidad de atención.
4. Al enfermo, se le debe de especificar de forma clara y sencilla el procedimiento o cuidados que se van a realizar.
5. El profesional de enfermería, debe hacer sentir al enfermo

seguridad ante la atención proporcionada y siempre tratar a la persona con respeto.

6. El profesional debe procurar en lo posible, que la estancia del paciente sea agradable, confortable y que le proporcione bienestar.
7. Deben proporcionarse cuidados específicos y de calidad.
8. Debe existir continuidad en los cuidados de enfermería las 24 hs del día.
9. Al profesional de enfermería le corresponde conocer la documentación establecida y el marco legal para el manejo integro del expediente clínico, donde se registre de forma clara y sin tachaduras o enmendaduras los datos de la persona a la cual se le brinda atención y cuidado en su estancia hospitalaria. Ya que este es un documento legal.
10. Respetar sus decisiones siempre y cuando se le hayan explicado y aclarado dudas sobre su tratamiento y con el concebido consentimiento informado.

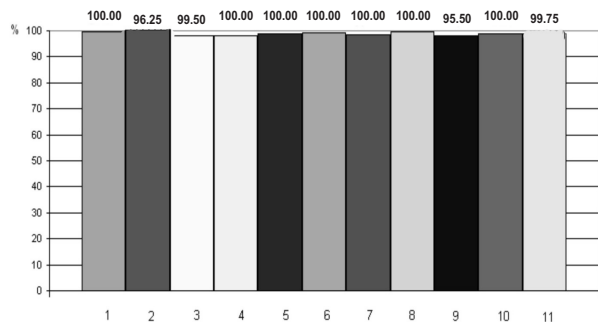
PROCEDIMIENTO

1. Cuando ingresa el enfermo a la unidad. El profesional de enfermería tiene la obligación de presentarse siempre con el enfermo, hasta que es dado de alta.
2. Dirigirse al enfermo por su nombre con respeto y cortesía.
3. Mostrar ubicación de su habitación, baños (w.c y regaderas), séptico, central de enfermería, oficina de médicos (cuando su estado de salud, así lo permita).
5. Presentarlo con los demás enfermos, e informarle cuales son sus derechos y obligaciones.
6. Informarle el nombre del médico que va a estar a cargo de su estado de salud y de igual forma el nombre del profesional de enfermería que lo cuidará.
7. Antes de cada procedimiento, informarle y resolver dudas de los procedimientos a realizar.
8. Respetar su individualidad en todo procedimiento.
9. Personalizar el cuidado.
10. El profesional de enfermería tiene que conocer y aplicar la normatividad acerca del trato digno (código deontológico de enfermería, principios de enfermería, derechos de los pacientes, derechos de las enfermeras y Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).

RESULTADOS

Análisis y conclusiones

Trato digno en enfermería
Porcentaje de cumplimiento por criterio



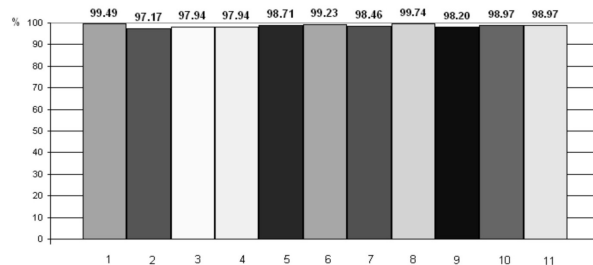
1. ¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?
2. presenta la enfermera (o) con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera (o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?
5. ¿La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
6. ¿La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?
7. ¿La enfermera (o) le hace sentirse segura (o) al atenderle?
8. ¿La enfermera (o) lo trata con respeto?
9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familia de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
10. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?
11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera (o)?

Periodo del	1/6/2009 al 28/8/2009
Total de encuestas	100
Cumplimiento promedio del indicador	99.18
% de procedimientos que cumplen 11 criterios	91.00
Intervalos de semaforización	91 - 100 Verde 80 - 90 Amarillo 79 o menos Rojo

Unidad	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROLOGÍA
Clave	DFSSA004060
Institución	Secretaría de Salud
Área	URBANA

Gráfica 1. Correspondiente al primer cuatrimestre de 2009, se encuestaron a 400 personas ubicándose la semaforización color verde con un 99.18 % de cumplimiento del indicador lo que revela que la enfermera debe presentarse siempre con los pacientes a su cuidado al inicio de su turno pues de los 400, el 96.25% (385) si lo hicieron en su momento y el 3.75% (15) no; sin embargo, el 97.75 (390) están satisfechos con el trato recibido por la enfermera. En el criterio # 9 donde se le cuestiona al paciente respecto así la enfermera le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener sobre de su padecimiento a pesar de que un 95.5 (382) responde que si, nos enfocamos al 4.5% (18) restante donde se menciona que no, este es un punto muy importante para la elaboración de un plan de alta donde predominan una modificación de hábitos para la mejora y/o mantenimiento de su salud, este plan debe realizarse al ingreso del paciente donde se toma en cuenta el diagnóstico médico e historia clínica, para la realización de un proceso de atención de enfermería (PAE) individualizado y especializado. Las acciones de mejora están encaminadas a la educación para la salud depende de la recuperación y no el reingreso del paciente al Instituto, donde de acuerdo al manual de procedimientos de la subdirección de enfermería se indica la forma en que debe construirse dicho plan de alta y por tanto su educación para el mantenimiento de su salud.

Trato digno en enfermería
Porcentaje de cumplimiento por criterio



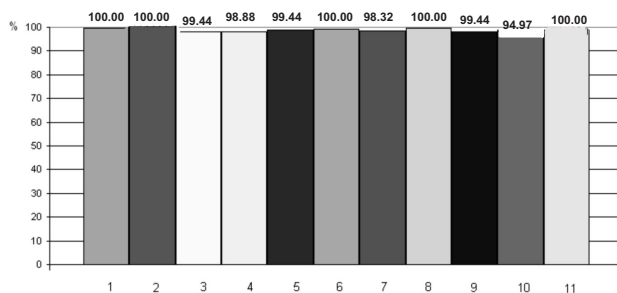
1. ¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?
2. presenta la enfermera (o) con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera (o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?
5. ¿La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
6. ¿La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?
7. ¿La enfermera (o) le hace sentirse segura (o) al atenderle?
8. ¿La enfermera (o) lo trata con respeto?
9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familia de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
10. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?
11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera (o)?

Periodo del	13/7/2009 al 15/9/2009
Total de encuestas	389
Cumplimiento promedio del indicador	98.62
% de procedimientos que cumplen 11 criterios	92.54
Intervalos de semaforización	91 - 100 Verde 80 - 90 Amarillo 79 o menos Rojo

Unidad	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROLOGÍA
Clave	DFSSA004060
Institución	Secretaría de Salud
Área	URBANA

Gráfica 2. Segundo cuatrimestre de 2009, se encuestaron a 389 personas ubicándose en el semáforo verde con un 98.62% de cumplimiento del indicador a lo que responden 97.17% (377), que el personal de enfermería se presenta con ellos y 4.62% (18) no lo hicieron manteniéndose en un 98.97% de satisfacción por la atención recibida por parte del profesional de enfermería. Sin embargo, como puede apreciarse en dicha gráfica los porcentajes en otros criterios disminuyeron de un punto a centésimas en comparación con el cuatrimestre anterior, por lo que se tomaron acciones de mejora en cada uno de los ellos de acuerdo al servicio y turno reportados en la cédula de captura de datos.

Trato digno en enfermería
Porcentaje de cumplimiento por criterio



1. ¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?
2. Se presenta la enfermera (o) con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera (o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?
5. ¿La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
6. ¿La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?
7. ¿La enfermera (o) le hace sentirse segura (o) al atenderle?
8. ¿La enfermera (o) lo trata con respeto?
9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familia de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
10. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?
11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera (o)?

Periodo del	10/1/2009 al 30/11/2009	Unidad	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROLOGÍA
Total de encuestas	179	Clave	DFSSA004060
Cumplimiento promedio del indicador	99.14	Institución	Secretaría de Salud
% de procedimientos que cumplen 11 criterios	91.06	Área	URBANA
Intervalos de semaforización	91 - 100 80 - 90 79 o menos		Verde Amarillo Rojo

Gráfica 3. Tercer cuatrimestre de 2009. Se encuestaron a 179 personas, nuevamente se ubicaron en el semáforo verde a pesar de que la muestra en comparación con el primer cuatrimestre es menor casi en un 50% con un 91.06% de cumplimiento del indicador, se puede apreciar que la enfermera se presentó en todas las ocasiones con los pacientes a su cuidado y cuando estos no recordaban el nombre de la profesional la describían físicamente y al hacerse esta presente recordaban su nombre, en cotejo con el cuatrimestre anterior (segundo) y debido a las acciones de mejora se logró aumentar los porcentajes de los criterios de evaluación no así en el criterio # 10 el que cuestiona si hay continuidad en los cuidados de enfermería las veinticuatro horas del día de un 98.97% disminuyó a un 94.97% lo que indica que debemos reforzar y tomar en cuenta todos los criterios a evaluar ya que en ocasiones nos enfocamos a la mejora de unos y damos por hecho el cumplimiento adecuado de otros.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Legislación Federal. Vigente al 25 de marzo de <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/2.htm?s=2009>. Consultado el 24 de abril de 2009, 22:00 hs.
- Frenk J, Ruelas E, Lara R, Arroyo G, Jiménez J. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad Comisión Interinstitucional y Educación en Salud de Enfermería. México, D.F. 23 de julio de 2003.
- Lifshitz A, Trujillo D. Los derechos humanos del paciente hospitalizado. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1992; 9-10.
- Rivero-Serrano O, Tanimoto M. El ejercicio actual de la medicina. México: Siglo XXI; 2000.
- Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. En: Programa Nacional de Salud, 2001-2006. México: SSA.
- Comisión Nacional de Bioética. Código-guía bioética de conducta profesional (médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud). México: Comisión Nacional de Bioética; 2001; 3-21.
- Rodríguez RJ, Compilador. Declaración Universal de Derechos Humanos. En: Instrumentos internacionales sobre derechos humanos ONU-OEA. Tomo 1. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1988.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería.
- Frenk J, Ruelas E, Lara R, Arroyo G, Jiménez J. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad Comisión Interinstitucional y Educación en Salud de Enfermería. México, D.F. 23 de julio de 2003.
- Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. En: Programa Nacional de Salud, 2001-2006. México: SS.
- Comisión Nacional de Bioética. Código-guía bioética de conducta profesional (médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud). México: Comisión Nacional de Bioética; 2001. 3-21.
- López-de-la-Peña XA. Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. *Rev Invest Clin* 1995;47(1):5-12.
- Artículo 2º del decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial. *Bol Oficina Sanit Panam* 1990;108(2):5-6.
- Casares M. Derechos de los pacientes. Avances sociales, económicos, culturales y políticos. Publicación Institucional de Ibermutuamud. España 2009; 29-30
- Gutiérrez S, Mederos L, de Jesús Vásquez E, Velázquez M. Artículo Científico. Derechos del paciente hospitalizado: Responsabilidad en la práctica de enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2001; 9 (1):15-8.
- Ley General de Salud actualizada el 18 de diciembre del 2009.
- Reglamento de la Ley General de Salud actualizada. De La Madrid Hurtado, M., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que confiere al Ejecutivo Federal a mi cargo la Fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los Artículos 1o., 2o., 3o., Fracción I, 27 Fracción III, 32, 33 45, 47,100, 313 a 350 y demás relativos de la Ley General de Salud.
- NOM-168SSA1-1998.
- Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente» del 9 de enero de 1995.
- Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
- Pérez S. Grupos de trabajo de Profesores Asociados Clínicos del Departamento de Enfermería de la Escuela de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid. 2002.<http://inicia.es/de/sostoenf/enfermera.htm#top> p: 3 Consultado el 25 de abril de 2009, 23:36 hs.
- Van Resselael P. Bioética: puente hacia el futuro (Bioethics: Bridge to the future) 1995.
- Gutiérrez-Meléndez L. El trato humano ¿incrementa el costo en la calidad de la atención?. *Rev Enfer IMSS. Medigraphic Artemisa* 2007; 15(3):121.
- Solís MT. El Proceso de Certificación y Enfermería. *Rev Mex Enfer Cardiol* Vol. 12 Núm. 2 mayo-agosto, 2004;85-86.
- Rodríguez RJ, Compilador. Declaración Universal de Derechos Humanos. En: Instrumentos internacionales sobre derechos humanos ONU-OEA. Tomo 1. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1988.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería
- Frenk J, Ruelas E, Lara R, Arroyo G, Jiménez J. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad Comisión Interinstitucional y Educación en Salud.

Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo

Fernando Trejo Martínez

RESUMEN

Se estudio el caso de un adolescente con sedentarismo y malos hábitos dietéticos, operacionalizando los conceptos principales del Modelo de Promoción a la Salud de la doctora Nola Pender, se construyo un instrumento con base a los conceptos del modelo y se aplicó al adolescente para identificar los motivos por los cuáles un joven no hacía ejercicio y consumía alimentos chatarra, se realizó intervención de enfermería enfocada a la promoción a la salud, en especial en los beneficios del ejercicio y una dieta balanceada, se dio seguimiento a los seis meses y al año, obteniéndose como resultado, que el adolescente modificara sus hábitos alimenticios, empezar a hacer ejercicio con lo que ha disminuido su índice se masa corporal (IMC) de 27.4 a 23.5 y su peso de 84 a 72 kg ubicándose dentro de su peso ideal para su edad.

Palabras clave: modelo de promoción a la salud, conducta saludable, Nola Pender, adolescente.

Application of health promotion model from Nola Pender in a sedentary teenager

ABSTRACT

Health case study, for a teenager with sedentary and dietetic wrong habits, putting in practice the main concepts of Health Promotion Model from Dr. Nola Pender. A device with model's concepts was built and applied to the teenager to find out reasons why a young guy was not doing exercise and he was eating low nutrition food. Nurses were active focusing in the promotion of health, especially in letting the patient know about benefits regarding exercise and balanced diet. Follow up was given within intervals of 6 months and 1 year. As a result the teenager had modified his alimentary habits, started to make more exercise, consequently his CMI (corporal mass index) decreased from 27.4 to 23.5 and he had a weight decrease from 84 to 72 kg, positioning him within the ideal percentile of his age.

Key words: health promotion model, healthy habits, Nola Pender, teenager.

Correspondencia: Fernando Trejo Martínez. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Laboratorio de Investigación Sociomédica. Av. Insurgentes Sur # 3877 Col. La Fama. 14269. México, D.F. E-mail: fertre001@yahoo.com.mx

El estilo de vida condiciona gran parte de la morbilidad en muchos países según Cabezas-Peña¹, durante siglos el estilo de vida del ser humano ha estado dotado de un componente de actividad física, al tener que desarrollar trabajos y labores para su subsistencia¹; sin embargo, en la actualidad el aumento de la tecnología facilita las tareas cotidianas, donde no es necesario realizar tareas físicas extenuantes para satisfacer las necesidades vitales, lo que ocasiona que el ser humano al habitar en grandes urbes; se vuelva sedentario y

por lo tanto, es un gran riesgo para innumerables enfermedades.

Las principales enfermedades son de origen cardiovascular, como la hipertensión arterial que condiciona infarto al miocardio y cerebral, y si se le agrega otro factor condicionante como una alimentación rica en grasas, con lleva a sobrepeso, esto se vuelve una bomba de tiempo para la salud de los individuos con estos factores.

En México la causa número uno de morbi-mortalidad son las enfermedades del corazón² con 111,025 casos en el 2005³ siendo la tercera causa de morbilidad hospitalaria en el mismo año⁴ además de que cada día la tasa va en aumento, el problema del sedentarismo se vuelve una amenaza para la salud de los individuos con ingesta de alimentos *chatarra*, característica de los adolescentes de hoy, esto puede explicar las estadísticas antes mencionadas. Otro factor que tal vez no es tomado en cuenta es el estrés provocado por conflictos de personalidad propios de la edad.

Son muchos los factores que condicionan lo antes planteado, por esto es que el Modelo de Promoción a la Salud de la doctora Nola Pender⁵, nos ofrece la posibilidad de evaluar a la persona que tiene riesgo de sufrir una desviación de la salud producida por la suma de éstos factores, y así poder actuar antes de que se produzcan alteraciones que lleven a las personas a una atención hospitalaria, con riesgo para la vida y función.

La aplicación del Modelo de Pender, ofrece la posibilidad de llevar a cabo una adecuada promoción a la salud antes de que se presenten complicaciones que pongan en riesgo a la población, el presente estudio es un intento de operacionalizar el modelo y hacerlo funcional para los profesionales de enfermería sobre todo a los que tienen como tarea la atención primaria de la comunidad.

Modelo de la Nola Pender

El modelo de promoción a la salud de Pender, esta basado en la concepción de la promoción de la salud, que es definida como *aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona*.

El modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud⁶.

El modelo de la promoción a la salud es básicamente un modelo de enfermería, para evaluar la acción de promoción a la salud y el comportamiento que conduce a la promoción a la salud y de la interrelación entre tres puntos principales:

1. Características y experiencias de los individuos.
2. Sensaciones y conocimiento en el comportamiento que se desea alcanzar.
3. Comportamiento de la promoción de la salud deseable⁹.

En la construcción del modelo el autor uso como bases teóricas, la teoría de aprender social de Montgomery y modelo para

evaluar expectativas, ambas teorías derivadas de la psicología.

Principales conceptos del modelo

Esta dividido en tres dimensiones con factores que condicionan la promoción a la salud una cada dimensión.

1. *Conducta previa relacionada*: la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, efectos directos o indirectos de la probabilidad de comportarse con las conductas de promoción a la salud.
2. *Factores personales*: se refiere a todos los factores relacionados con las personas que influyen en el individuo para que se relacione con su medio para desarrollar conductas promotoras de salud que incluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales, además de los beneficios percibidos de las acciones promotoras de salud, así como las barreras que encuentra para estas conductas.
3. *Influencias situacionales*: son las percepciones y cogniciones de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta.
4. *Factores cognitivo-preceptuales*: son mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud.

Presentación del caso

Se trata de un adolescente sexo masculino de 17 años de edad, hijo primogénito, el padre y la madre trabajadores ambos, con estudios de licenciatura, habitan en vivienda propia con trabajo estable y una clasificación que entra dentro de medio socioeconómico medio-medio.

Estudiante de preparatoria en su 2º año, tiene el turno vespertino, por lo que las mañanas, se queda sólo ya que sus padres trabajan y su hermana estudia en horario matutino.

Su rutina consiste en levantarse tarde, aproximadamente hasta las 10 ó 11 de la mañana, desayuna o almuerza sólo, realiza actividades escolares y en ocasiones quehaceres de la casa (arregla su habitación, va por víveres, etc.) prepara sus útiles escolares, se baña y se va a la escuela, cumple con sus actividades académicas, en su ambiente escolar, algunas veces no entra a clases y pasea con los amigos fuera de la escuela, y consume alimentos ricos en carbohidratos y grasas, (tortas, tacos, hamburguesas, y frituras, además de refrescos embotellados), regresa a su domicilio alrededor de las 22 hs cena junto con sus padres aunque ellos no consumen alimentos, sólo lo acompañan, en ocasiones realiza tareas escolares pero la mayoría de las veces ve televisión en su cuarto hasta altas horas de la noche 1 ó 2 am.

La alimentación de la familia es balanceada y cuando sus actividades lo permiten comen en juntos.

Actualmente no practica ningún deporte ni actividad física, aunque sus padres le insisten que lo haga, hasta hace un año realizaba actividad física importante, con sus padres, practicaba frontenis y realizaba jogging de tres a cuatro veces por semana, con lo que se mantenía un peso adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sampieri define, el estudio de caso como una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o población, que es visto y analizado como una entidad, se menciona que es una investigación mediante procesos cuantitativo, cualitativo o mixto, se analiza profundamente una unidad para responder el planteamiento del problema, probar una hipótesis y desarrollar teoría⁸.

En este sentido se analiza un individuo con el enfoque del modelo de promoción a la salud de Nola Pender.

Se construyó un instrumento de recolección de datos, con base en los conceptos principales del modelo para determinar porque el adolescente no realiza conductas de promoción a la salud.

Se utilizó metodología como menciona Fawcett⁹, se fue de lo complejo a lo concreto, para el diseño de un instrumento de valoración de enfermería, enfocado en detectar riesgos de desviación de la salud, formular diagnósticos de enfermería, reales y de riesgo para elaborar un plan de intervención. Así mismo se realizó la operacionalización de los conceptos como lo mencionan Waltz, Strickland y Lenz¹⁰, para adquirir indicadores empíricos de los conceptos del modelo y de esta manera obtener los *ítems*, para la construcción del instrumento de valoración.

El instrumento consta de 42 *ítems*, divididos en dos secciones y de 21 *ítems* cada una, elaborada en sentido positivo y la segunda en sentido negativo, todos los *ítems* tienen 4 opciones para contestarse, las respuestas son tipo *Likert* y van desde nunca, esporádicamente, casi nunca y nunca se les dio el valor del 1 al 4 donde nunca es 1, esporádicamente es 2, casi nunca es 3 y siempre es 4.

Se puede calificar en forma general, haciendo una operación algebraica donde se suman todos los valores del instrumento, el valor máximo de calificación es de 105, si se suman todos los valores de la sección positiva que es de 84 y con los valores de la sección negativa el valor máximo es 21, entonces si la persona tiene una calificación máxima de 105 quiere decir que tiene conductas promotoras de la salud, pero si al hacer la suma se obtiene un resultado de 91 a este resultado se le resta

al valor ideal (105) el resultado será de 14 (105-91 = 14).

Para determinar si la persona es merecedora de intervención de promoción a la salud por parte del profesional de enfermería, se establecen los siguientes rangos.

1. No intervención sólo reforzamiento de conductas promotoras de 105 a 100.
2. Intervención moderada de 99 a 90.
3. Intervención exhaustiva de 89 a 80.
4. intervención urgente de 79 y menos de 79.

Además el instrumento cuenta con otras dos secciones una A y otra B.

La sección A: se refiere a datos sociodemográficos incluyendo signos vitales, peso, talla e índice de masa corporal¹¹⁻¹³.

La sección B: esta dedicada a la exploración física, conteniendo los cuatro puntos principales de la exploración, observación, palpación, percusión y auscultación.

Todas las secciones del instrumento nos servirán para relacionar los datos y así obtener un panorama general del paciente.

El instrumento y valoración se aplicaron en tres momentos al inicio del estudio, a los tres meses y al año. Después de cada valoración se realizaron diagnósticos de enfermería y un plan de intervenciones de acuerdo a los diagnósticos.

Se realizó consultoría en enfermería¹⁴ visitando al adolescente durante dos veces a la semana por dos semanas para la aplicación del instrumento y exploración física. Se realizó consultoría cada mes hasta cumplir el año.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron en tres momentos el primer momento se realizó al inicio del estudio. La aplicación del instrumento arrojó la calificación de 90, lo que indica que necesitaba intervención moderada, además se complementó la información con la medición del peso corporal (81 kg), talla (1.75 m) del adolescente y en con base en estos datos se calculó el índice de masa corporal (IMC) que fue de 26.5 que de acuerdo a la OMS, el adolescente está en una etapa de preobeso.

Estos resultados se complementaron con la sección B del instrumento referida a la exploración física, y lo sobresaliente en la observación arrojó los siguientes datos, el adolescente es de complexión fornida, pero con un abdomen poco globoso a expensas de pániculo adiposo, rostro regordete, el resto de la exploración resultó normal.

Se obtuvieron dos diagnósticos de enfermería

1. Riesgo de obesidad, relacionada con ingesta de alimentos ricos en grasas.
2. Riesgo de obesidad, relacionada con falta de ejercicio.

Plan de cuidados

Diagnóstico de enfermería: riesgo de obesidad, relacionada con ingesta de alimentos ricos en grasas.

Intervenciones de enfermería

Diseñar un plan de acción para mejorar la autoeficacia percibida*, respecto a adoptar un compromiso con un plan de acción* enfocado en un cambio de hábitos alimenticios.

Nota* los elementos marcados con asterisco, son conceptos teóricos del modelo de Promoción a la Salud de Nola Pender.

Acciones de enfermería

- Medición de peso, talla e índice de masa corporal.
- Elaboración de un plan dietético de reducción de peso.
- Sugerir ingesta de 5 comidas al día (desayuno, comida y cena, además de 2 colaciones entre comidas).
- Evitar ingesta de alimentos preparados fuera del hogar.
- Estimular ingesta de frutas o verduras entre comidas si tiene apetito.
- Sugerir ingesta de por lo menos dos litros de agua al día.
- Concienciar al adolescente para que sea un agente de cambio entre su grupo de amigos y evitar el consumo de alimentos *chatarra*.
- Sugerir que el adolescente lleve alimentos preparados en casa.

Evaluación

El adolescente bajo tres kilos de peso el primer mes, y uno el segundo, pero para el tercero había recuperado dos kilos, lo que en total en tres meses sólo bajo dos kilos, menciona que le fue muy difícil mantener la dieta, porque sus amigos lo incitaban a comer alimentos ricos en grasa y carbohidratos, además de que sus padres continuaban comiendo, como lo hacían antes y que también le resultaba difícil realizar dieta cuando la familia come algo diferente a él.

Diagnóstico de enfermería: riesgo de obesidad, relacionada con falta de ejercicio.

Intervenciones de enfermería: diseñar un plan de acción para

mejorar la autoeficacia percibida, respecto a adoptar un compromiso con un plan de acción, enfocado a estimular la realización de ejercicio físico constante.

Acciones de enfermería

- Educación sobre beneficios del ejercicio.
- Estimular al adolescente para que forme parte de un equipo deportivo y lo practique constantemente.
- Informarle de los beneficios de la caminata en los parques.
- Realizar un plan de actividades físicas que se pueda realizar en el hogar.

EVALUACIÓN

El adolescente inicio el primer mes realizando caminatas en el parque junto con su hermana, pero sólo los días que no acudían a clases, refiere que intento participar en un equipo de fútbol, pero no le gusta y no le entiende lo dejo a las dos semanas, manifiesta además que no le gusta hacer ejercicio sólo y que su padres no lo pueden acompañar, primero por la incompatibilidad de horarios y después porque su padre esta enfermo y le restringieron actividades físicas por un tiempo.

Evaluación general: a pesar que el adolescente fue inconstante con el plan dietético y con el programa de ejercicios, bajo dos kilos lo que lo saco de la etapa de preobeso (OMS); sin embargo, existen factores importantes de acuerdo al modelo de Nola Pender como: *barreras percibidas de acción* (son bloqueos anticipados, imaginarios o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada) *barreras percibidas para las conductas promotoras de salud*. La creencia del individuo de que una actividad o conducta es difícil o inviable que puede influir en su intención de adoptar una conducta saludable. Por lo tanto se tuvo que rediseñar el plan de intervenciones para lograr que el adolescente adquiriera acciones promotoras de salud.

Segundo momento (a los tres meses)

La aplicación del cuestionario arrojo una calificación de 93, el peso se redujo a 79 kg y el índice (IMC) fue de 25.8, la exploración física casi no vario en los rubros de observación y palpación. De acuerdo a estos resultados el adolescente se encontraba en la etapa de sobrepeso (OMS) y de acuerdo al instrumento, aún necesitaba intervención moderada.

Debido a que el plan de intervenciones y acciones de enfermería, no resultaron positivas, se rediseño el plan de intervenciones, en este caso se incluyo a toda la familia, en el

diagnóstico de enfermería y se realizó un plan familiar.

Diagnóstico de enfermería

1. Riesgo de sobrepeso relacionado con la ingesta de alimentos ricos en grasas.
2. Riesgo de sobrepeso, relacionado con la falta de ejercicio.

Intervenciones de enfermería. diseñar un plan de acción enfocado a la familia para lograr que el adolescente adquiera conductas promotoras de salud, referentes a la ingesta de una alimentación sana.

Acciones de enfermería

- Se diseñó un régimen dietético que incluía ingesta de verduras y frutas en los tres alimentos de la familia.
- Se les informo de la importancia de realizar cinco comidas al día, (desayuno, comida, cena y dos colaciones entre comidas).
- Se les educó acerca del riesgo de la ingesta excesiva de grasas y comidas ricas en carbohidratos.
- Se les comento que es importante la convivencia familiar durante los alimentos.
- Se incluyó la ingesta de por lo menos dos litros de agua al día.

Diagnóstico de enfermería: riesgo de sobrepeso, relacionado con la falta de ejercicio.

Intervenciones de enfermería: realizar un programa de ejercicios familiar que incluya caminatas por los parques y adaptar el hogar para poder tener una actividad física en el.

Acciones de enfermería

- Se elaboró un calendario que incluía los momentos en que algún miembro de la familia pudiera acompañar al adolescente para que juntos realizaran caminatas en parques.
- Se realizó otra visita domiciliar para adaptar un espacio en el hogar que pudiera servir para realizar ejercicio cuando el clima o las actividades de la familia no dieran oportunidad de hacerlo fuera de casa.
- Se sugirió que realizarán actividades juntos como jugar en grupo, en el parque o en el hogar.

Tercer momento (al año de iniciado el estudio):

La aplicación del cuestionario presento ahora una calificación de 100, el peso se redujo hasta 74 kg y el IMC fue de 24.16 lo

que lo coloca en la etapa de normal según la OMS. De la exploración física se obtuvieron los siguientes datos, a la observación se ve un adolescente con cuerpo atlético, sin abdomen a simple vista, a la palpación se observa aumento de masa corporal en las cuatro extremidades y el abdomen ya no se palpa panículos de grasa.

Ya no se obtienen diagnósticos de enfermería pues se corrigió la preobesidad y sobrepeso, inclusive se nota un adolescente con más seguridad y responde con acertividad y rapidez el cuestionario. La relación familiar se ve más armónica y ahora buscan cualquier momento para realizar actividades físicas juntos, el padre ha empezado a realizar ejercicio y se siente mejor.

Sus hábitos alimenticios han cambiado, ahora todos siguen un régimen alimenticio más sano, han restringido ingesta de alimentos ricos en grasas y carbohidratos, por lo que todos han bajado de peso.

CONCLUSIONES

El estudio de este caso fue una forma de operacionalizar la teoría de enfermería a la realidad de un adolescente, con base en los conceptos teóricos se pudo analizar cuales eran las actitudes y conductas que influían para no realizar conductas saludables; no obstante, hubo que replantear las intervenciones de enfermería porque a primera instancia el plan no funciono.

El seguimiento a base de la consultoría pudo lograr identificar las barreras que el adolescente presentó para no adoptar el primer plan y así cambiar su estilo de vida, cabe señalar que la persona no es una entidad unitaria, y que esta relacionada siempre con sus semejantes, además las conductas se aprenden en el seno familiar, así se logro identificar las barreras de la relación con la convivencia del adolescente con su familia y compañeros de escuela, por lo tanto se ajusto el plan de intervenciones y las acciones de enfermería estuvieron dedicadas al núcleo familiar.

Esto favoreció que toda la familia apoyara al adolescente para lograr un cambio de estilo de vida y adquirieran conductas promotoras de la salud.

Hoy el adolescente ha logrado eliminar sus barreras para adoptar una conducta saludable y esto influyo en el alza de su autoestima al saber que es capaz de lograr un objetivo y que cuenta con el apoyo de su familia para lograrlo.

Nola Pender, diseño su modelo para evitar que las personas lleguen por una complicación a un hospital, adquiriendo conductas promotoras de la salud, además es un modelo que a diferencia de otros que están elaborados para el cuidado de la persona enferma, y este modelo se enfoca en el manteni-

miento de la salud, el profesional de enfermería puede utilizarlo para lograr que la población que cuida adopte un estilo de vida que le garantice su salud en lugar de cuidar su enfermedad.

REFERENCIAS

1. Cabezas-Peña C. Recomendaciones de expertos del PAPPs, sobre el estilo de vida. Atención primaria, 2005 N° 36 (suplem. 2).
2. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob45&c=3222>
3. http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/demograficas/2005cua-pob-18pdf
4. 2004 y 2005: SSA. Base de datos sobre egresos hospitalarios 2004 y 2005 por categorías de la CIE 10. Reprocesamiento INEGI.
5. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6° Edición, 2006 Ed. Elsevier, España.
6. Jannaina FV. Análise do diagrama de promocoao da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm* 2005; Vol 18 N°3:237.
7. Cid, PH. Factores biológicos y psicosociales del estilo promotor de la salud. *Rev. Med. Chile* Vol. 34 N°12 Santiago dic. 2006; 1492.
8. Hernández-Sampieri R. Metodología de la investigación. 4° Edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana México 2006; p. 224.
9. Fawcett J. Analisis an evaluation of contemporary nursing knoweledg. Editorial FA Davis Company Philadelphia. E.U. 2000 p3.
10. Waltz FC. Measurement in Nursing Research, 2° Edición. Ed. . Davis Company Philadelphia. E. U. 1992. Tomado de la guía de lecturas básicas «modelos y métodos de intervenciones en enfermería» agosto 2006, p 154-98.
11. Comité de Expertos de la OMS sobre el estado físico: el estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Serie de informes técnicos, 854. Ginebra (Suiza): OMS, 1995.
12. Comité de Expertos de la OMS sobre la obesidad: obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series, 894. Ginebra (Suiza): OMS, 2000.
13. Organización Mundial de la Salud: Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud, 2004.
14. García-Laborda A. Consultoría de enfermería en salud mental para atención primaria. *Cultura de los cuidados*. Año V, n. 10 (2. semestre 2001); 30-35.

Evaluación del impacto de una intervención educativa en el campo de la tanatología en el INNN

María del R. Durán Medina, Jesús Ramírez Bermúdez, Norma Cruz Maldonado, Calixto Emmanuelle Patiño Mora, Aída Valero Chávez

RESUMEN

Objetivo: evaluar si una intervención educativa en el área de la tanatología modifica la percepción de los prestadores de servicios de salud en el Instituto. Existe un cierto desconocimiento general sobre el tema; por lo tanto, el saber que es la tanatología ayudará al equipo de salud a brindar atención integral al paciente, cubriendo todos los aspectos que conforman a un individuo, fisiológico, psicológico, emocional, social y espiritual; con calidez y calidad. Pero más allá del campo médico y de los cuidados paliativos, se debe proporcionar una buena calidad de vida hasta el último momento, para así tener una muerte digna y paz espiritual con él mismo y su entorno. Este curso de introducción a la tanatología resaltó la importancia que tiene esta área en una institución, que en su mayoría atiende a una población de pacientes con enfermedades crónicas, progresivas, degenerativas e incurables y que el equipo de salud este preparado por su perfil profesional a enfrentarse con la muerte, y cómo tratarla cuando es inevitable ya que ésta, es la enemiga número uno y no se les sensibiliza y educa para poder tratar al paciente y a la familia en este proceso inevitable y doloroso.

Palabras clave: tanatología, duelo, duelo complicado.

Impact assessment of an educational intervention in the field of thanatology in INNN

ABSTRACT

Objective: to assess whether an educational intervention in the area of thanatology alter the perception of providers of health care in our institution. There is a general ignorance on the subject, so knowing that the Thanatology help the team to provide health care for a patient in a holistic manner, with warmth and quality, going beyond the purely medical and palliative care providing as much as possible a quality of life until the last moment which lead to a dignified death, with spiritual peace with itself and its environment. This introductory course to Thanatology stressed the importance of the area tanatológica an institution like this, most of which serves a population of patients with chronic, progressive, degenerative and incurable, given that the team is ready for his health professional to deal with death, but not when it is treated as inevitable as it is the number one enemy, and they are not sensitized and educated in order to treat the patient and family at this painful and inevitable process.

Key words: thanatology, grief, death, dying.

Correspondencia: María del R. Durán Medina. Trabajo Social Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Laboratorio de Investigación Sociomédica. Av. Insurgentes Sur # 3877. Col. La Fama. 14269. México, D.F.

Se ha detectado la necesidad de sensibilizar al personal de salud del INNN; con respecto al área de la tanatología, pues los usuarios de este Instituto y familiares experimentan con frecuencia el proceso de duelo anticipatorio y complicado, los cuales requieren de manejo interpersonal específico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se integró un grupo de prestadores de salud del INNN, (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros) a los cuales se les aplicó un cuestionario diseñado para evaluar sus percepciones y conceptos en torno a los aspectos tanato-

lógicos y bioéticos de las enfermedades terminales.

Después se impartió un curso de introducción a la tanatología que duro 3 días (15 horas en promedio). Posterior a la terminación del curso, se aplicó nuevamente el cuestionario, se utilizó estadística descriptiva e ingerencial para conocer las características de la muestra y el grado de modificación de las percepciones en torno al área de tanatología.

Consideraciones metodológicas

Este cuestionario se aplicó a 45 asistentes al curso de tanatología, el análisis estadístico de estos sólo se pudo realizar de forma exploratoria, al carecer de ambos instrumentos de datos de importancia para realizar el cruce de variables o establecer una asociación entre éstas tales como:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Profesión
- Religión

No obstante, por las limitaciones y naturaleza de las preguntas que integran el cuestionario, todas ellas de tipo abierto, el análisis se trabajo a partir de la realización de categorías, tratando de cerrar las respuestas a palabras que estuvieran asociadas entre sí, por ello sería recomendable en lo futuro diseñar una red semántica o instrumento *ad hoc*, tomando como antecedente el instrumento que hoy nos ocupa.

RESULTADOS

I. Experiencias con la muerte

El 82.2% del personal de salud que asistió al curso de tanatología señaló haber estado cerca de un moribundo, lo que les originó sentimientos de tristeza e impotencia. De éstas, el 94.6% señaló haber proporcionado al moribundo algún tipo de ayuda, de tipo emocional (compañía, consuelo, entre otros) tablas 1, 2 y 3.

El 31.1% considera que ha estado cerca de morir, de ellos el 64.45% por haber sufrido un accidente tablas 10 y 11.

Destaca el 31.2% al haber pensado en el suicidio a causa de la muerte de un familiar (28.6%) y sufrir depresión (21.4%) tabla 26.

II. Significados de la muerte

En cuanto al significado de la muerte, el 28.9% de los entrevistados asociaron este término con el *fin de la vida*, en tanto que para el 24.4% es *una fase más de la vida*. Para el

35.6% las palabras asociadas al significado de su propia muerte, la describieron como *término (fin, consumación, conclusión)* de la vida, en tanto que para el 11.1% implica *separación* y en igual porcentaje *desaparecer* tablas 6 y 7.

III. Miedo ante la muerte

Respecto a la pregunta relacionada con ¿le tiene usted miedo a su muerte?, puede señalarse que Feifel, Eissler, Johnson, Spielberger, Kübler-Ross, entre otros consideran que el pensamiento de la muerte es una fuente de angustia y miedo para el hombre, principalmente porque:

- Se desconoce lo que pasa después de la muerte.
- No podemos, del todo, controlar el cómo, cuándo y dónde morir.

En ese sentido el 44.4% afirmó tener miedo a la muerte, en lo que respecta a los temores que ésta pueda originar en ese momento, se encuentra que sus temores son por asuntos pendientes (17.8%), el 13.3% siente miedo porque su muerte sea dolorosa, en igual porcentaje porque sea inesperada o temor a lo desconocido respectivamente tablas 8 y 9.

IV. Cómo y cuándo morir

En lo que respecta a cómo morir, el 35.6% de los asistentes al curso preferiría que fuera sin sufrimiento, el 24.4% les gustaría morir cuando estén dormidos; es decir, para la mayoría de los entrevistados la muerte tiene que llegar sin causar ningún dolor tabla 12.

La edad en la que preferirían morir, el 51.1% señaló que a cualquier edad, el 37.7% en edades mayores a los 70 años, respuesta lógica si la relacionamos con el significado que dan muchos de ellos a la muerte al considerarla como una etapa final del ciclo de vida tablas 7 y 13.

En cuanto al lugar en el que preferirían morir, el 86.7% refirió que en su casa y de ellos el 82.25% rodeados de su familia tablas 14 y 15.

Respecto a la forma en que desearían ser sepultados, el 60% señaló que preferiría ser cremado tabla 16.

El 93.3% de los entrevistados afirmaron que de llegar a presentar alguna enfermedad mortal considerarían oportuno saber esta situación, ya que el tiempo que les queda de vida lo emplearían disfrutando de la vida, familiares y amigos tabla s 21, 22 y 23.

Hoy en día el avance del conocimiento entorno al funcionamiento del cuerpo humano y al desarrollo cada vez más preciso de tecnología puesto a disposición de la salud de los seres humanos, ha hecho que las maniobras médicas

permitan prolongar la vida y mejorar la calidad de ésta, al respecto, el 20% de los encuestados afirmó que en el momento de su muerte no le gustaría que le realizaran ningún tipo de maniobra médica, mientras que al 80% restante refirió que estaría dispuesta a aprobar que le hicieran las necesarias (66.6%) tablas 18 y 19.

V. La incertidumbre ante la muerte

La principal preocupación que tienen ante la muerte son principalmente, los problemas legales (42.2%) que podrían dejar o desarrollar a causa de este hecho, como puede ser propiedades de las cosas (vivienda, coches), divorcios/matrimonios, entre otros, por ello, el 95.5% señaló que les gustaría realizar su testamento en vida; sin embargo, en ese momento sólo el 11.1% tenía su testamento hecho, por lo que es necesario la implementación de asesorías legales dirigidas a prevenir este tipo de problemas tablas 17, 28 y 29.

Por otra parte, también plantean que ante la proximidad de la muerte, el 71.1% preferiría morir antes que alguno de sus seres queridos, en caso de que sucediera lo contrario desean que la muerte de alguno de ellos no fuera dolorosa (28.9%) tablas 24 y 25.

Cuestionario: taller de tanatología

Tabla 1. ¿Has tenido la oportunidad de estar cerca de un moribundo?.

	Frecuencia	%
Si	37	82.2
No	8	17.8
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 2. ¿Qué tipo de emociones experimentó?.

	Frecuencia	%
Amor	3	6.7
Ansiedad	2	4.4
Angustia	3	6.7
Compasión	1	2.2
Coraje	3	6.7
Depresión	1	2.2
Desesperación	1	2.2
Dolor	2	4.4
Frustración	3	6.7
Impotencia	5	11.1
Miedo	1	2.2
Pesar	1	2.2
Tristeza	8	17.8
Tensión	1	2.2
No Aplica	9	20.0
No Contestó	1	2.2
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 3. ¿Le proporcionó ayuda, asistencia, compañía?.

	Frecuencia	%
Si	35	94.6
No	2	5.4
Total	37	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 4. ¿Qué tipo de ayuda?.

	Frecuencia	%
Médica (primeros auxilios, confort)	10	27.0
Emocional (amistad, consuelo, compañía, asistencia)	23	62.2
No contestó	4	10.8
Total	37	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 5. ¿Considera usted que esta preparado para ofrecer apoyo a una persona que va a morir?.

	Frecuencia	%
Si	12	26.7
No	33	73.3
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 6. ¿En general, cuál es el significado de la muerte?.

	Frecuencia	%
Fase de la vida (parte de la vida)	11	24.4
Fin de la vida (se termina)	13	28.9
Perdida del cuerpo físico (dejar de existir)	3	6.7
Orgánica/cerebral	6	13.3
Perdida	1	2.2
Dolorosa	2	4.4
Descanso	3	6.7
Reencarnación	6	13.3
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

DISCUSIÓN

Al inicio del curso el 31.1% de los asistentes, afirmó que asistiría con la finalidad de poder tener una mejor *compresión* del proceso de la muerte, lo que les permitiría disfrutar más de la vida, al considerar que la tanatología puede contribuir, principalmente al entendimiento de ésta y del proceso de duelo, no sólo para su vida personal, sino también para el servicio que brindan en el INNN.

Tabla 7. ¿Cuál es el significado de su muerte?.

	Frecuencia	%
Término (fin, conclusión, consumación)	16	35.6
Inevitable/ sin retorno /no aceptación	2	4.4
Dolor	2	4.4
Miedo	2	4.4
Lo peor	1	2.2
Desaparecer	5	11.1
Trascendencia	2	4.4
Tranquilidad	2	4.4
Separación	5	11.1
No contestó	8	17.8
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 8. ¿Le tiene miedo a su muerte?.

	Frecuencia	%
No	20	44.4
No	25	55.6
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 9. ¿A qué te tiene usted miedo en el momento de su muerte?.

	Frecuencia	%
A qué sea dolorosa	6	13.3
Inesperado	6	13.3
No ver a mis seres queridos	3	6.7
Pendientes	8	17.8
Desconocido	6	13.3
Al no haber vivido	4	8.9
Dejar en desamparo (familia, hijos, etc.)	2	4.4
A nada	5	11.1
No contestó	5	11.1
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 10. ¿Considera usted que alguna vez ha estado cerca de la muerte?.

	Frecuencia	%
Si	14	31.1
No	31	68.9
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 11. Describa su experiencia.

	Frecuencia	%
Durante el nacimiento	1	7.1
Accidente	9	64.4
Amenaza con arma de fuego	1	7.1
En avión	2	14.2
Por su profesión	1	7.1
Total	14	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 12. ¿Cómo preferiría morir?.

	Frecuencia	%
Dormida	11	24.4
Sin sufrimiento	16	35.6
Solo	1	2.2
Feliz	5	11.1
Infarto	5	11.1
Consciente	2	4.4
No sabe	5	11.1
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 13. ¿A que edad?.

	Frecuencia	%
50 años	1	2.2
60 años	2	4.4
65 años	2	4.4
70 años	7	15.6
75 años	2	4.4
80 años	6	13.3
85 años	1	2.2
100 años	1	2.2
Cualquier edad	23	51.1
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Al finalizar el curso, el 82.9% de los asistentes refirió que su percepción de la muerte se modificó a través del curso, al considerar la muerte como «algo natural» (31.0%). Cfr. Tabla 35, 36.

En cuanto a la percepción del curso, 85.7% opino que fue bueno e interesante, cabe señalar que el Instituto es el primero impartir este tipo, aunque un 5.7% consideró que fue poco dinámico y didáctico, esta última opinión se enfatiza con el 25.7% que sugiere que el próximo sea más didáctico, a través de su desarrollo en la modalidad de taller, por lo que se tendría que recurrir a técnicas y material impreso tablas 47 y 48.

Tabla 14. ¿En donde preferiría morir?.

	Frecuencia	%
Trabajo	1	2.2
Casa	39	86.7
Hospital	1	2.2
En cama	2	4.4
Donde sea	2	4.4
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 15. ¿Quién le gustaría que le acompañará antes de morir?.

	Frecuencia	%
Familia	29	64.4
Amigos	3	6.7
Hijos	1	2.2
Pareja	7	15.6
Nadie	3	6.7
No contestó	2	4.4
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 16. Al morir ¿qué desea que se haga con su cuerpo?.

	Frecuencia	%
Sepultado	15	33.3
Cremado	27	60.0
No sabe	3	6.7
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 17. ¿Qué le gustaría hacer para resolver cosas pendientes antes de morir?.

	Frecuencia	%
Testamento	5	11.1
Despedirme	2	4.4
Platicar con familiares	6	13.3
Visitar amigos	1	2.2
Resolver problemas legales	19	42.2
Apurarme	2	4.4
Vivir la vida	3	6.7
No contestó	7	15.6
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 18. En el momento de estar muriendo, ¿le gustaría que le realizaran algunas maniobras médicas?.

	Frecuencia	%
Si	9	20.0
No	36	80.0
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 19. ¿Cuáles?.

	Frecuencia	%
Extracción y donación de órganos	1	11.1
Las necesarias	6	66.6
Depende las circunstancias	2	22.2
Total	9	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 20. En el momento de su fase terminal, ¿qué le gustaría que hicieran sus familiares?.

	Frecuencia	%
Compañía	20	44.4
Conversar	2	4.4
Rezar	3	6.7
Donar órganos	1	2.2
Dejarme ir	12	26.7
Nada	6	13.3
No contestó	1	2.2
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 21. Si tuviera una enfermedad mortal, ¿le gustaría saber la verdad?.

	Frecuencia	%
Si	42	93.3
No	3	6.7
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 22. ¿Le gustaría saber su enfermedad cuanto tiempo le queda de vida?.

	Frecuencia	%
Si	36	80.0
No	9	20.0
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 23. ¿Cómo lo emplearía?.

	Frecuencia	%
Serenidad	1	2.2
Haciendo lo pendiente	4	8.9
Disfrutando (familia, vida, amistades)	21	46.7
Cerrando ciclos	3	6.7
Hacer lo mejor	5	11.1
No contestó	11	24.4
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 24. Ante la proximidad de la muerte ¿quién prefiere que muera primero: usted o su ser más querido?.

	Frecuencia	%
Yo	32	71.1
Al destino	10	22.2
No lo se	3	6.7
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 25. En caso de que su ser querido muriera antes que usted ¿cuál sería la forma menos dolorosa para ambos?.

	Frecuencia	%
Resignación	9	20.0
No sufriera	13	28.9
Recordar	3	6.7
Superarlo	1	2.2
Compañía	5	11.1
Planificado	6	13.3
No lo sé	8	17.8
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 26. ¿Ha pensado alguna vez en el suicidio?.

	Frecuencia	%
Si	14	31.2
No	31	68.8
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 27. ¿Cuál ha sido la causa que lo ha hecho pensar en quitarse la vida?.

	Frecuencia	%
Culpabilidad	1	7.1
Problemas familiares	2	14.3
Depresión	3	21.4
Divorcio	2	14.3
Muerte de un familiar	4	28.6
Reflexionar	2	14.3
Total	14	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 28. ¿Tiene usted hecho su testamento?.

	Frecuencia	%
Si	5	11.1
No	40	88.9
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 29. En algún momento le gustaría hacer un testamento señalando lo que quiere que se haga con usted en los últimos momentos antes de morir.

	Frecuencia	%
Si	43	95.6
No	2	4.4
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 30. ¿Cuál es su emoción dominante mientras llena el cuestionario

	Frecuencia	%
Tranquilidad	4	8.9
Incertidumbre	10	22.2
Duda	1	2.2
Deseo de vivir cada minuto	1	2.2
No estoy preparado para la muerte	5	11.1
Confusa	4	8.9
Reflexión	3	6.7
Tristeza	3	6.7
Melancolía	3	6.7
Seguridad	2	4.4
Ansiedad	2	4.4
Temor	1	2.2
No contestó	6	13.3
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 31. ¿Le gustaría tener epitafio?

	Frecuencia	%
Si	22	48.9
No	16	35.6
No contestó	7	15.6
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 32. ¿Está usted en este taller por miedo de la muerte?

	Frecuencia	%
Si	5	11.1
No	40	88.9
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 33. ¿Cree usted que el estudio de la tanatología puede ayudarle algo?.

	Frecuencia	%
Si	43	95.6
No	2	4.4
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 34. ¿Por qué?.

	Frecuencia	%
Ayudar al buen morir	11	24.4
Comprensión	14	31.1
Manejar el proceso	11	24.4
El duelo	6	13.3
No contestó	3	6.7
Total	45	100.0

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 35. ¿Se ha modificado su percepción y concepto de muerte con este curso?.

	Frecuencia	%
Si	29	82.9
No	6	17.1
Total	35	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 36. ¿Por qué si?.

	Frecuencia	%
Importancia de morir con dignidad	1	3.4
Se percibe la muerte como algo natural	9	31.0
Aceptar el proceso	5	17.2
Importancia del apoyo familiar	2	6.8
Hubo gran reflexión	6	20.6
Ya era de mi conocimiento	6	20.6
Total	29	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 37. ¿Cree que es importante el trabajo de tanatología en nuestra institución?.

	Frecuencia	%
Si	35	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 38. ¿Por qué si?.

	Frecuencia	%
Manejo del duelo	10	28.6
Mejorar la calidad del servicio	14	40.0
Orientación al paciente y su familia	6	17.1
No contestó	5	14.3
Total	35	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 39. ¿Recurriría al trabajo tanatológico?.

	Frecuencia	%
Si	34	97.1
No	1	2.9
Total	35	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 40. ¿Por qué si?.

	Frecuencia	%
Manejo de duelo	10	29.4
Oportunidad de cerrar ciclos afectivos	11	32.3
Resolver pendientes	6	17.6
Mejorar la calidad del servicio	7	20.5
Total	34	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 41. Características sociodemográficas de los asistentes al grupo de apoyo tanatológico

Variable	Porcentaje n (69)
Edad	
15-30	14.5
31-40	21.7
41-50	36.2
51-60	17.4
+60	10.1
Sexo	
Femenino	72.9
Masculino	27.1
Escolaridad	
Ninguna	4.3
Básica (1-9)	53.6
Bachillerato (10-12)	21.7
Profesionista (13-17)	20.3
Tiempo con enf.	
-1mes	49.2
1-12 meses	20.3
+12 meses	30.5
Servicio	
UTI	45.2
Urgencias	12.9
UCI	9.7
Neurología	11.3
Neurocirugía	14.5
Neuropsiq.	1.6
C. Ext.	4.8

Tabla 42. ¿Lo recomendaría a amigos o conocidos, si ellos fueran afectados por una enfermedad terminal o duelo?.

	Frecuencia	%
Si	27	77.1
No	8	22.8
Total	35	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 43. ¿Por qué si?.

	Frecuencia	%
Manejo de duelo	17	62.9
Oportunidad de cierre de ciclos afectivos	5	18.5
Oportunidad de mejorar la calidad de vida	5	18.5
Total	27	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 44. ¿Le gustaría ampliar sus conocimientos sobre tanatología?.

	Frecuencia	%
Si	30	85.7
No	5	14.2
Total	35	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 45. ¿Por qué si?.

	Frecuencia	%
Mejorar la calidad del servicio	4	13.3
Brindar apoyo al que lo necesite	8	26.6
Manejo de duelo	5	16.6
Tema de interés	13	43.3
Total	30	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 46. Medias y desviaciones de los asistentes al grupo de apoyo tanatológico, por pruebas aplicadas.

Variable	Depresión	Ansiedad	Estrés
Sexo			
Femenino	9.1 3.7 (0-16)	7.5 4.5 (0-17)	31.4 9.9 (0-47)
Masculino	8.8 4.2 (0-16)	7.5 4.5 (0-15)	27.8 13.0 (0-41)
Edad			
15-40	9.6 3.0 (4-15)	8.0 3.7 (2-17)	31.5 7.8 (0-41)
41-50	8.5 4.2 (0-16)	7.0 4.2 (0-15)	31.9 8.6 (0-43)
+50	8.7 4.2 (0-16)	7.5 5.8 (0-17)	28.7 14.5 (0-47)
Escolaridad			
0-9	8.1 4.7 (0-16)	8.3 5.0 (0-17)	30.5 10.7 (0-47)
10-17	10.3 3.0 (4-16)	6.4 3.4 (2-15)	31.4 9.7 (0-41)

Tabla 47. Opinión sobre el curso.

	Frecuencia	%
Curso excelente	14	40.0
Muy bien, muy interesante	16	45.7
Debe continuar	1	2.9
Poco dinámico y didáctico	2	5.7
Enriquecedor	2	5.7
Total	35	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

Tabla 48. ¿Qué nos podría sugerir para enriquecer este curso?.

	Frecuencia	%
Mayor duración (curso y ponencias)	4	11.4
Mayor difusión	3	8.6
Nuevos temas y cursos a fines	9	25.7
Prohibir celulares	1	2.9
Invitar a más profesionales	2	5.7
Desarrollo de técnicas, talleres y uso de material didáctico	9	25.7
Lugar más amplio	1	2.9
No contestó	6	17.1
Total	35	100

Fuente: cuestionario aplicado en el curso de tanatología a personal del INNN. Julio del 2007.

CONCLUSIONES

Es importante establecer acciones educativas en el área de la tanatología en el INNN; para sensibilizar a los prestadores de servicios de salud e incrementar su capacidad de manejo interpersonal ante problemas de duelo anticipado y duelo complicado ya que esto podría traducirse en una mejora de la calidad de atención en la Institución.

Impartir 4 talleres al año dirigidos a los prestadores de servicio de salud del INNN, con la finalidad de sensibilizar, concienciar sobre la importancia de la tanatología en la institución.

Invitar a ponentes de otras instituciones expertas en el tema para los diferentes talleres y trabajar con los propios duelos para ayudar a bajar la resistencia, miedo y angustia que pueda generarle al personal del equipo de salud el enfrentarse día a día con la muerte de los pacientes y como dar contención y apoyo al paciente y familiares.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Sahún Fray Bernardino. Historia de las cosas de Nueva España Ed. Porrúa, México, 1956.
2. Reyes Zubiría L Alfonso. Acercamientos tanatológico al enfermo terminal y a su familia. Ed. Triple A. Diseño, S.A. de C.V. México 1996.
3. Cavaría R, García G. y Prusquia M. Tanatología, aspectos sociales,

- éticos y legislación. Ed. Talleres Gráficos de la Cámara de Diputados, México 2004.
4. Roas C, Marinelli S, Velez C, Montes de Oca B. Cuidado del enfermo crónico y terminal. Ed. Centro San Camilo, México 2004.
 5. Kübler-Ross E. La rueda de la vida. Ed. Zeta, 1997.
 6. Kübler-Ross E. Los niños y la muerte. Ed. Luciérnaga S.L. Barcelona España segunda reimpresión 1996.
 7. Ariés Ph. El hombre ante la muerte Ed. Taurus, Madrid,1992.
 8. Louis Vincent Thomas. Antropología de la muerte Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1983.

Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital

Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

RESUMEN

Objetivo: conocer las experiencias de cuidadores de enfermos crónicos en el hospital: *Material y métodos:* estudio cualitativo, fenomenológico con 16 cuidadores de pacientes hospitalizados en medicina interna de un hospital de Seguridad Social, participaron 13 mujeres y 3 hombres, de las mujeres el parentesco fue: esposas, hijas, hermana, todas amas de casa; de los hombres: esposo e hijos, se realizó a través de entrevistas a profundidad que fueron grabadas previo consentimiento informado, se realizó análisis de contenido y se procesó en el programa Atlas Ti 4.2. *Resultados:* predominaron los cuidadores del sexo femenino de mediana edad, amas de casa, que dedican 12 horas al cuidado, se presentaron diferencias en cuanto al significado del cuidado entre las esposas que lo ven como obligación y los hijos como responsabilidad o correspondencia, para estos cuidadores el hospital es un medio extraño; señalan que el cuidar implica satisfacción de necesidades básicas de seguridad y terapéuticas, que aprenden por ensayo y error, por la temporalidad se presentan repercusiones fisiológicas y psicológicas además reorganizan sus actividades cotidianas para poder cuidar. *Conclusiones:* la experiencia de cuidar en el hospital va desde cómo se visualiza el contexto del hospital como un medio desconocido hasta la organización de la vida cotidiana, sería importante incluirlo en los planes de atención al paciente y hacer visible la contribución.

Palabras clave: experiencia de cuidadores, cuidadores en el hospital.

Caregivers' experience of the chronically ill in hospital

ABSTRACT

Objective: to know the experiences of caregivers of the chronically ill in hospital. *Material and Methods:* a qualitative, phenomenological study with 16 caregivers of hospitalized patients in internal medicine at Social Security, involving 13 women and 3 men; the relationship women was: wives, daughters, sisters, all housewives; the men, husband and son. Was conducted through in depth interviews that were recorded prior informed consent. Was analyzed for content and process in Atlas Ti 4.2. *Results:* the caregivers prevailed female middle-age housewives, spend twelve hours care, there were differences in the meaning of the between the wives as they see soon as an obligation and responsibility or correspondence, for these hospital care is half the strange report that caring involves meeting basic needs, security and therapy, they learn by trial and error, by the temporality effects are physiological and psychological well reorganize their daily activities to care. *Conclusions:* the experience of caring in the hospital is viewed as running from the hospital as a means unknown to the organization of very life to care, it is important to include in the plans for patient care and make visible the contribution.

Key words: experience of caregivers, caregivers in the hospital.

Correspondencia: Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Niño Artillero # 130 Zona Universitaria. E-mail: randrade@uaslp.mx

En México el proceso de envejecimiento de la población¹ aunado a la transición epidemiológica representa un incremento importante de enfermedades crónicas degenerativas² con problemas de dependencia y / o déficit funcional para desarrollar actividades de la vida diaria³, situación que se exagera durante la enfermedad, ante este hecho la familia, es quien asume la responsabilidad del cuidado

por ello se le reconoce como un agente cuidador natural.

Una de las funciones básicas de la familia es la formación, protección física y emocional de sus miembros, por lo que asume la responsabilidad de cuidar la salud y satisfacer sus necesidades⁴, por razones de enfermedad prodiga sus cuidados en el ámbito domiciliario o durante la hospitalización. En

situación de hospitalización se requiere de la presencia de una persona que permanezca con el paciente durante su estancia, se convierte en un soporte fundamental para el cuidado, en este estudio a esa persona se le denominará *cuidador informal* el cual sin ser profesional proporciona la mayor parte de asistencia y apoyo diario, ayudando al desarrollo de las actividades de la vida diaria del enfermo, este tipo de cuidado se caracteriza por ser continuo y no remunerado^{5,6}.

Las investigaciones al respecto ponen de manifiesto que el cuidado informal tradicionalmente recae en las mujeres, esposas, hijas o hermanas, que dejan hogar e hijos, señalando que los hombres tienen menos probabilidades de brindar cuidados, excepto cuando el familiar al que se cuida es un hijo o padre.

Estos cuidadores se encuentran presentes en cualquier hospital, público o privado, su permanencia contribuye a disminuir la incertidumbre causada por la normatividad de la institución que establece horario de actividades⁷, se ha referido que este tipo de cuidados representa una carga física y psíquica, que repercute de manera negativa en la calidad de vida del cuidador^{4,6,8,9}.

Una vez que el enfermo ingresa al hospital la responsabilidad de los cuidados pasa de los familiares al personal, con lo que puede disminuir la carga, o bien en caso de cuidadores con experiencia continúan realizando el cuidado tal como el paciente está acostumbrado. Sin embargo, en hospitales la figura del cuidador informal no se considera necesaria y por lo tanto no está normado, su participación pasa desapercibida, no valorada, pues se considera que el objeto de los cuidados es sólo el paciente¹⁰.

A partir de los últimos años la literatura ha evidenciado la importancia de los cuidadores sobre todo en el ámbito domiciliario, su participación ha sido estudiada desde varias perspectivas como identificación del perfil y repercusión en su salud por la sobrecarga de cuidado. En México no existen evidencias sobre el cuidador en el ámbito de hospitalización, por ello el estudio de este tema desde la orientación cualitativa permite explorar vivencias del cuidador de pacientes hospitalizados de este modo contextualizar el medio y conocer su posición en la adaptación de su vida para el cuidado, además posibilitará nuevas alternativas para hacer visible su participación en el cuidado, y coadyuvar esfuerzos para mejorar su calidad de vida y por ende la del receptor de sus cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación con enfoque cualitativo, de carácter fenomenológico que se enfoca en determinados fenómenos tendientes a describir la experiencia humana, que enfatiza en los procesos de los significados y experiencias humanas, construidas de la realidad vivida por los cuidadores informales de pacientes

hospitalizados¹¹.

Participantes en el estudio

Para la selección de los participantes se consideraron los cuidadores de adultos mayores; clave para el objetivo del estudio, para lo cual se estableció coordinación con los jefes de piso de los servicio de medicina interna y cirugía de una institución de seguridad social, una vez identificado el cuidador se procedió a solicitar su consentimiento informado y establecer cita para realizar la entrevista.

Participantes: cuidadores informales 16 de los cuales 13 fueron mujeres y 3 hombres, de las mujeres 3 esposas, 9 hijas y una hermana, todas amas de casa; de los hombres 1 esposo y 2 hijos, de ocupación un maestro de primaria, 1 recolector de basura independiente, y otro jubilado; con edad promedio de 56.4 años; los días de cuidado fueron en promedio 10.1 (2-30) y de 8 a 16 hs dedicadas a esta actividad. Los adultos mayores hospitalizados 8 eran hombres y 8 mujeres, con un promedio de edad 78.6 años (61-97), todos ellos con enfermedad crónica: 8 con complicaciones de diabetes, dos con EVC, 2 con problemas coronario, uno neumonía, uno deshidratación y anorexia y otro esclerosis lateral amiotrófica.

Procedimiento: la recolección de la información fue a través de entrevista semiestructurada, las cuales fueron grabadas con el consentimiento informado, cada entrevista duró de 30 a 45 minutos, todas se realizaron en el hospital, se grabaron y se transcribieron en su totalidad. El análisis de los datos fue a partir del análisis de contenido, se realizó codificación para obtener categorías y subcategorías.

RESULTADOS

En este estudio encontramos pacientes con problemas crónicos y por lo tanto con diversas hospitalizaciones; los cuidadores describen su experiencia desde el proceso del diagnóstico, emociones generadas por tener un familiar hospitalizado y como organizar su vida efectuar esa función. A partir del análisis la experiencia del cuidador está conformado por: significado del cuidado, hospital como contexto para el cuidado informal, tarea del cuidador en el hospital. La organización para el cuidado, peso y fortaleza para el cuidado.

Significado del cuidado

Desde el inicio de la enfermedad los cuidadores van construyendo su experiencia al lado de su familiar enfermo, el proceso diagnóstico es donde la reacción emocional y adaptación a la enfermedad, tienen diferentes connotaciones dependiendo si se es el cónyuge o hijo.

Los papeles desempeñados por los diferentes miembros de la familia, se derivan de una diferenciación sexual del trabajo al

interior de esta, que como parte del proceso de socialización es internalizado, el papel masculino se mantiene preponderantemente como un ser instrumental y el femenino como más expresivo lo que ha llevado a la mujer a asumir la función del cuidado de esta manera las mujeres son las que se responsabilizan del cuidado y los hombres desempeñan un papel marginal¹².

Es así como se establece la diferencia del porque cuida dependiendo del papel familiar, se trata de un acto personal recíproco, que supone ayuda, para el esposo el cuidar se convierte en una responsabilidad.

...tengo la responsabilidad desde que nos casamos ahí recibí la responsabilidad. Las esposas refieren que cuidan por obligación. Porque es mi esposo y yo tengo la obligación de cuidarlo y lo hago con gusto o también refieren que es por afecto y deber.

«...es mi esposo es la obligación, afecto, no es amor; así después de 58 años de casados no creo, es deber debo de cumplir hasta el día de que pueda».

Para los hijos el cuidar se convierte en responsabilidad sobre todo cuando los padres por edad y discapacidad ya no trabajan el cuidado visto como parte de sus deberes filiales².

«...porque es uno de su sangre, es una responsabilidad que uno tiene bajo sus padres»

También lo refieren como un acto de correspondencia.

«...nos toca como hijos cuidar a los padres y hay que estar al pendiente, cuando éramos chiquitos ellos nos cuidaron y atendieron ahora nos toca a nosotros»

El porqué realiza la función de cuidar, también se ve matizado de acuerdo al estado civil *«...estoy soltera entonces yo siento que es mi obligación, si ella me cuida de chiquita pues ahora me toca a mi cuidarla»*

Asimismo cuando la red de cuidadores es reducida es percibido como una obligación.

«...es mi papá; es mi obligación no hay nadie más que venga a cuidarlo, todavía hay que cuidarlo ni modo el ya esta viejito.»

El hospital como contexto para el cuidador informal

La inmersión en la vida y estructura hospitalaria genera un cambio profundo en la representación de papeles habituales, la hospitalización representa para el paciente y su cuidador un desafío a su capacidad de adaptación por estar inmerso en un medio extraño y con personas desconocidas^{7,13,14}.

«...la primera vez no sabíamos y nos piden que ponga uno

esto aquí y que valla y uno no sabe ni para donde»

Los cuidadores refieren que es un medio incomodo por el espacio.

«...no hay privacidad, siente uno como si se asfixiara quisiera tener el espacio que tengo en mi casa»

Las salas de hospitalización son para tres camas, y en la institución donde se realizó el estudio en los privados que son para una cama se ponen dos separado por un buró, entonces el espacio se reduce hasta para que las enfermeras realicen sus actividades el cuidador solo tiene una silla junto a la cama o en los pies de ella según sea el espacio, por ello el cuidador percibe esta situación y señala.

«...la relación se tensa al no tener espacio suficiente, las enfermeras dicen hágase para allá y ellas también se ponen nerviosas porque tienen muchos enfermos»

Como parte del contexto se señalan los olores y refieren que en donde estén siguen percibiendo el olor del hospital *«...luego se va uno y queda así como que el olor del hospital pero llega uno se baña y se cambia, si se penetra uno»* E3

Otra característica del hospital según los cuidadores del turno nocturno es sobre lo que escuchan

«...oía cuando fallecían las personas o, cuando andan las enfermeras dándoles los medicamentos y algunos enfermos que no se dejaban poner algún medicamento»

Tarea del cuidador en el hospital

La participación en el cuidado es básica al realizar actividades tendientes a satisfacer las necesidades primarias.

«...me dice la señorita ayúdeme a cambiarlo, voltearlo y me dice no sea malita póngale el oxígeno y así cualquier cosa, darle de comer por la sonda»

«...Lo volteamos ya sea para allá, para acá para evitar lo menos que puedan aspirarlo, le damos masaje»

También satisfacen necesidades de seguridad, colaboración en las medidas terapéuticas, de acuerdo al nivel de dependencia.

«...estar al pendiente de que no se fuera a quitar el suero o sus medicamentos»

«...cuidándolo, amarrándolo porque se suelta y se jala la sonda si lo dejamos sólo»

Sin embargo, refieren tener escaso apoyo por parte de enfermería por lo tanto consideran que estas actividades las realizan sin conocimientos^{15,16}.

«...la señorita a veces me dice que le ayude o que haga alguna cosa pero a mi me da miedo y me dicen como, es que a ellas (enfermeras) también...»

Van aprendiendo a cuidar por ensayo y error o bien viendo de los demás

«... primero uno no sabe cómo y después aprende de los demás; uno va agarrando confianza a los médicos y enfermeras púes a todo...»

En ocasiones el personal de enfermería no permite que el cuidador permanezca cuando están realizando algún procedimiento como el baño, que cuando sea dado de alta el cuidador lo tendrá que realizar.

«...cuando lo bañan a veces si nos dejan algunas enfermeras estar aquí para que veamos, otras nos dicen no, nos sacan»

Organización para el cuidado

El cuidado a un familiar hospitalizado implica cuidado las 24 hs del día, esto hace necesario organización para desempeñar la función de cuidador y dividir las 24 hs, para determinar las horas de cuidado y actividades propias de cada cuidador.

La organización en turnos de cuidado que en esto depende si es hombre o mujer o bien del estado civil. En este punto encontramos que cuando es la esposa esta cuida de día y por la noche la auxilian los hijos.

«...nada mas de día estoy yo, mis hijos de noche porque tienen que trabajar, si yo aguantará estaría día y noche con tal de que ellos no se fueran desvelados a trabajar»

Cuando se trata de cuidar a la mamá las hijas asumen el cuidado y depende del número como establecen los horarios

«...entre las 5 hijas estamos aquí, se queda una toda la noche hasta las 6 de la mañana, llega otra y se queda hasta las 2 de la tarde que yo llego y llega otra a las 9 y se queda hasta otro día y así nos estamos turnando»

Es importante destacar que aunque la familia sea numerosa no todos cuidan a los padres y de igual manera las mujeres son las que cuidan.

«...los hombres el fin de semana se van de borrachos y entre semana trabajan somos 4 mujeres y nos turnamos, llegué a las 7 y se fue mi hermana la que se quedó anoche y dijo la otra yo voy a llegar como a las 4 y haber quien descansa en la noche, sino te quedas tu, una esta enferma tiene 4 días que no vienen»

Cuando se trata de cuidar al esposo y los hijos son pocos se ven en la necesidad de contratar a un cuidador formal

«...llego aquí a las 6 hasta las 9 de la noche, nos sentimos cansadas pero nos turnamos para descansar tenemos contratada a una enfermera para la noche y nos vamos alternando»

La situación de enfermedad afecta a la familia, a veces de manera profunda. Cambias sus planes y trastorna su ritmo de vida, por lo que organizan las actividades de cada cuidador «...Me levanto a las 6:00, limpio mi casa y a las 12 ya estoy aquí»

Como la mayoría de las cuidadoras son amas de casa y dependen del horario es como organizan sus actividades en el hogar. «...Pues en la noche hago la comida, el día que no vengo aprovecho para lavar»

Para las cuidadoras del turno vespertino señalan que el tiempo es insuficiente para las actividades del hogar. «...le cambia a uno sus actividades y a horita la casa la tengo bueno, porque en la mañana no completo el tiempo»

El peso y fortaleza para el cuidado

Este peso del cuidado se manifiesta por alteraciones físicas por las condiciones y tiempo en que se da este.

«...mire como traigo los pies hinchados todo el día me la paso parada»

Otra manifestación se presenta en las alteraciones en el sueño «...toda la noche me la pase levantándome y así es todo el día ando flojeroza porque tengo sueño»

Una característica del cuidado informal es que no tiene horario, ni tiempo y es continuo alterando los periodos de descanso; «...no deja dormir yo me traje una toalla y un rebocito y me acosté y así me descansa el cuerpo acostada...»

Otra manifestación se relacionan con la alimentación ya que no tienen horario para comer, además influye el contexto.

«...se me quita el hambre, será el olor no se, pero no me da hambre»

Manifiestan alteraciones en el peso.

«...así come uno mas comida, es mas desórden porque aquí uno no come a sus horas y luego anda comiendo uno cualquier cosa que ni le nutre ni nada»

A pesar de su connotación negativa el cuidador, constituye un apoyo fundamental e insustituible en todos los sentidos, el enfermo necesita del cariño, cuidado y comprensión de sus familiares para sentirse seguro, para afrontar y asumir su enfermedad y en ocasiones la muerte, por lo que señalan que a veces se sienten cansados y tienen que pedir fortaleza para continuar.

«... yo tengo mucha fe en que vamos a salir adelante y que la fuerza no es por nosotras mismas, sino que por Dios nos da la fuerza que necesitamos para hacerle frente a estas situaciones.»

Cuando es la esposa quien cuida le dedica la mayor parte del día a esta actividad y cuando les den de alta serán ellas quien lo asuman por completo

«...a noche estuve a llore y llore sola, que va a pasar, quien me va ayudar, tengo que salir adelante»

«...tengo tres hijos: dos hijas y un hijo, pero nada más dos cooperan, tienen sus trabajos, en la noche se quedan los hijos ellos se rolan, el problema va hacer cuando me lo lleve ese va hacer el problema porque yo sola voy a batallar con él»

CONCLUSIONES

Ser cuidador en un hospital reviste una serie de características que dependen de la edad del receptor del cuidado y del cuidador, así como el estado civil y parentesco. En este estudio se mostraron estas diferencias al tratar de los padres la red de cuidadores es más grande y el cuidado se comparte aunque son las mujeres quien asumen la mayor parte, pero cuando el esposo es el enfermo la esposa es quien asume la mayor parte del cuidado dependiendo del número de hijos es la ayuda y por lo general está cuida en el día.

De esta manera el cuidado en el ámbito del hospitalario se relaciona con una serie de situaciones a las que el cuidador debe de adaptarse tales como espacio y olores además a la dinámica propia de cada turno y equipo de salud. En suma con la presencia de enfermedades crónicas, los familiares no sólo participan en el tratamiento de la enfermedad. La vida familiar se ve afectada dramáticamente por la enfermedad como resultado de las funciones insatisfechas, tiempo que se consagra al tratamiento de la enfermedad, disminución de las actividades y socialización familiares, cambio de funciones, a menudo hay fatiga en la familia, el efecto en los familiar puede ser profundo, en ocasiones une a los miembros, pero en otras los aleja.

Por lo que se considera que la contribución al cuidado debería ser visible y apoyarlo para que se realice con conocimientos y

de esta manera disminuya ansiedad y repercusiones en la carga del cuidado, previniendo el desgaste del cuidador porque este continuara el cuidado en casa.

REFERENCIAS

1. Zúñiga E, Vega D. Envejecimiento de la Población de México reto del siglo XXI CONAPO 2004.
2. Nigenda G, López M, Matarazzo, Ramirez C. Atención de los enfermos y discapacitados en el hogar retos para el sistema de salud mexicano. 2007; 49(004): 286-94.
3. Celma M. Cuidadores informales en el medio hospitalario. *Rev Rol Enf* 2001;24(8):503-11.
4. Pardo M. Familia y cuidado. Dimensiones del Cuidado. Bogota, Colombia1998;125-33.
5. Robles L. Necesitamos políticas sociales para el cuidado a largo plazo. Recuperado. 23,2005 <http://www.debate.iteso.mx.12/articulos/Nec.htm>
6. Molina ME. Cuidar y ser cuidado: una experiencia individual. *Universidad de Antioquia*: 2002;142-4.
7. Rodríguez J, Zurriaga R. Estrés enfermedad y hospitalización. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. 1997.
8. Robles L. Doble o triple jornada: el cuidado a enfermos crónicos. Universidad de Guadalajara, departamento de estudios del hombre, 2003;75-99.
9. Quero A. Los cuidadores no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica*. 2003;13(6):348-56.
10. Celma M. Cuidadores informales en el medio hospitalario. *Rev Rol Enf* 2001;24(8):503-11.
11. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Antioquia 2005.
12. Robles L. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Guadalajara Jal. Editorial Universitaria. 2007.
13. Novel G. Sistemas sociales de apoyo. En. *Enfermería psicosocial: Salvart*. Barcelona. 1999.81-90.
14. Quero R, Briones R, Prieto MA, Martínez N, Navarro A, Guerrero C. Los Cuidadores familiares en el hospital Universitario de traumatología y Rehabilitación de Granada. *Index de Enferm*. 2005; *Index Enferm* [online]. 2005, vol.14, n.48-49 [citado 2009-07-21], pp. 14-17. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100003&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 1132-296.
15. Flores ML. La calidad de vida de los acompañantes de pacientes hospitalizados de media y larga estancia. *Index de Enfermería*; 2002;XI(38):124-44.
16. Andrade G, Pérez I. Apoyo de enfermería a las actividades que realizan los cuidadores informales en el ámbito hospitalario. *Desarrollo Cientif Enferm* 2007;15(2):52-5.