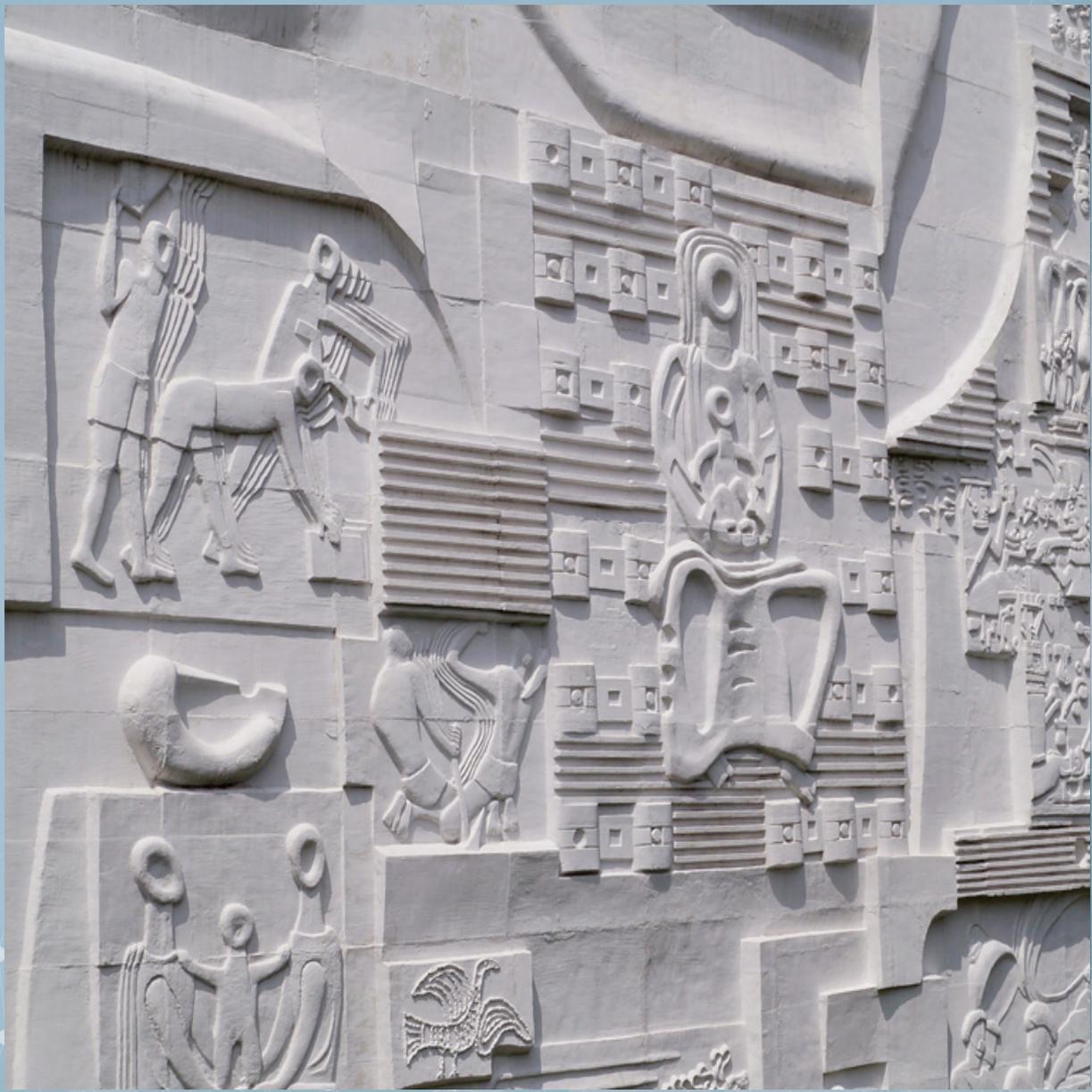


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



ISSN - 1870-6592 • Indexado en: Base de datos CUIDEN (Granada, España)

enero-abril 2015

Vol. 14
N.1

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez

Revista de Enfermería Neurológica

Presidente emérito	Dr. Julio Sotelo Morales
Fundadora de la revista	Lic. Hortensia Loza Vidal
Directora Ejecutiva	MRN Rocio Valdez Labastida
Editora	MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar
Editores asociados	Dra. Teresa Corona Vázquez
Consejo editorial	Dr. Miguel Ángel Celis López Dr. Nicasio Arriada Mendicoa Dra. Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Tecnología de la información	MTI. Manuel Iván Castro Méndez Ing. Laura Elena Granados Valdez LIE. Elemu Eunice Espinoza Ramírez
Diseño y formación editorial	Lic. Lizeth Pliego Delgado

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Revista de Enfermería Neurológica (México) 2015

Presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia su publicación en enero del año 2000. Publicación cuatrimestral. Editada por la Subdirección de Enfermería. Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la coordinación de investigación en enfermería a la MCE Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur #3877, Col La Fama, 14269, Tlalpan, México, Distrito Federal; Teléfono (55) 5606 3822 Et. 1062, 1063, 2099 y 5031. Planta baja Edificio de Investigación sociomédica, laboratorio de investigación en enfermería. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica; no significa compromiso de esta 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 la 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. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2004-051117043800-102, ISSN- 1870-6592, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor, Reserva reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando no se mutile, se cite la fuente completa y su dirección electrónica <http://www.revenfneuroenlinea.org.mx>
Diseñada, producida e impresa en México con Concepto28. Tels.: (55) 3116 9084 y (55) 1014 3955 correos electrónicos: Ricardo.garcia@concepto28.com y Alejandro.machorro@concepto28.com
Indizada en CUIDEN, LILACS Y BVS Enfermería Regional



Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Nacional externo

Dra. Laura Morán Peña

Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería ALADEFE

Dr. Juan Pineda Olvera

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Dra. Susana González Velázquez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Dra. Silvia Crespo Knopfler

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Mtra. Sylvia Claudine Ramírez Sánchez

Instituto Mexicano del Seguro Social Siglo XXI

MEE. Rosa A. Zárate Grajales

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM

Dr. Luis Manuel Fernández Hernández

Universidad Tecnológica Nezahualcóyotl

Mtro. Héctor Neboť García

Academia Nacional Mexicana de Bioética A. C.

Mtro. Gerardo Pluma Bautista

Universidad Tecnológica Nezahualcóyotl

Dra. Sofía Echeverría Rivera

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Dra. Martha Landeros López

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Dra. María Candelaria Betancourt Esparza

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Dra. Alejandra Hernández Castañón

Universidad Autónoma de Querétaro

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Universidad Autónoma de Nuevo León

Dr. Erick Alberto Landeros Olvera

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Puebla

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Institucional

MHEO. Alejandra Ibarra Rangel
MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar
MEE. Araceli Sánchez Ramos
MRN. Irene Quiza Tomich
MEE. Ma. Guadalupe Nava Galán
MRN. Rocio Valdez Labastida

Comité Institucional

Dr. Oscar Alberto Beltrán Salazar
Universidad de Antioquia Colombia
Dra. Ana Luísa Petersen Cogo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Umpiérrez
Dra. Maria Helena Palucci Marziale
Prof. Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Centro Colaborador OMS para OMS Desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem Coordenadora
Dra. Sandra Valenzuela Suazo
Universidad de Concepción Chile
Dra. Edith Rivas Riveros
Universidad Andrés Bello, Chile
Dr. Augusto Ferreira Umpiérrez
Prof. Titular Investigador Departamento de Áreas Clínicas, Director Revista Enfermería: Cuidados Humanizados Universidad Católica del Uruguay Montevideo, Uruguay
Mtro. Fernando Manuel Dias Henriques
Maestrado en Ciencias de Enfermagem, No Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar da Universis do Porto
Ma. José López Montesinos
Directora del Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia España
Isabel Amélia Costa Mendes
Professor Titular Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Director, WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development, Brazil



Contenidos

11-17

EL APOYO FAMILIAR Y LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

18-28

VIVIR CON DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA: PERSONA POSTAMPUTADA

29-36

ESTILO DE VIDA Y AUTOESTIMA EN PERSONAS DIABÉTICAS DE UNA COMUNIDAD SUBURBANA

37-44

INTERACCIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

45-55

ACCIDENTES LABORALES POR RESIDUOS PUNZOCORTANTES EN EL PERSONAL DE SALUD: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Contents

**FAMILY SUPPORT AND ADHERENCE IN THE
TREATMENT OF HYPERTENSION**

11-17

**LIVING WITH MEMBER PHANTOM PAIN:
PERSON POSTAMPUTATE**

18-28

**LIFESTYLE AND SELF-ESTEEM IN PERSONS
WITH DIABETES IN A SUBURBAN COMMUNITY**

29-36

**INTERACTION IN CHILDREN WITH AUTISM
SPRECTRUM DISORDER**

37-44

**OCCUPATIONAL ACCIDENTS BY WASTE
SHARP DEVICES IN HEALTH CARE WORKERS:
AN EXPLORATORY STUDY**

45-55

Editorial

A través de la historia, científicos de todo el mundo se han dado a la tarea de crear instrumentos tecnológicos que faciliten las labores diarias, sin embargo estas aportaciones creadas para una determinada ciencia como pudiera ser la ingeniería o la astronomía, hoy en día su aplicación se da en el área de la salud; es por ello que mentes brillantes a mediados del siglo pasado crean un mundo alterno, en donde aparatos llamados computadoras, instan y aparecen como máquinas enormes en tamaño y en apariencia, que conforme van creciendo en capacidad, diseño, utilidad y alcance, disminuyen en tamaño hasta crear dispositivos realmente diminutos los cuales se han ido perfeccionando al paso del tiempo en razón de la propia necesidad del ser humano.

Y que al día de hoy sirven por igual al estudiante, a la ama de casa, como al empresario, y es aquí donde el profesional de la salud en especial el profesional enfermero puede hacer uso de esta tecnología en las diferentes funciones, como son la asistencia, pero en dónde lo aplicamos de inicio, es en el cuidado de la persona hospitalizada; por ejemplo al realizar el monitoreo de hemodinámico de una persona en área crítica.

En funciones docentes y de enseñanza, al implementar planes de clase a través de las diferentes plataformas; en el aspecto directivo o de gestión mediante la innovación y diseño de formatos digitales que beneficien el registro clínico de las observaciones en el proceso de control y supervisión.

Uno de estos avances sin duda son las aplicaciones que contienen los llamados set o suite, en los que como paquetes alistan programas o aplicaciones

de utilidad entre ellos las hojas de cálculo y las bases de datos; De igual forma en la conformación y normativa regulan el manejo y uso del expediente clínico digital.

Y en el área de la investigación al ser un medio generador de información inmediata, tanto de consulta como de distribución de la ciencia

Si bien una de las implicaciones básicas del profesional es contar con la instrucción en el manejo de dichas tecnologías.

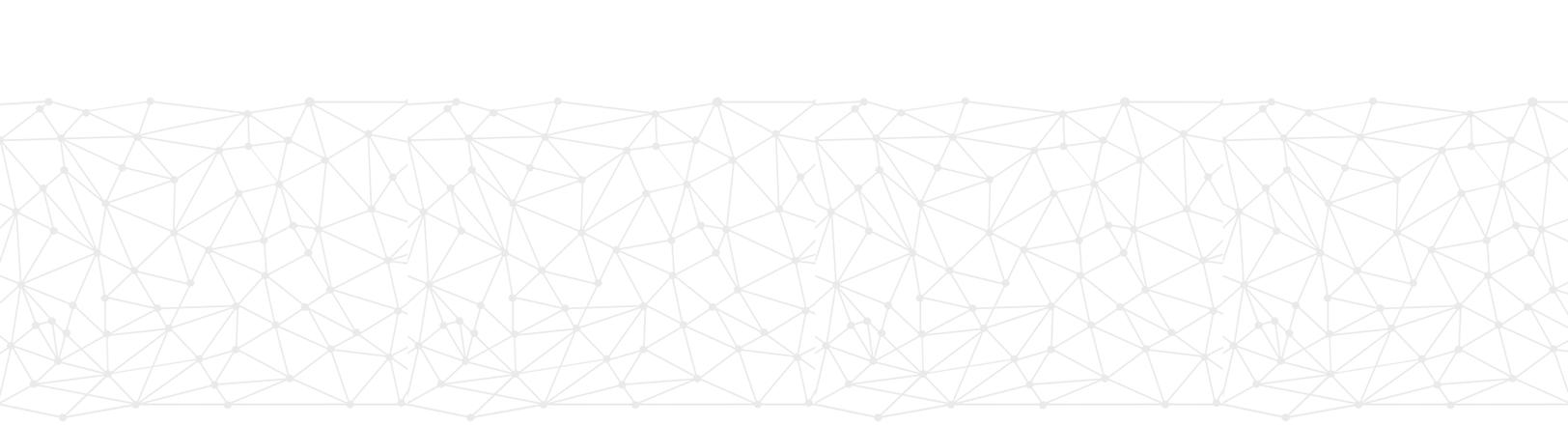
En un mundo globalizado y competitivo el obtener datos en forma rápida y precisa nos compete a tomar decisiones en el momento preciso, Sí bien el profesional enfermero tiene como responsabilidad contar con las habilidades y conocimientos tecnológicos para accionar ante un panorama determinado y en donde su habilidad para la toma de decisiones será concluyente.

Recordando que como profesionista y profesional asumimos responsabilidades en donde la actualización es inminente, y lo que hace unos minutos era verdad absoluta, hoy en día es historia.

Por lo tanto el estar a la vanguardia en el uso y manejo de la información a través del conocimiento y la tecnología, nos concibe y unifica como gremio a nivel mundial.

Enfocándonos en ello, el contribuir en la historia a partir de la implementación de nuestra revista de enfermería neurológica en un nuevo formato, el digital, en donde al ser un medio de difusión masivo, rebasa las fronteras mismas que la tecnología; coadyuva a alcanzar las metas propuestas.





Por ello haciendo rubrica de quien es la Revista de Enfermería Neurológica.

La Revista de Enfermería Neurológica (México) 2015.

Es editada por la Coordinación de Investigación en Enfermería de la Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Está dirigida a los profesionales en materia de salud, al ser transdisciplinar por su contenido es consultada por diversos profesionistas en formación especialmente profesionales y estudiantes de enfermería

En ella se presentan artículos científicos que derivan de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería.

Fundamentado en la misión de esta publicación cuya **Misión** es:

Ser un medio de difusión y comunicación científica en enfermería, distinguido por la generación de nuevos conceptos e ideas, técnicas y procedimientos en el área de las neurociencias, consolidándose como una publicación de vanguardia, al contribuir en la formación y potencialización del capital humano en enfermería, posicionándonos como la revista de mayor calidad, objetividad y prestigio, misma que motiva a la actualización continua en el ámbito disciplinar.

Al ser un medio de difusión científica consideramos como **Visión**:

Instituir el posicionamiento a nivel nacional e internacional la Revista de Enfermería Neurológica, como la principal publicación en

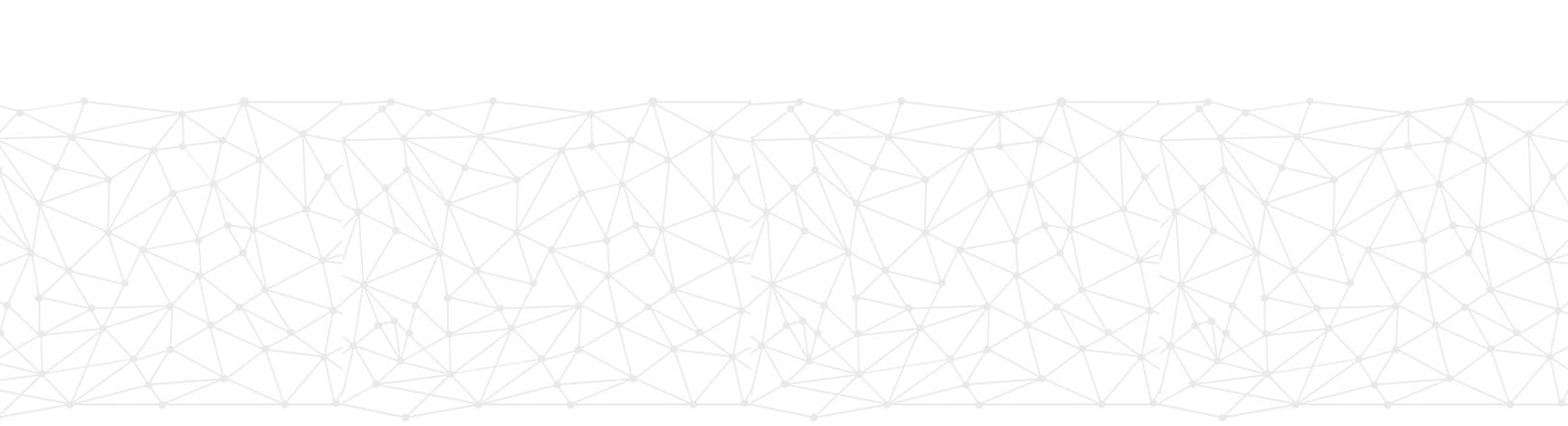
su género mediante un plan de mercado-tecnia estratégico, de excelencia y eficiencia en el proceso editorial, potencializando nuestro grupo de trabajo, mediante el aprovechamiento óptimo de la infraestructura excediendo así en todo, las expectativas de nuestros suscriptores.

Al tener como **Objetivos**

Presentar en forma atractiva y amena temas e innovaciones en el área de las neurociencias, tanto de interés permanente como de actualidad, e informar de los avances más significativos de la ciencia y la tecnología, de manera que los lectores puedan:

- Ser partícipes y beneficiarios de la experiencia del quehacer científico en enfermería.
- Promover y difundir las innovaciones en materia de ciencia tecnológica en enfermería y ciencias de la salud.
- Disponer de información científica dentro de las propias disciplinas de la ciencia y dar elementos que permitan establecer su importancia para la vida social e individual como profesional
- Disfrutar del placer de la creación, difusión y transcendencia del conocimiento.

Al ser un medio de difusión de la ciencia es imperante contar con una plataforma que acerque al profesional en formación ya sea de pregrado o posgrado a información reciente que contribuya en la formación de ese recurso humano y sea potencializado por ello la creación implementación de



ENFERMERÍA NEUROLÓGICA EN LÍNEA

La revista está en proceso de creación de la página web para libre acceso a través de la dirección electrónica:

www.revenferneurolenlinea.org.mx

El proceso editorial de esta en los últimos años se ha fortalecido a partir del equipo editorial el cual está integrado por especialistas en divulgación de la ciencia en medios escritos y digitales, además a ello cuentan con una amplia trayectoria editorial aunada a ello la experiencia y expertes profesional en el ámbito de las neurociencias.

Los autores son divulgadores de la ciencia, investigadores, profesores en activo; el proceso editorial inicia al recibir las propuestas de los manuscritos, estos son sometidos a un proceso de revisión y adecuación a fin de mantener y elevar el contenido científico mediante un rigor metodológico cada día más exigente y de esta forma satisfagan el perfil editorial de la revista.

Impacto

Estamos en el proceso de generarlo a razón de la implementación de medios para su registro y análisis.

La revista ha crecido en forma sostenida desde su creación y fortaleciéndose día a día con la colaboración de las personas que han participado en más de una década; misma que se ha convertido en material de consulta frecuente, en las escuelas y facultades de las ciencias de la salud como de enfermería, en virtud de que muchos docentes consideran a la revista como un material de consulta valioso.

La revista se vende por suscripción y se distribuye en eventos académicos como Reuniones de investigación, Jornada de enfermería, Simposio y Encuentros en materia de ciencia en enfermería principalmente.

Por lo tanto como profesional en ciencias de la salud debemos el uso y conocimiento de las tecnologías básico, a la gestión y administración empresarial y al contar con los programas y sistemas de comunicación. Favorecen y facilitan radicalmente su actuar.

Por ello invitamos a que se suscriban y visiten la plataforma, y nos proporcionen a través de sus comentarios, ideas que conlleven a mejorar la calidad en los contenidos a partir de sus necesidades como lectores, autores de la ciencia en enfermería.

Cordialmente

MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar
Editora.



EL APOYO FAMILIAR Y LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

FAMILY SUPPORT AND
ADHERENCE IN THE TREATMENT
OF HYPERTENSION

Recibido 20 de mayo 2014
Aceptado agosto 2014

Correspondencia:

M. en C. Adela Alba-Leonel
Antiguo camino a Xochimilco y Viaducto Tlalpan,
Col. San Lorenzo Huipulco C. P. 14370
Tlalpan, México, D. F.
Tel. 55 56 23 32 Ext. 269
adelaalbaleonel@yahoo.com.mx

Autores:

M. en C. Adela Alba-Leonel

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz

Ing. Joaquín Papaqui Hernández

Palabras clave: Hipertensión arterial, apoyo familiar y adherencia al tratamiento.

Key Words: Hypertension, family support and adherence to treatment.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares; es un problema de salud que se incrementa cuando el paciente no cuenta con apoyo familiar.

Objetivo: Conocer cómo influye el apoyo familiar en el cumplimiento o adherencia del tratamiento de hipertensión arterial.

Metodología: Se realizó un estudio transversal en pacientes hipertensos que acudieron al Instituto Nacional de Cardiología (INCICh) de la ciudad de México, la recolección de la información fue a través de un cuestionario ex profeso que contempló dos secciones una para los pacientes y otra para los familiares de los pacientes.

Resultados: Se estudiaron 234 pacientes hipertensos del INCICh de más de 20 años de edad, el 64% son casados, el 47.7% cohabita con su cónyuge y el 33% con su hija(o); el 88% tiene una familia nuclear; 131 (56%) son pacientes descontrolados (47% del género femenino y 57% masculino) 103 (44%) controlados (54% del género femenino y 46% masculino). Con respecto al apoyo familiar el 84% vive con un familiar y sólo el 79% está en contacto diario con el paciente, en cuanto al apego farmacológico, el 56% le recuerda que debe tomar el medicamento, el 82% de la administración del medicamento la realiza el paciente mismo y el 76% le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico. Las variables de apoyo familiar en las que se encontró una asociación estadísticamente significativa fue que el hipertenso debe medirse la tensión arterial en la casa y debe llevar su dieta y cuando el enfermo no la sigue lo amenaza de los riesgos que implica.

Discusión: El apego al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares le otorgan al enfermo.

Conclusiones: El éxito del tratamiento depende fundamentalmente del apego, sin embargo el apoyo familiar juega un papel importante.

Palabras clave: Hipertensión arterial, apoyo familiar y adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is a risk factor for cardiovascular disease, is a health problem that increases when the patient has no family support.

Objective: To examine the influence of family support in the compliance or adherence of the treatment of Hypertension.

Methodology: A cross-sectional study was conducted in hypertensive patients who attended the National Institute of Cardiology (INCICh) in Mexico City, gathering information was through a questionnaire that expressly included two sections one for patients and one for relatives of patients.

Results: 234 hypertensive patients INCICh over 20 years old were studied, 64% were married, 47.7% cohabiting with their spouse and 33% with his daughter(o), 88% have a nuclear family, 131 (56%) are uncontrolled patients (47% female and 57% male) 103 (44%) controlled (54% female and 46% male). With respect to family support, 84% live with a family and only 79% is in daily contact with the patient, in terms of drug addiction, 56% reminds you to take medication, 82% of the drug is performed by the patient and 76% helps your family understand the doctor's instructions. Family support variables in which a statistically significant association was that hypertension should measure blood pressure at home and you must take your diet and when the patient does not follow the threat of the risks found.

Discussion: Adherence to treatment is linked directly with the support that you grant the family sick.

Conclusions: The success of treatment depends mainly on the attachment, but the family support plays an important role.

Keywords: Hypertension, family support and adherence to treatment.



INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las primeras causas básicas de mortalidad y el principal factor de riesgo para padecer accidente cerebro vascular, enfermedad cardiovascular y renal^{1,2} que también son causa de muerte en México³. Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución.

Socialmente la hipertensión es considerada como una de las enfermedades más peligrosas e invalidantes; se le conoce como "la bailarina de los cuatro salones" por la repercusión en los órganos (corazón, cerebro, riñón y grandes vasos), por lo que representa uno de los grandes desafíos de la salud pública en el mundo. Así mismo, las enfermedades cardiovasculares también constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados y en muchos países del tercer mundo^{4,5}.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) realizada en el 2006^{6,7} se reportó una prevalencia de HTA del 30.7%, donde el 12.5% fue identificado por diagnóstico y el 18.2% por las cifras de Tensión Arterial (TA). Para el 2012, la prevalencia se ha mantenido prácticamente sin cambios de acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012⁸, donde se observa un mayor porcentaje de hipertensos que conocen su condición, lo que refleja una mejor detección. El 73% de los individuos con diagnóstico previo de hipertensión, reportó estar en tratamiento farmacológico y el 76% reportó tomarse la presión arterial al menos una vez al mes. Así mismo, en el 2012, se reportó que 22.4 millones de adultos padecen HTA, de los cuales 11.2 millones contaban con diagnóstico y de estos 8.2 millones se encontraban bajo tratamiento; sin embargo solo 5.7 millones están controlados⁹.

La hipertensión arterial es una enfermedad cuya prevalencia se encuentra en ascenso y que puede derivar en complicaciones, especialmente en

los sujetos con un mal control de las cifras de TA^{4, 5, 6}. La elevación de la TA no produce de manera habitual manifestaciones clínicas, por lo que el paciente puede tener la impresión de que su enfermedad se encuentra controlada cuando en realidad no es así.¹⁰

Por lo anterior, es necesario tener un adecuado control de las cifras de TA en los pacientes hipertensos, con el propósito de aumentar su esperanza y calidad de vida^{11,12} y así mismo disminuir la morbilidad y mortalidad por hipertensión arterial.

Una de las principales causas del fracaso en el control de la tensión arterial es la falta de adherencia o apego al tratamiento, en la cual se pueden incluir varios factores como: el sistema de salud, factores socioeconómicos, tipo de tratamiento, características del paciente así como la percepción y conocimiento de su enfermedad. El apoyo familiar¹³ donde se: incentive las actitudes personales positivas en el monitoreo y control de la salud, favorezca la comunicación familiar para brindar auxilio o ayuda en momentos de crisis, se fomente los cuidados de la salud en general como: cuidados en su dieta, ejercicio físico y adherencia o apego al tratamiento antihipertensivo. Es importante señalar que la sola presencia de la familia junto al enfermo es capaz de favorecer la tranquilidad, fuerza, lo que lo hace sentirse seguro, protegido o amparado y lo incentiva a buscar soluciones para mejorar su bienestar, así como disminuir sus cifras tensionales¹⁴.

En vista de lo expresado, es necesario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados, sobre todo por que el paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, porque el nivel de adherencia al tratamiento puede declinar cuando existen cambios en la estructura y apoyo de la familia con respecto al paciente hipertenso^{15,16,17}.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con un muestreo no probabilístico, la unidad de observación fueron los pacientes hipertensos que acudieron a consulta externa cardiológica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICh) de la Ciudad de México, durante el primer semestre del 2009, tomando en cuenta los siguiente criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, con otra enfermedad concomitante, de 20 años de edad y más; que son atendidos en la consulta externa cardiológica; criterios de exclusión: pacientes de consulta externa de otros servicios, que no tuvieran un diagnóstico de hipertensión arterial, menores de 20 años de edad o que no aceptaron participar y como criterio de eliminación: pacientes que no proporcionaran la información.

Para la recolección de datos se diseñó un cuestionario ex profeso que contempló dos secciones una para los pacientes y otro para los familiares de los pacientes.

El cuestionario de los pacientes contemplo: datos generales del paciente, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes patológicos con una sección específica sobre hipertensión arterial y somatometría.

Para la sección de los familiares se utilizó un cuestionario ex profeso validado por la Universidad de Guanajuato y Universidad la Salle Campus Guanajuato. El cual estuvo compuesto por: características de la Familia: Tipo de familia, tamaño (número de integrantes de la familia), coresidencia con los hijos, contacto con hijos, frecuencia de contacto y la comunicación no presencial con los hijos; en cuanto al apoyo se evaluó en la ministración, alimentación, indicaciones médicas, motivación, compañía¹⁸.

La información se capturó en Excel y se analizó con el Statistical Package for the Social Sciences, se realizó un análisis descriptivo.

En cuanto a los aspectos éticos, se les explicó a los pacientes mediante conocimiento informado que su participación era voluntaria, anónima y que la información se manejaría únicamente de forma general y con fines estadísticos.

RESULTADOS

Se estudiaron 234 pacientes hipertensos del INCICh de más 20 años de edad, el 64% son casados, el 47.7% cohabita con su cónyuge y el 33% con su hija (o); el 88% tiene una familia nuclear, 131 (56%) son pacientes descontrolados (47% del género femenino y 57% masculino) 103 (44%) controlados (54% del género femenino y 46% masculino).

Con respecto al apoyo familiar el 84% vive con un familiar y sólo el 79% está en contacto diario con el paciente, en cuanto al apego farmacológico, el 56% le recuerda que debe tomar el medicamento, el 82% de la administración del medicamento la realiza el paciente mismo y el 76% le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico.

En cuanto al análisis pareado con respecto al apoyo familiar se observó que existe una asociación estadísticamente significativa para algunas variables como: apoyo para que el paciente se tome la tensión arterial en casa con una $\chi^2 = 7.5$ y $p = 0.024$.

Aún cuando el control de las cifras de tensión arterial resulta indispensable para aumentar la esperanza y calidad de vida del hipertenso, este no se lleva a cabo por los familiares ya que estos hacen muy poco o nada para que se mida la tensión arterial en su casa o en otro lugar. Ver tabla I



Tabla I. Apoyo familiar para que los pacientes hipertensos del INCICh, se midan la tensión arterial en su casa u otro lugar

Apoyo familiar para que se mida la TA	HTA Controlado	HTA No controlado	Total
Nunca	16	7	23
Rara vez	5	3	8
Ocasionalmente	4	15	19
Casi siempre	17	8	25
Siempre	43	52	95
Total	85	85	170

Que el familiar lo apoye en llevar su dieta y que cuando el enfermo come más alimentos de los indicados lo amenaza con los riesgos que implica como: le recuerda el riesgo que significa no seguirla, le retira los alimentos, le insiste que le puede causar un daño, lo amenaza o simplemente no le dice nada; con una $\chi^2 = 14.48$ $p = 0.006$, otras de las variables que influyen es que el familiar le ayude a entender la indicaciones médicas de cómo y cuándo debe de tomarse cada uno de los medicamentos, ya que en ocasiones no son legibles o entendibles las indicaciones médicas plasmadas en la receta médica.

DISCUSIÓN

Es indudable como influye el apoyo familiar en el tratamiento de la hipertensión arterial, ya que si esta contribuye positivamente o bien asume el rol de cuidador, se puede percibir como una respuesta satisfactoria donde se puede observar una disminución en las cifras de tensión arterial, en la morbilidad, complicaciones e inclusive la muerte¹⁹. En caso contrario donde la familia solo le proporcione preocupaciones familiares, esto generara estrés y ansiedad lo que hace que aumente sus cifras de TA o genere estados que lo lleven a reducir su autocuidado, como la falta de adherencia al tratamiento; observándose un mayor descontrol de la hipertensión arterial y ocasionando así complicaciones.

Se ha reportado que la "Armonía en la familia", "Mejoría financiera en la familia" y "Bienestar" mejora el "control de la presión arterial", así mismo, influye la dinámica familiar, el saber que alguien se preocupa por mí, en el alcance del control de la enfermedad de acuerdo con estudios cualitativos de la percepción del paciente en relación a los cuidados necesarios para el tratamiento de la hipertensión arterial^{20,21}.

Por otro lado también reportaron que la "Preocupación de los hijos/nietos", "Relaciones con familiares/

amigos", "Alteración del estado de salud" y "Alteración emocional" son causas del aumento de su tensión arterial, la falta de autocuidado o adherencia al tratamiento referencias negativas^{22,23}.

Así mismo la muerte de familiares puede generar en el enfermo crónico sentimientos de pérdida y sufrimiento, contribuyendo más para el descuido con su salud¹³.

El apoyo familiar, orientado a colaborar en el control de la presión arterial del hipertenso constituye una estrategia y un desafío para lograr la adherencia en el tratamiento ya sea farmacológico y no farmacológico. La consulta de enfermería en el control de las enfermedades crónico degenerativas es una oportunidad, para que el paciente, exprese sus sentimientos, dudas y se involucre a los familiares de los pacientes hipertensos, ya que en ocasiones estos no tienen conciencia de su importante papel en el control de la hipertensión^{24,25}.

No se puede lograr las modificaciones en el estilo de vida del paciente sin la participación de la familia, así como ayudar al paciente a entender las indicaciones del médico y mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arrivillaga M., Cáceres R.D., Correa D., Holguín L.E., Varela M.T., ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial? Med UNAB. 2006; 9(1): 20-27.
2. Causas de Mortalidad en México 2010. Estadísticas de Mortalidad, Secretaría de Salud. <http://www.ssa.gob.mx> (Consultado: 1 de febrero de 2014).
3. Stevens G, Dias R, Thomas K, Rivera J, Carvalho N, Barquera S. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: National and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. PLoS Med 2008;5(6): e125.
4. OPS, Health in the Americas, 2002 Vol. I Washington DC PAHO; 2002 (PAHO Scientific and technical Publication No 587)
5. Wetzel WJ, Silveira MOT. Hipertensão arterial: un problema de todos. Revista Nursing 2005; 81(8):70-5.
6. Gustavo Oláis, Juan Rivera, Teresa Shamah, Rosalba Rojas, Salvador Villalpando, Mauricio Hernández, Jaime Sepúlveda. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006:1-131.
7. Barquera S., Campos N. Ismael, Hernández B. L., Villalpando S., Rodríguez G. C., Durazo A. R., Aguilar S. C.A. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex 2010 2010 Vol 52:Supl I S63- S71.
8. Secretaría de Salud, México. Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud 2012, Resultados Nacionales Síntesis ejecutiva, México, D.F., 2012:1-36.
9. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza-Tobías A, Medina-García C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S144-S150.
10. Figueroa-Castrejón G. Recordando al enemigo silencioso: La hipertensión arterial. Med Intern de Mex 1995; 11:79-82. (Links)
11. Chávez-Domínguez R, Vega-Estens P, Larios-Saldaña A. La hipertensión arterial y otros factores de riesgo coronario en la atención del primer nivel. Arch Inst Cardiol Mex 1993; 63:425-434 (Links)
12. Mearns B. Hypertension. Tackling challenges in the diagnosis and management of hypertension in 2012. Nat Rev Cardiol 2012;9(5): 253-254.
13. Gusmão JL, Mion D Júnior. Adesão do tratamento: conceitos. Rev Bras Hipertens 2006; 13(1):23-5.
14. Urizzi F. Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação. (dissertação). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2005.
15. Marín R.F., Rodríguez M.M., Apoyo Familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial; Rev. Salud Pública de México; Vol. 43, No. 4, julio-agosto de 2001: 336-339.
16. Louro B.I., Modelo de salud del grupo familiar, Rev Cubana Salud Pública; 2005;31(4) 05
17. Orueta S.R., Estrategias para mejora la adherencia terapéutica en patologías crónicas, Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud, Toledo, Esp.; Vol.29 No.2:2005:40-48
18. Álvarez M. D., Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la Diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

pacientes diabéticos, Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar, Universidad de Colima, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005:1-35, Colima, Col.

- 19.** Morales N.A.G., Redes de Apoyo Familiar y la salud del adulto mayor, Costa Rica; Trabajo final de graduación presentado en la Escuela de Estadística para optar por el grado de Master en Población en Salud, 2006:1-55.
- 20.** Costa RS, Nogueira LT. Contribución familiar en el control de la hipertensión. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 setembro-outubro; 16(5)
- 21.** Marques S, Rodrigues RA, Kusumota L. O idoso após accidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(3):364-71.
- 22.** Silva LF, Guedes MVC, Moreira RP, Sousa ACC. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enfermagem* 2002; 15(1):40-7.
- 23.** Radovanovic CAT, Waidman MAP, Pereira MO, Felipes L, Ferrari IG, Marcon SS. Caracterizando os problemas de saúde e o cuidado domiciliar oferecido às famílias do projeto †Promovendo a vida na Vila Esperança. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2004; 26(1):27-34.
- 24.** Zapata S.M.A., El paciente hipertenso en la consulta de enfermería, *Rev. Electrónica semestral de Enfermería; Enfermería Global; Administración, Gestión y Calidad*, No. 9, noviembre 2006; Murcia, España; www.um.es/esglobal/9/09d03.html, consultado 28 febrero 2014
- 25.** Guía de Hipertensión arterial en la consulta de enfermería; www.sescam.jccm.es/web/gapalavera/prof-guias/GAPTR-ConsEnf-guiahipertensionarterial.pdf. consultado 28 febrero 2014

VIVIR CON DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA: PERSONA POSTAMPUTADA

LIVING WITH MEMBER
PHANTOM PAIN:
PERSON POSTAMPUTADA

Recibido 18 de noviembre 2014
Aceptado 31 de enero 2015

Correspondencia:

Ma. Cristina Ochoa Estrada
Número de Celular: 6181891301
crisy8@ujed.mx, cristys8@hotmail.com

Autores:

Ma. Cristina Ochoa-Estrada

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo. Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Universidad Juárez del Estado de Durango. Enfermera Quirúrgica adscrita al Hospital General 450. Durango, México.

Sebastián Bustamante-Edquen

Doctor en Enfermería de la UFRJ-Brasil. Profesor principal de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Carlos Hernández-Peraza

Maestro en Ciencias Médicas. Médico Anestesiólogo adscrito al Hospital General 450. Durango, México.

Palabras clave: Vivir con dolor, dolor de miembro fantasma (DMF), persona posamputada.

Key Words: Living with pain, phantom limb pain (DMF), posamputada person



RESUMEN

Objetivo: Describir el vivir con dolor de miembro fantasma en la persona posamputada.

Método: Estudio de abordaje cualitativo-descriptivo, exploratorio; y como técnica se empleó la entrevista semiestructurada, los sujetos participantes residen en el Estado de Durango, México; participaron 12 personas que al ser amputadas debutaron con Dolor de miembro fantasma, el soporte teórico estuvo apoyado con el dolor de Le Breton (1999)²¹

Resultados: En los discursos de la persona posamputada se evidencian expresiones de una vida sin objetivos, se de terminan a desempeñar el rol de enfermos al considerar su dolor como una tragedia personal o una desviación social que enluta su vida y la de su familia.

Consideraciones Finales: La enfermera debe aprender a escuchar el cuerpo enfermo, seguir con atención sus señales y sus expresiones ya sean de alegría, llanto, tristeza, dolor, desagrado, silencio, etc., interpretando lo que trata de comunicar y solicita. Deberá estar atenta y vigilante procurando que el cuerpo-sujeto alivie el dolor físico y el dolor del alma, que se pueda revertir permanente por el resto de su vida, pues vivir con dolor desde el punto de vista fisiopatológico constituye una crisis circunstancial, eventual y controlable que no sucede igual con la enfermedad del alma.

Palabras claves: Vivir con dolor, Dolor de miembro fantasma (DMF), persona posamputada.

ABSTRACT

Objective: To describe the live with phantom limb pain in posamputada person.

Method: Qualitative Study-descriptive, exploratory approach; and as a semi-structured interview technique was employed, participating subjects residing in the State of Durango, Mexico; involving 12 people to be amputated debuted with pain phantom limb the theoretical support was supported with the pain of Le Breton (1999)²¹

Results: In the discourses of posamputada individual expressions of life without goals is evident, are determined to play the role of patients to consider their pain as a personal tragedy or social deviance that his life and mourns for his family.

Final Thoughts: The nurse must learn to listen to the sick body, carefully follow their signals and whether their expressions of joy, sorrow, sadness, pain, disgust, silence, etc; interpreting what is communicating and requests. You must be alert and vigilant care that the body-subject relieve physical pain and the pain of the soul, which can be reversed permanently for the rest of your life, because living with pain from the physiological point of view is a circumstantial eventual crisis and controllable which does not happen with the disease of the soul.

Keywords: Living with pain, phantom limb pain (DMF), posamputada person.



INTRODUCCIÓN

Vivir es el conjunto de las cualidades fundamentales propias de la existencia de los seres auto-(geno-feno-ego)-eco-reorganizadores; todo ser viviente -es decir, todo individuo-sujeto comenzando por el unicelular, dispone de las cualidades fundamentales de la vida; pero estas cualidades han evolucionado y se han desarrollado. El unicelular que se reproduce por duplicación no nace realmente, vive en régimen reducido, sólo muere in extremis. El unicelular surgido de una reproducción sexuada comienza a nacer. El espermatozoide y el óvulo que se fusionan mueren a medias al producir un nacimiento. Son los animales superiores los que han desarrollado no sólo la organización viviente, sino el vivir.¹ Se vive más intensamente cuando se está dotado de un aparato neurocerebral rico y activo, es decir, dotado de sensibilidad, de afectividad y de inteligencia. Nacer, existir y morir adquieren su sentido pleno y fuerte en los altos desarrollos de la vida.

Vivir es sentir, experimentar, autopercebirse y descubrir las relaciones humanas que sostienen nuestra existencia e intervenir en ellas con la voluntad de aportar nuestra novedad. Es prestar atención al llanto y a la risa, permanecer en silencio junto al que sufre, alegrarse con quien goza, es valorar a los demás por lo que son, no por lo que tienen; por su valor, no por su eficacia. Vivir es darnos cuenta de los aspectos de verdad que capta nuestra inteligencia para ensancharlos en el diálogo con los demás. Vivir es gozar de las cosas pequeñas, de las personas cercanas que nos entregan su afecto, de la naturaleza y la relación con los demás en el entorno. Al respecto Maturana² manifiesta que la vida no tiene sentido fuera de sí misma, y que el sentido de la vida de un ser humano es el vivir humano al ser humano en el humanizar.

En el vivir cotidiano de la persona, el impacto de una amputación es enorme, por la falta de funcionalidad, la reintegración social y prolongada expectativa de vida que es posible lograr en este

grupo de personas; entendiendo por amputación como la pérdida de forma traumática o quirúrgica, de una estructura anatómica del cuerpo, y que es más prevalente en las extremidades, sin que se excluya otros órganos.³

Las personas amputadas de manera inesperada (traumática), conforman un grupo especial dentro de todo el universo de las personas que han sufrido amputación de otros orígenes, especialmente los de accidentes de tránsito, actos violentos y accidentes laborales, que son las más frecuentes a nivel poblacional. La pérdida de una parte del cuerpo va seguida de un proceso psicosocial de aceptación y adaptación cuyo resultado va a depender de múltiples variables.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente el 10% de la población del mundo, esto es aproximadamente 650 millones de personas, padecen algún tipo de discapacidad intelectual, física o sensorial. Se estima que, además, el número de personas con discapacidad está aumentando debido al crecimiento mismo de la población, al incremento en la esperanza de vida y en consecuencia al progreso de envejecimiento que hoy en día enfrenta la población mundial.⁵

La discapacidad motriz es la más frecuente, tanto en localidades urbanas como rurales, pero la prevalencia es más alta en el área urbana y afecta más a las mujeres. Son diversas las causas que originan una discapacidad, pero las más relevantes están asociadas a factores genéticos, enfermedades agudas o crónicas, violencia, accidentes, sedentarismo, complicaciones perinatales, traumatismos, problemas nutricionales y características del entorno físico, entre otros. Diversos estudios han demostrado que en las regiones desarrolladas, los accidentes automovilísticos, y la mayor longevidad son los factores que han propiciado un incremento en la prevalencia de discapacidad, mientras que en las regiones menos desarrolladas, las principales causas son la malnutrición, el alcoholismo, la



drogadicción, violencia, así como la poca accesibilidad a servicios de salud, entre otros.⁵

En la República Mexicana existen 112, 336, 538 habitantes, de éstos 5, 739, 270 presentan discapacidad entre las cuales se destaca la dificultad para moverse y caminar, el cual corresponde a 58.3 %. Mientras que en el estado de Durango, México; existen 1, 632, 934 habitantes de los cuales 96, 587 presentan discapacidad motriz, el cual corresponde a un 62%.⁶

El dolor de miembro fantasma (DMF) se refiere a la presencia de sensaciones dolorosas en una extremidad ausente y se clasifica como un dolor de origen neuropático.^{7,8} Ambroise Paré, cirujano francés, fue el primero en notar en el año de 1552 que los pacientes se quejaban de dolor severo después de la amputación de una extremidad, postulando que factores periféricos y centrales participaban en la generación de dicha sensación. Siglos después (1872), Silas Weir Mitchell acuñó el término «dolor de miembro fantasma» para caracterizar esta entidad.^{9,10,11,12} La incidencia varía desde el 2 al 80%, independientemente de la etiología.^{8,9,10} Tales diferencias en la incidencia reportada por diversos estudios son debidos a la falta de una definición unificada para el DMF, o que en muchos casos los pacientes no reportan el dolor por temor a ser estigmatizados como enfermos mentales.^{7,9,13} La incidencia del dolor fantasma parece ser independiente del género, del nivel de la amputación y de la edad en adultos. A pesar de lo anterior, el dolor fantasma continúa siendo menos frecuente en niños y jóvenes y prácticamente no existe en sujetos nacidos sin una extremidad.^{7,8,14}

De esta manera, el dolor de miembro fantasma en la persona postamputada cumple una función vital como símbolo de alarma, al convertirse en enfermedad misma, el dolor irrumpe en la cotidianidad de la persona, trastoca y trasforma la vida misma, no sólo de la persona afectada sino de su entorno social en general. El dolor involucra al sufrimiento, pudiendo ser, un motor de transformación y creatividad y un lenguaje metafórico de la

vida vivida. El dolor se vive como un castigo, una experiencia desagradable, una costumbre ritual, un acto de fe, como una posesión y una estrategia de control, una forma de vida de múltiples y problemáticas acciones sociales e individuales, manifestado por emociones frustrantes; el dolor es el reflejo de la frenética vida contemporánea enmarcada en la desmesura del consumo y el deseo de la salud, el dolor le recuerda a la persona postamputada que está vivo.

En el área de enfermería se evidencia la escasa investigación en torno al dolor de miembro fantasma, considerando este particular como una oportunidad para el desarrollo de procesos de intervención que profundicen en las causas que expliquen esta situación en la persona con amputación, que ayuden a revertir los obstáculos para este reconocimiento desde las políticas públicas y las consecuencias negativas que de ello se derivan; considerando la afección que tienen las personas con amputación y el resto de los miembros de su familia, impidiendo una integración plena en todos los aspectos del cotidiano de la persona. Por ello es el interés que esta investigación puede generar como apoyo en el quehacer del profesional de salud.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Se optó por la investigación cualitativa con abordaje descriptivo-exploratorio.^{15,16} El escenario de estudio fueron los hogares de las personas postamputadas portadoras de dolor de miembro fantasma. Los informantes seleccionados fueron personas que se atendieron en el Hospital General de Durango, México. El número total de participantes se estableció al alcanzar el punto de saturación de la información con los discursos de doce personas.¹⁷

Los criterios de inclusión de los informantes claves, fueron: Personas que presentaban o manifestaban la patología de dolor de miembro fantasma, con amputación en miembros inferiores y supe-



riores; amputación supracondilea, infracondilea, y transmetatarsiana, género masculino y femenino, personas con amputación de miembro de un lapso no mayor de 2 años, edades de 18 a 35 años de edad, no estar en periodo de embarazo o lactancia y personas sin deterioro cognitivo, sin patologías ni tratamiento psiquiátricos.

Como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada;¹⁸ elaborada por los autores y aplicada a los actores sociales participantes en la investigación en sus realidades concretas; ésta se dividió en dos partes: la primera parte caracterizaba a los sujetos de la investigación, y en la segunda parte las preguntas fueron relacionadas con el objeto de estudio.

Obtenido el consentimiento informado, se coordinó con los participantes sobre el lugar, fecha y horario de las entrevistas. Las entrevistas se realizaron en el periodo de Abril a Agosto de 2011. Las entrevistas fueron grabadas en grabadora digital y posteriormente transcritas para el análisis e interpretación de las mismas, tomando como referencia los objetivos establecidos en la investigación.

Se procedió a realizar un análisis temático de la información el cual "consistió en descubrir núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia significan alguna cosa para el objetivo visado", para lo cual importa más la expresión verbal y la comprensión simbólica de una realidad a ser conocida.¹⁹ Para la operacionalización del análisis se siguieron, básicamente, tres etapas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento e interpretación de los resultados.¹⁹

Este estudio fue realizado con base en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación,²⁰ relacionado con el desarrollo y validación de los aspectos éticos de las investigaciones con seres humanos, prevaleciendo los principios de respeto y la protección de sus derechos.

Con la finalidad de aumentar la calidad y objetividad de la información se consideraron los procedimientos propuestos por Hernández.¹⁶ A fin de in-

crementar la posibilidad de los resultados a través del compromiso del investigador con el informante en el transcurso de la investigación y documentar la credibilidad se utilizaron las siguientes técnicas: credibilidad, transferibilidad, formalidad y confirmabilidad.

RESULTADOS

Durante la dinámica, diversos elementos relacionados al VIVIR CON DOLOR, fueron debatidos. En este artículo se presenta el análisis de las declaraciones de los participantes.

El dolor de miembro fantasma en la persona postamputada no es más que un síntoma contingente, molesto, ruidoso, penoso, a menudo difícil de suprimir, pero que habitualmente le demuestra a la persona que tiene vida. Para Le Breton²¹ el dolor se distingue de un simple mensaje sensorial excesivo, ataca al hombre en su identidad y a veces lo quiebra; parece un sentido defensivo, útil, pero en la misma medida contumaz, bloqueado y mutilador, con frecuencia acaba por transformarse en la enfermedad que hay que tratar.

"(...)...Mi vida es una vida sin sentido, sin salud, el dolor no es salud es enfermedad... sientes calor y frío es doloroso y duele algo que ya no existe en tu cuerpo". (P-05)

El participante se expresó sin un proyecto de vida, sin objetivos, todo ello por el dolor, un dolor que es invisible, oculto, fantasmal, sentido por cualquier persona que le ha ocurrido una contingencia de vida, siendo lo común la enfermedad del cuerpo, lo fantasmal, lo desconocido a lo que no es aparente, la opacidad. Es decir, la persona postamputada portadora de dolor de miembro fantasma, considera su dolor como una tragedia, una enfermedad personal o una desviación social que afecta su vida y la de su familia, se determina a desempeñar el rol de enfermo.

Mientras que en el siguiente discurso se confirmó la trayectoria que sigue el dolor de miembro fantasma, porque las personas en ningún momento están preparadas para afrontar efectivamente la



nueva condición de discapacidad y enfrentarse al cambio dentro de la sociedad, donde sus intereses y modos de vida social surgidos por esta limitación adquirida viene a ser un obstáculo para desenvolverse socialmente, apoyando esto con lo que manifiesta Le Breton,²¹ cuando asegura que el dolor se sirve de puertas que lo ralentizan, amortiguan o aceleran su paso. Así otras percepciones sensoriales entran en resonancia con él y contribuyen a modelarlo (calor, frío masaje, etc.). Ciertas condiciones lo inhiben (concentración, relajación, diversión etc.). Otras aceleran su difusión y lo acrecientan (miedo, fatiga, etc.).

"(...) No se lo deseo a nadie, en un inicio era insoportable, creo que cada vez lo soporto menos, siento que me aplastan mi parte amputada, da comezón y me hormiguea bastante, me oprimen, me duele y desespero con ganas de llorar". (P-07)

En el discurso anterior la persona manifestó lo insoportable que le resulta vivir con el dolor, más cuando presenta signos como la comezón, el hormigueo, desesperación, entre otros que le hacen vivenciar su dolor en esa parte que no existe que lo hacen recordar que es una persona (in)completa.

El dolor de miembro fantasma se caracteriza por la sensación que experimenta la persona amputada y que consiste en seguir percibiendo la extremidad con un alto grado de realidad, tanto en sus componentes sensoriales como motores, apoyando esto con Fernández y Pellicer^{22,23} cuando mencionan la génesis del miembro fantasma como un proceso de alto grado de desarrollo cerebral; inclusive como parte de un proceso más general en el que intervienen las esferas cognoscitivas y afectivas. Argumentan que las experiencias corporales de un sujeto producen efectos sobre sus cogniciones, imaginación y memoria. Si esas sensaciones corporales se alteran, entonces se afecta el aprendizaje central y sus respectivos procesos de memoria, al punto de crear nuevas vías que comprometen la concepción de la conciencia corporal, apoyando esto con el siguiente discurso:

"(...)...Me siento incómodo y más cuando duele, estoy cansado... me hormiguea y me da picazón caliente, molesta siempre, me encuentro desesperado con ganas de llorar, me pongo con rabia; quieres demostrar que no lo tienes pero tu cara y tu cuerpo te delatan" (P-01)

Evidenciándose, que la persona amputada manifiesta dolor en la mutilación misma, donde pendía su pierna, su brazo, aquella parte del cuerpo que ya no tiene, guarda en su memoria la presencia del dolor de miembro fantasma, el recordatorio presente de su falta; la descripción que realiza del dolor, indica justamente, lo fantasmal de la percepción de un dolor de un miembro corporal que no existe físicamente. Complementando lo anterior con Le Breton²¹ cuando menciona que no hay dolor sin sufrimiento, es decir sin significado efectivo que traduzca el desplazamiento de un fenómeno fisiológico al centro de la conciencia moral del individuo, al sentir el dolor se crea estigmas sociales por su nueva condición de discapacidad, se concibe como un problema, por la limitación y los signos que presenta, tal como lo manifestó la persona:

"(...) Creo que yo soy el problema, más cuando no controlo el dolor, siento que me duele y me quema al mismo tiempo, cuando cambiamos a frío acá, es cuando se pone más fuerte el dolor". (P-02)

Las palabras "me duele y quema al mismo tiempo" junto a lo expresado por el participante (P-01), "me hormiguea y me da picazón caliente, molesta siempre" o expresiones que muestran más abajo "es como si tuvieras chile", dan evidencia que la persona que experimenta una amputación de algún miembro, al seguir percibiendo su extremidad con alto grado de realidad, tanto en sus componentes sensoriales como motores enfatiza lo fantasmal y lo amplificado en la experiencia de la persona.

En silencio la persona que ha sufrido una amputación experimenta sensaciones que emanan de la parte amputada del miembro, estas sensaciones son "fantasmas" dolorosas y provocan perturba-



ciones, siendo éstas muy similares a aquellas que se sienten en un miembro intacto, incluyendo calor, picazón, sensación de posición y una moderada compresión; concordando esto con Gilbert y González²⁴ cuando expusieron que el dolor de miembro fantasma, es la sensación dolorosa, que ocurre después de una amputación, referida a la parte distal de la región en que se encontraba previamente la extremidad o en la que se encuentra el muñón que sobresale.

"(...) El dolor que tengo es insoportable, me pica, en mi parte amputada, es como si tuvieras chile, es algo quemante, pero ahí lo tienes no se va, pero trato de controlarlo y en veces si lo logro, aunque la mayor parte del tiempo me delata". (P-09)

El participante confirma las expresiones referente a un dolor fantasma, desconocido, oculto, que en dicho mundo es indescriptible, como expresar sentimientos y emociones, que le recuerdan su vivir con el dolor, al manifestar dolor de miembro fantasma no sólo le duele la parte amputada también le duele el alma.

Siguiendo esta perspectiva tenemos que en la persona postamputada el dolor no es una sensación sino una percepción individual, un significado el cual al interpretarlo como un sentimiento defensivo resulta ser un dolor inexperto e insuficiente, para esto Le Breton²¹ manifiesta que el hombre no es una máquina, ni el dolor un mecanismo: entre éste como herramienta virtual de protección y el primero, existe la ambivalencia y la complejidad de la relación que une al hombre con el mundo.

"(...) Me duele algo que ya no me funciona; día a día vives con el dolor, es tu compañero, es como si le pagaran al dolor por molestarte y sí que lo hace; lo tengo ahí me pica me quema siento hormigas me desespero, es mejor morir". (P-08)

"Te duele algo que no existe", sintetiza lo expresado por los tres participantes ya citados con sus respectivos discursos líneas anteriores, cuando la persona

postamputada manifiesta el dolor de miembro fantasma le asigna una identidad propia y una condición en la sociedad, los cuales están devaluados y afectan la existencia de la persona a través de la generación de un "estigma" que afecta su mente como persona. Es ahí donde el dolor de miembro fantasma se alude a una experiencia íntima y particular en la persona, porque ningún dolor es igual a otro dolor. Se podría decir que el dolor no sólo es algo que se experimenta desde la singularidad, sino que es un elemento central en la construcción de toda singularidad. Para esto Le Breton²¹ afirma que ninguna fórmula definitiva podría abarcar la relación íntima del hombre con su dolor, puesto que de hecho todo dolor remite a un sufrimiento y por tanto a un significado y a una intensidad propia del individuo en su singularidad.

"(...) El estar sentado es incómodo, siento mi pie que ya no tengo por sin ningún lado, torcido, muy estirado y con carga en él, me causa dolor en el pecho y en mis brazos y pies, aunque ya no los tengo, duele mucho por las tardes". (P-04)

El participante, dejó entrever la vaguedad en la identificación de lo oculto, que no se muestra, en lo fantasmal, puede ser que afine las percepciones de la persona respecto al dolor fantasmal. Es así como lo fantasmal y la (in)completitud corporal percibida físicamente se sinergizan en dichas percepciones. De allí que el trabajo del cuidado de enfermería se debe dirigir a ayudar a la persona en la superación de dicha (in)completitud, no sólo física sino fundamentalmente personal subjetiva.

Ante esta realidad en su cotidiano la persona postamputada visualiza el dolor como la trama social y cultural que lo impregna e influye en sus conductas y valores, ya que en su vida el cuerpo se vuelve invisible, dócil, su densidad se difumina en la ritualidad social y en la incansable repetición de situaciones cercanas unas con otras, para esto Le Breton²¹ afirma que en el límite de la existencia salen a la luz momentos de dualidad: ciertos complejos provocan en el individuo la impresión



de su indignidad física en relación con los otros, la fatiga, el esfuerzo, una herida, a veces la disparidad entre una voluntad de acción y la imposibilidad de cumplirla; fracasar en el intento de saltar una barrera, nadar o sumergirse, quedarse sin aliento, etc. son hechos que dan la amarga impresión de estar sujeto a un cuerpo diferente del propio indócil en sus realizaciones.

"(...) No estoy completa y para colmo te duele algo que no tienes... te duele en todo momento... siento estirada mi parte amputada, fríos, despiertas con el dolor y duermes con el, si es que logras dormir". (P-10)

"(...) Es feo vivir con el dolor, más como yo estoy, sientes dolor en una parte de tu cuerpo que ya no tienes y eso me llena de rabia, no puedo caminar, me siento incómodo". (P-06)

Al analizar los discursos anteriores y la relación del hombre con su dolor, éste es no sólo sentir dolor de miembro fantasma, sino que recurre al describirlo como la falta de estética de lo que siente, no existe lógica entre sentir dolor por algo evidente y visible que sentir dolor por algo oculto, invisible, inexistente, un dolor que marca la memoria de la persona.

Toda relación de la persona postamputada que presenta dolor de miembro fantasma con su mundo se rompe, el dolor quiebra la unidad vital del hombre con su mundo, la cual es evidente cuando la persona goza de buena salud y confiando en sus fuerzas olvida las raíces físicas de su existencia, cuando ningún obstáculo se interpone entre sus proyectos y el mundo.

Le Breton²¹ expresa que el dolor junto con la muerte es la experiencia humana mejor compartida: ningún privilegio reivindica su ignorancia o su vanagloria de conocerla mejor que cualquiera. Violencia nacida en el propio centro del individuo, su presencia lo desgarrar, lo postra, lo disuelve en el abismo que abre en su interior o lo aplasta con el presentimiento de una inmediatez privada de toda perspectiva, evidenciado por el siguiente participante:

"(...) El dolor no es nada bueno en mi cuerpo, me cansa... siento morir, el dolor me enferma y sientes morir, yo siento la muerte a cada momento". (P-11)

En el discurso anterior la persona postamputada con dolor de miembro fantasma dejó entrever cómo su dolor lo vive del todo extraño, rompe sus tramas con las costumbres que instila su persona en el gusto por el vivir y morir. El dolor fuerza su presencia a manera de violación, se sujeta con alfileres en el hombre, haciéndole sospechar el carácter duradero del sufrimiento.

La persona postamputada en su cotidiano vivir al manifestar dolor de miembro fantasma se convierte en esclava de su propio cuerpo, depende completamente de él, padece el peso de su corporeidad, siente su cuerpo como una carga, decadente, debilitado y esto supone el reconocimiento de la propia fragilidad, siente con temor el sufrimiento. Por eso, la corporeidad es mucho más intensa en el dolor que en la salud, porque el dolor lo hace recordar que sigue vivo. Para esto Torralba²⁵ manifiesta que en el plano de la estética el ser humano se preocupa por la formalidad de su corporeidad, por la simetría y el equilibrio del mismo y, por otro lado, en el plano de la ética, exige el respeto y la consideración hacia su persona exterior, es decir hacia su corporeidad.

"(...) Mi cuerpo, pues que le digo de mi cuerpo, ahora soy feo, más feo, más disminuido, así vivo cada día, con mi dolor en mi brazo y pierna que ya no tengo". (P-01)

El participante ratificó el componente estético y moral del dolor fantasma, la persona suele manifestar sentimientos de aflicción, manifiesta sentirse rebajado porque la amputación conlleva a una pérdida irreversible y obliga a la persona amputada a acomodarse a una nueva vida con limitaciones físicas.

En el cotidiano vivir de la persona postamputada, las cosas de su mundo se pierden, los sucesos de su vida diaria ya no le importan, pierde toda preo-



cupación y se hunde en un mundo insignificante, las cosas para él ya no son como antes ni lo serán.

Sciacca²⁶ afirma: "El existente acepta su destino" y "coge en la mano su suerte", asume su responsabilidad: vive consciente de no ser nada y acepta su nada. La existencia auténtica es la aceptación del trágico destino, el soportar la angustia hasta sus últimas consecuencias. El que exista "inauténticamente" vive engañado y se niega a aceptar su destino irremediable; en cambio el que vive "verdaderamente" espera sin engaño su destino final.

"(...) Mi vivir es penoso es trágico, tengo pesar con mi vida todos los días siento pena conmigo mismo, me devalúo mucho, con el dolor pierdo valor mi vida, más al ver que las demás caminan, algunos pasan corriendo y yo nada". (P-03)

En el discurso anterior se evidenció que la persona postamputada en su cotidiano de vida presenta reacciones emocionales intensas como desprecio y falta de valor hacia su persona las cuales están condicionadas por el dolor que percibe y el grado de incapacidad resultante, lo que conlleva a la añoranza de participar en una deambulación normal. No controla lo fantasmal y la (in) completitud lo lleva a la desvalorización personal, que es un aspecto clave a ser atendido por el cuidado de enfermería en su acompañamiento en el tránsito de quedarse con lo visible sin conexión con lo invisible del dolor en la memoria.

CONSIDERACIONES FINALES

Analizando el vivir con dolor en la persona postamputada confirmamos que el dolor de miembro fantasma es una señal de vida única de cada ser humano, una señal que la persona precisa asumir para escapar de las circunstancias que vive y de la banalidad de su cotidiano, donde no controla la (in) completitud y el dolor fantasmal se hace más evidente; se manifiesta en un vivir cotidiano

marcado por reacciones emocionales intensas como sentirse rebajado, aflicción, desprecio y falta de valor hacia su persona, condicionadas por el dolor que percibe y el grado de incapacidad resultante y conlleva a la añoranza de realizar una deambulación normal, además manifiesta signos como comezón, hormigueo, desesperación y se ayuda por expresiones como "me duele y quema al mismo tiempo", "me hormiguea y me da picazón caliente, molesta siempre" y "es como si tuvieras chile", enfatizando lo fantasmal en la mutilación misma, donde existía su pierna, el brazo o aquella parte del cuerpo que ya no tiene. Expresan una vida sin objetivos, se determinan a desempeñar el rol de enfermos al considerar su dolor como una tragedia personal o una desviación social que enluta su vida y la de su familia.

Es así como al profesional de enfermería le corresponde abordar este tema buscando construir proyectos de vida dignos, basados en situaciones que contribuyan al cuidado de la salud en el ambiente hospitalario y de la comunidad. De allí que, la enfermera debe aprender a escuchar el cuerpo enfermo, seguir con atención sus señales y sus expresiones ya sean de alegría, llanto, tristeza, dolor, desagrado, silencio, etc., interpretando lo que trata de comunicar y solicita. La enfermera deberá estar atenta y vigilante procurando que el cuerpo-sujeto alivie el dolor físico y el dolor del alma, que se pueda revertir permanente por el resto de su vida, pues vivir con dolor desde el punto de vista fisiopatológico constituye una crisis circunstancial, eventual y controlable que no sucede igual con la enfermedad del alma. De esta manera, el trabajo del cuidado de enfermería se debe dirigir a ayudar a la persona en la superación de la (in) completitud no sólo física sino fundamentalmente personal subjetiva, que en su cotidiano ayuden a trascender y encontrar el verdadero sentido a su vida como seres que se manifiestan a través del tiempo y movimiento.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morin E. O método II: a vida da vida. Publicações Europa-América; 1999.
2. Maturana R, Varela F. De máquinas y seres vivos autopsiéis: la organización de lo vivo. Editorial Lúmen; 2003.
3. Ángel NI, Guillén MR Núñez. El dolor de miembro fantasma 1ra parte. (Internet). México: 2014 (Acceso 11 Septiembre 2014). Disponible en: <http://www.ame-ta.org/web/images/revista/Algos%202014/ALGOS%20No%202-2014.pdf>
4. Maturana R, Carbonell CG. Pacientes amputados: Adaptación psicosocial. Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad. 1999.
5. Calderon F. Programa de acción específico. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República Mexicana. 2007-2012.
6. Instituto Nacional de Geografía e informática (INEGI). (Internet). México: 2010 Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>. Recuperado: Diciembre 2012.
7. Weeks SR, Anderson-Barnes VC, Tsao JW. Phantom limb pain: Theories and therapies. *Neurologist*. 2010; 16:277-86.
8. Flor H, Nikolajsen L, Staehelin Jensen T. Phantom limb pain: A case of maladaptive CNS plasticity?. *Nat Rev Neurosci*. 2006; 7:873-81.
9. Nikolajsen L, Jensen TS. Phantom limb pain. *Br J Anaesth*. 2001; 87:107-16.
10. Flor H. Phantom-limb pain: Characteristics, causes, and treatment. *Lancet Neurol*. 2002; 1:182-9.
11. Chahine L, Kanazi G. Phantom limb syndrome: A review. *Middle East J Anesthesiol*. 2007; 19:345-55.
12. Nathanson M. Phantom limbs as reported by S. Weir Mitchell. *Neurology*. 1988; 38:504-5.
13. Halbert J, Crotty M, Cameron ID. Evidence for the optimal management of acute and chronic phantom pain: A systematic review. *Clin J Pain*. 2002; 18:84-92.
14. Nikolajsen L, Staehelin Jensen T. Phantom limb pain. *Curr Rev Pain*. 2000; 4:166-70.
15. Minayo M. Investigación Social: Teoría Método y Creatividad. Argentina: Buenos Aires; 2003.
16. Hernandez S, M. Metodología de la investigación. Editorial McGraw-Hill, México; 2006.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 17.** Ibañez J. Nuevos avances en la investigación social: La investigación social de segundo orden. Anthropos Editorial. Barcelona; 1998.
- 18.** Triviños A. Introdução às pesquisas em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. Editora Atlas. São Paulo; 1987.
- 19.** Minayo M. El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud. HUCITEC-ABASCO. San Paulo, Río de Janeiro; 1996.
- 20.** Secretaria de Salud (SS). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaria de Salud. México; 1987.
- 21.** Le Breton D. Antropología del dolor. Editorial Seix Barral, S.A. España; 1999.
- 22.** Fernandez A. Las alteraciones del esquema corporal: Herramientas para una teoría de la percepción sensorial. Editoría Pérez Rincón H. Imágenes del cuerpo. Fondo de la Cultura Económica. México; 1994.
- 23.** Pellicer F. Cuando la conciencia corporal se enferma. Departamento de Neurofisiología y Neurociencias. Instituto nacional de Psiquiatría. México. Disponible En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58232406.pdf> (2002).
- 24.** Gilbert R, Gonzalez MD. Dolor en los miembros fantasma y dolor de muñón. Revista Sociedad Española del Dolor. España; (1996).
- 25.** Torralba F. Antropología del cuidar. Editorial Gráficas Lormo. Barcelona, España; 1998
- 26.** Sciacca M. 2004. Heidegger \dagger místico de la nada. Disponible en: <http://www.arvo.net/includes/document.php?idDoc=6918&IdSEc=896>.



ESTILO DE VIDA Y AUTOESTIMA EN PERSONAS DIABÉTICAS DE UNA COMUNIDAD SUBURBANA

LIFESTYLE AND SELF-ESTEEM IN PERSONS WITH DIABETES IN A SUBURBAN COMMUNITY

Recibido 16 diciembre 2014
Aceptado 26 de febrero 2015

Correspondencia:

Sofía Cheverría-Rivera
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería. Facultad de Enfermería, UASLP
sofia@uslp.mx

Autores:

Sofía Cheverría-Rivera.
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería. Facultad de Enfermería, UASLP

Martha Landeros-López.
Doctorado en Enfermería. Facultad de Enfermería. Facultad de Enfermería, UASLP

María Candelaria Betancourt-Esparza.
Doctorado en Enfermería. Facultad de Enfermería. Facultad de Enfermería, UASLP

Rina Orozco-Medina.
Estudiante de Licenciatura en Gerontogeriatría Universidad de Guadalajara

Raúl Hernández-Cruz.
Estudiante de Maestría en Administración de la Atención de Enfermería, UASLP

Palabras clave: Estilo de vida, autoestima, Diabetes Mellitus tipo 2, conductas saludables, adulto, anciano.

Key Words: Life Style, Self Concept, Diabetes Mellitus, Health Behavior, Adult, Aged.



RESUMEN

Introducción. Los estilos de vida y la autoestima repercuten en las conductas de salud de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) para mantener un control.

Objetivo: Identificar la relación entre estilo de vida y autoestima de personas DM2.

Material y métodos: Estudio descriptivo-transversal y correlacional en 81 personas de una comunidad suburbana en San Luis Potosí, México. Se incluyeron adultos y adultos mayores, ambos sexos con DM2 que aceptaron participar. Fueron aplicados: a) Instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID) con 25 ítems que pondera como favorable, poco favorable y desfavorable); b) Escala de autoestima con 10 ítems (muy de acuerdo a muy en desacuerdo) ponderándose alta, media y baja. El procesamiento y análisis fue en SPSS versión 20, se obtuvo estadística descriptiva y asociación mediante correlación de Pearson.

Resultados: La media de edad fue 57.9 años, y predominio femenino. La autoestima alta se encontró en 62.9% y el estilo de vida en 51.7% de poco favorable a desfavorable, estadísticamente no se asociaron como en otros estudios.

Conclusiones: Es necesario promover el estilo de vida favorable, y aunque no se asociaron las variables, la autoestima media-alta es una fortaleza para el control de la enfermedad.

Palabras clave: Estilo de vida, autoestima, Diabetes Mellitus tipo 2, conductas saludables, adulto, anciano.

ABSTRACT

Introduction. Lifestyles and self-esteem affect health behaviors of people with Diabetes Mellitus type 2 (DM2) to maintain control.

Objective. To identify the relation between lifestyles and the self-esteem, in diabetics type 2.

Material and methods: Descriptive- transversal and Correlational study, in 81 persons from a suburban community in San Luis Potosí, Mexico. Adults and seniors, men and women with DM2 who agreed to participate were included. Were applied: a) An instrument for measuring the lifestyle in diabetic (IMEVID) with 25 items that weights be favorable, unfavorable and favorable); b) self-esteem scale with 10 items (strongly agree to strongly disagree) weighted high, medium and low. The processing and analysis was SPSS version 20, descriptive and statistical association was obtained by Pearson correlation.

Results: The mean age was 57.9 years, and female predominance. High self-esteem was found in 62.9% and lifestyle 51.7% from unfavorable to favorable, were not associated statistically as in other studies.

Conclusions: It is necessary to promote favorable lifestyle, and although the variables were not associated, medium-high self-esteem is a strength to control the disease.

Key Words: Life Style, Self Concept, Diabetes Mellitus, Health Behavior, Adult, Aged.



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial¹. La Diabetes Mellitus (DM) está incluida en este grupo de enfermedades y se calcula que para el 2035 la cifra de personas con este problema aumentará hasta los 592 millones a nivel mundial². En México la DM, en el grupo de 20 a 65 años se encuentra en el primer lugar de causas de defunción con 14.6%, y en segundo lugar con 15.4% en el grupo de 66 y más³.

Según algunos estudios^{4,5,6}, la aparición de la enfermedad puede reducirse de manera significativa mediante la adopción de comportamientos saludables en los estilos de vida, y en la disminución de los factores de riesgo modificables como el sobrepeso u obesidad, y la falta de actividad física. Sin embargo un factor de riesgo no modificable que se encuentra detrás del aumento desenfrenado de la DM son las cuestiones genéticas⁷.

La enfermedad no solo afecta la salud física de la persona, es una condición que requiere cambios en el estilo de vida, influyendo en el funcionamiento psicológico hasta afectar la autoestima de quienes la padecen⁸. La autoestima según Rosenberg⁹, se refiere a sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo, y está constituida por factores comportamentales y motivacionales, como el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, que pueden repercutir directamente en las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona como la alimentación, la actividad física, adicciones, responsabilidad para la salud y las creencias. Conforme a estos planteamientos el objetivo del estudio fue identificar la relación entre el estilo de vida y la autoestima en personas con DM2 de una comunidad suburbana en San Luis Potosí, México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional con diseño descriptivo-transversal correlacional en el año de 2013 en una comunidad de Villa de Pozos en San Luis Potosí, México. La muestra por conveniencia fue de 81 personas usuarias de los servicios de salud de la Unidad de Cuidados Integrales y de Investigación en Salud (UCIIS), perteneciente a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Fueron incluidos pacientes diagnosticados con DM2, con edad de adulto y adulto mayor, de ambos sexos y que aceptaron participar voluntariamente bajo consentimiento informado. Los instrumentos aplicados fueron: **a)** Instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID)¹⁰ cuestionario específico, estandarizado, global y autoadministrado, que tuvo la finalidad de saber y medir el estilo de vida en los pacientes con DM2 de una manera rápida y sencilla; evaluó aspectos de nutrición, actividad física, toxicomanías, orientación e información sobre la enfermedad y aspectos emocionales. Conformado por 25 ítems divididos en 7 dominios con escala de respuesta Likert de tres opciones (0, 2 y 4, este último valor es el más favorable); el puntaje en el rango de 100-75 corresponde a un estilo de vida favorable, y menos de 49 puntos a uno desfavorable.

b) Escala de autoestima de Rosemberg,¹¹ compuesta por 10 ítems, evaluó el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma a través de una escala de medición de cuatro opciones (de A hasta a D, este último con el mayor valor). El puntaje de 30-40 indica autoestima elevada y menos de 25 la considera baja.

Para el procesamiento y análisis se realizó mediante el SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20. Se obtuvo estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas), la asociación entre estilos de vida y autoestima fue analizada con el Coeficiente de correlación de Pearson.



RESULTADOS

En las 81 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 predominó el sexo femenino (69.1%); respecto a la edad, la media se ubicó en 57.1 años, mínima de 38 y máxima de 76 años, con Desviación estándar de 8.43; en el rango de 50 a 59 años se ubicó el 48.1% de las personas.

El estilo de vida de los participantes según niveles identificados se muestran en el Cuadro I. donde se observó que predominó el poco favorable.

Los dominios de estilo de vida según las conductas del paciente, se muestran en el Cuadro II.

Se encontró que los indicadores calificados como favorables fueron actividad física con 45.6% y relaciones con familia y amistades con 43.2%, en el nivel de poco favorable se encontraron los indicadores de nutrición con 41.9% y adherencia al tratamiento con un porcentaje de 38.2% y el indicador de toxicomanías con 58% en el nivel de estilo de vida desfavorable (Cuadro III). Dentro del indicador de nutrición la población aludió que entre los alimentos que consumen las frutas las comen todos los días (48.1%), tortillas consumen de 4 a 6 por día (45.7%) y en cuanto a si agregan azúcar a sus alimentos el 60.5% casi nunca lo hace.

El Nivel de autoestima de los pacientes fue alto con 62.9% (Cuadro IV). Y respecto a la autoestima por sexo, se identificó más alta en las mujeres con un 40.7% en contraste con la de los hombres. Al analizar el nivel de autoestima por rango de edad se encontró que la autoestima elevada se ubica en el grupo de edad de 50 a 59 años y 60 a 69 años con un 24.6% cada uno, y una autoestima baja en el rango de edad de 50 a 59 años con un 9.8%.

Finalmente se encontró que la relación entre los estilos de vida y la autoestima no fue estadísticamente significativa dado un valor de $R^2 = 0.0006$.

DISCUSIÓN

En la muestra conformada por 81 personas se observó un porcentaje de edad con una frecuencia mayor en el sexo femenino donde este hecho lo señalan diversos estudios^{5,8,12}. En la muestra se manifiesta una generalidad de población por grupo de edad de 50 a 59 años; así como refirió en el 2013 la Federación Internacional de Diabetes (IDF) en el cual el mayor número de personas con diabetes se encuentra en un rango de 40 a 59 años de edad; sin embargo existe poca diferencia entre los sexos de acuerdo a la cifra mundial de personas con diabetes, tanto en 2013 como la estimación que se hace para el 2030⁷. Este aumento está asociado al desarrollo económico, el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y las modificaciones en diferentes patrones de estilo de vida¹.

Respecto a los resultados, se utilizó para la recolección de información sobre estilo de vida el cuestionario IMEVID¹⁰, en el cual se revela que el nivel de estilo de vida de los pacientes encuestados es favorable concordando a los resultados de un estudio previo en la Unidad Básica de Comunitarios, Cucutua en 2010¹³ en el que el indicador de nutrición se encontró que los pacientes presentaron estilos de vida saludables; en ese estudio se descubrió que el indicador de nutrición predomina con porcentaje favorable y casi en su misma proporción poco favorable y desfavorable, donde se manifiestan resultados favorables de actividad física, relaciones con la familia y amistades; estos indicadores puntualizan ser una influencia importante en adherencia al tratamiento y control en las personas con diabetes, lo anterior confirma en diversos estudios que las relaciones interpersonales de tal forma son determinantes en las personas contar con una red de apoyo familiar para poder sobrellevar el padecimiento de la enfermedad¹⁴.



Por otra parte, en el nivel de estilo de vida poco favorable se encontraron los indicadores de nutrición, adherencia al tratamiento y toxicomanías ciertos resultados son similares a los obtenidos en un estudio de investigación en el que determinaron el estilo de vida actual de los pacientes con DM2⁶, en el cual las personas reconocen que no están cumpliendo con las indicaciones de nutrición y toma de medicamentos; lo que representa falla en el cumplimiento del tratamiento por parte de la persona.

De acuerdo a los indicadores que destacaron en este nivel de estilo de vida; nutrición, adherencia al tratamiento y toxicomanías, constituyen tres componentes básicos y fundamentales en la vida del paciente con DM2, los cuales indican el valor del seguimiento de una dieta y ejercicio son la base esencial de un plan terapéutico en conjunto con la adopción de cambios comportamentales, lo que compone un proceso activo en la adherencia terapéutica.

En continuación a lo anterior surgen las influencias sobre las características de la personalidad en los estilos de vida saludables los cuales ejercen una importante función hacia las conductas nocivas para la salud como son la ausencia de conductas de prevención.¹⁵ Cabe resaltar que la salud física a cualquier edad y particularmente en la etapa adulta y vejez, es el resultado de diversos factores entre los que se incluye la vulnerabilidad hacia ciertas enfermedades, factores ambientales, sociales, entre los cuales se incluye la dieta, estilos de vida, factores psicológicos, patrones de comportamiento¹⁵ y rasgos de personalidad en donde se desarrollan las habilidades para poseer la autoestima.

En cuanto a los estilos de vida y autoestima consultados en otros estudios se observó una variedad en el predominio de nivel de autoestima y estilos

de vida^{12, 13}. En el estudio la autoestima se manifestó alta con predominio en mujeres mostrándose autoestima baja en el sexo masculino; esta discrepancia puede ser referida por diversos factores que no fueron tomados en cuenta en el presente estudio como: el nivel educativo, evolución de la enfermedad y nivel socioeconómico.

En un estudio que tuvo por objetivo evaluar las variables psicológicas en pacientes con DM2 también obtuvieron como resultado un autoestima alta o favorable sin embargo la mayor parte de la muestra estudiada se caracterizó por presentar un estilo de vida poco favorable y desfavorable¹³; este resultado es alarmante ya que la frecuencia de personas que poseen una autoestima alta mantienen estilos de vida desfavorables, lo que propicia el desarrollo de la enfermedad. Por lo que estadísticamente no resultó una correlación significativa entre las variables: estilo de vida y autoestima; esta relación puede tener su explicación en que las personas con DM2 a pesar de tener autoestima alta pueden tener mínima o nula percepción sobre las consecuencias adyacentes hacia la enfermedad impidiendo llevar un control correcto hacia la DM2.

Finalmente, el estudio concluye que aunque no se asociaron las variables, la autoestima alta y media prevalecieron en la muestra, importantes para mantener el control de la enfermedad, por tanto es necesario incrementar el nivel de estilo de vida favorable.

En las dimensiones de estilos de vida y autoestima no se demostró asociación estadísticamente significativa entre las variables, sin embargo juegan un papel fundamental en el aspecto biopsicosocial de las personas con DM2 y sus familias. Respecto a los resultados del estudio hubo limitantes en la presente investigación ya que tal vez los resultados



derivados dependan de otras variables que no fueron estudiadas como lo son: nivel socioeconómico, factores culturales, creencias y nivel educativo.

Estos resultados deben ser considerados por los profesionales de salud para desarrollar alternativas dirigidas a optimizar su estado físico, mental y emocional en función de una mejor calidad de vida, asimismo implementar programas de intervención en promoción a la salud para modificar los estilos de vida desfavorables presentes en las personas diagnosticadas con DM2 como a los que se encuentran en vulnerabilidad de padecerla.

Agradecimientos:

A la Jefatura de la UCIS por las facilidades otorgadas para la realización del estudio, al personal docente de la unidad, a los estudiantes de VIII semestre de Licenciatura en Enfermería por su participación en la recolección de datos y de manera muy especial a los grupos de adultos mayores "Nueva Ilusión" y "Ganas de Vivir" por su entusiasta participación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010; 1-20. Disponible
2. Hernández Avila M, Gutiérrez JP, Reynoso Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Rev Salud Pública Méx x 2013; 55(2): 129- 136. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002844>
3. Gobierno de la Republica. Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018. Programa Sectorial de Salud. 1-18 Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. 2012; 1-4. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>
5. Medellín-Vélez B. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (2):91-98. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim072f.pdf>
6. Ramírez OM, Ascanio CM, Coronado CM, Gómez MC, Mayorga AL, Medina OR, et al. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev0 Ciencia y Cuidado. 2011; 8(1): 21-8. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853505>
7. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes de la FID. 6ª ed. 2013. Version online. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas>
8. Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Colunga-Rodríguez C, Angel- González M. Calidad de vida, salud y trabajo la relación con diabetes mellitus tipo 2. Rev Salud Pública y Nutrición. 2009; 10(3): 1-10. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/x/3/articulos/cal_vida_diabmellitus.htm
9. Rosenberg, M. Conceiving the self. New York: Basic Books; 1979.
10. López-Carmona, JM, Ariza-Andraca, CR, Rodríguez - Moctezuma, JR y Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México. 45 (4): 43-51.
11. Martín Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. J Psych. 2007; 10(2): 458fi467.
12. Colunga-Rodríguez C, García de Alba JE, Angel - González M, Salazar-Estrada JG. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. Rev Cubana Salud Pública 2008; 34(4):1-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662008000400005&script=sci_arttext&tng=pt
13. Martínez-Brito O, Camarero-Fortaleza O, Carrio-Urra J, Bordón-Valdivia M. Comportamiento de variables psicológicas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. 2009; 57-67. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol17_1_11/hab08111.pdf
14. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2011; 20(1): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_08.pdf
15. Ballesteros-Jiménez S. Gerontología. Un saber multidisciplinar. (Editorial) Madrid (España): Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2004.



Cuadro I. Nivel de estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de una comunidad suburbana. Delegación Villa de Pozos, SLP. Febrero-Abril de 2014 n=81

Estilo de vida	Fr.	%
Desfavorable	3	3.7
Poco favorable	45	55.6
Favorable	33	40.7
Total	81	100

Fuente directa

Cuadro II. Estilo de vida por indicador de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de una comunidad suburbana. Delegación Villa de Pozos, SLP. Febrero-Abril de 2014

Indicador	Favorable		Poco favorable		Desfavorable		Total
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	
Nutrición	18	22.2	34	41.9	29	35.8	81
Actividad física	37	45.6	17	20.9	27	33.3	81
Toxicomanías	21	25.9	13	16	47	58	81
Relaciones con familia y amigos	35	43.2	21	25.9	25	30.8	81
Adherencias al tratamiento	23	28.3	31	38.2	27	33.3	81

Fuente directa

Cuadro IV. Nivel de autoestima de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de una comunidad suburbana. Delegación Villa de Pozos, SLP. Febrero-Abril de 2014

Nivel de autoestima	Fr.	%
Baja	11	13.5
Media	19	23.4
Alta	51	62.9
Total	81	100

Fuente directa



INTERACCIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

INTERACTION IN CHILDREN WITH
AUTISM SPECTRUM
DISORDER

Recibido 25 de febrero 2015
Aceptado 26 de febrero 2015

Correspondencia:

Manantial de San Cristobal S/N 2° piso
Xalapa 2000. CP 91097 Xalapa, Ver. México
Tel: 012288421700 Ext. 19518
qfb_cvb@yahoo.com.mx

Autores:

Vela Baizabal Carmelita
*Universidad Veracruzana, Doctorado en Ciencias
Biomédicas*

Granados Ramos Dora Elizabeth
*Universidad Veracruzana, Facultad de Psicología-Xalapa,
Laboratorio de Psicobiología*

Palabras clave: Autismo, interacción padre-niño,
comportamiento

Key Words: Autism, parent-child interaction, behavior



RESUMEN

Actualmente existen investigaciones enfocadas en demostrar que la interacción es importante para favorecer el desarrollo cognoscitivo, del lenguaje, social y emocional de niños con desarrollo normal y de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se ha propuesto que los padres de niños con TEA pueden actuar como coterapeutas de sus hijos en las interacciones cotidianas. El objetivo del estudio fue describir las características de comportamiento de niños con TEA al interactuar con su cuidador principal a través de juego libre. Participaron 16 niños con TEA de 4 a 12 años de edad con su cuidador principal. Se videograbó la interacción durante 15 minutos. A los padres se les indicó que establecieran un juego libre con sus hijos utilizando los materiales didácticos colocados en una caja. Se observó la videograbación para analizar la interacción considerando: actividad, movimientos estereotipados, contacto visual, respuesta impositiva o no impositiva, verbal, objetal, gestual, gestual-verbal o visual. Durante la interacción los niños estuvieron activos 80%. El 43% respondió en forma verbal, 35% a través de objetos y 22% utilizando gestos. Sólo en el 57% de la interacción los niños establecieron contacto visual. El estudio de la interacción en niños con TEA permite analizar las dificultades que presentan en lenguaje, interacción social y desarrollo cognoscitivo. La evaluación del desarrollo mediante pruebas estandarizadas en estos niños es compleja, por lo que el análisis de las interacciones posibilita describir el desarrollo y diseñar estrategias de apoyo para que los padres favorezcan el progreso del niño en la vida diaria.

Palabras clave: autismo, interacción padre-niño, comportamiento

ABSTRACT

Currently there is research focused on demonstrating that of interaction is important for the stimulation of cognitive, social, emotional and language development of typically developing children and children with Autism Spectrum Disorder (ASD). It has been proposed that the parents of children with ASD may act as co-therapists for their children in everyday interactions. The aim of this study was to describe the behavioral characteristics of children with ASD when than interact with their primary caregiver through free play. Participated 16 children with ASD from 4-12 years old with their primary caregiver. Interaction was videotaped for 15 minutes. Parents were then instructed to establish a free play with their children using teaching materials placed in a box. Interaction was analyzed by watching the video recording, considering: activity, stereotyped movements, eye contact, impositive response or not impositive response and whether interaction was verbal, objetal, gestural, verbal or gestural-visual. During the interaction the children were active 80%. 43% responded verbally, 35% using objects and 22% through gestures. Children in only 57% of the interaction established visual contact. The study of interaction in children with ASD to analysis of the difficulties presented in language, social interaction and cognitive development. Evaluation of developmental by standardized tests in these children is complex, so that the analysis of interactions permits the description of development and the design of support strategies for parents in order to encourage their child's progress in daily life.

Keywords: autism, parent-child interaction, behavior



Planteamiento del problema

Diversos investigadores proponen que las características de interacción de los padres se relacionan con el desarrollo de lenguaje, cognoscitivo y social de los niños. Estudios realizados desde 1970 han mostrado que la capacidad de respuesta, de dirección para lograr un fin y para divertirse durante la interacción, está relacionada con el desarrollo del niño¹.

La capacidad de respuesta de los padres influye positivamente en el desarrollo cognoscitivo y socio-emocional de niños con desarrollo normal y de niños con factores de riesgo². Esta área se ha explorado poco en niños mexicanos con TEA y de etapa escolar, por lo que se puede contribuir al desarrollo de estrategias de intervención.

Actualmente se ha propuesto que los padres de niños con TEA pueden fungir como coterapeutas de sus hijos en las interacciones cotidianas³. Por lo que en el presente estudio pretendemos describir las características de comportamiento con el análisis de la interacción entre niños con TEA y sus padres, a través de actividades de juego libre con materiales didácticos.

INTRODUCCIÓN

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un déficit en las habilidades sociales, en la comunicación tanto verbal como no verbal, por presencia de estereotipias e inflexibilidad en el comportamiento ante cambio de rutinas⁴. La sintomatología del Trastorno del Espectro Autista (TEA) puede detectarse antes de los 3 años de edad, sin embargo hasta el momento no existe un biomarcador que permita confirmar el diagnóstico, por lo que su evaluación se realiza mediante observación clínica⁵. Se estima que afecta a 1 de cada 100 niños y su prevalencia es mayor en población masculina, por cada niña con TEA hay cuatro niños. En México no existen cifras precisas, aunque el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó en 2004, alrededor de 45 000 niños con TEA.

La interacción niño-cuidador, quien regularmente es la madre del niño, en las etapas tempranas de vida ha demostrado relación con el desarrollo general del niño⁶. Desde el nacimiento, se establecen las pautas de organización del comportamiento y la

respuesta selectiva a los estímulos sociales⁷. Asimismo, la interacción familiar promueve un mayor desarrollo de los niños⁸.

Diversos estudios han investigado las interacciones entre hijos y madres, incluyendo niños con repertorios conductuales limitados, con síndrome de Down, con retraso en el desarrollo, prematuros y con autismo, en los cuales se han observado que las madres tienen mayor perseverancia para que los niños puedan resolver tareas complejas individuales comparadas con madres de niños con desarrollo normal^{9,10}.

La conducta de los niños con TEA ha sido estudiada desde los años ochenta mediante la observación durante juego libre con su cuidador principal¹¹. Se ha observado que los niños con TEA establecen varias acciones con los objetos e incluso algunos son capaces de realizar actos de juego funcional y simbólico, sin embargo el juego es diferente del observado en niños normales y en niños con retraso mental de nivel de desarrollo cognoscitivo



semejante¹². También se ha observado que las madres de niños con trastornos del lenguaje son más sensibles a las conductas de sus hijos, comparado con las madres de niños con discapacidad intelectual y de niños con autismo¹³.

En México pocos estudios han explorado la conducta recíproca entre niños con TEA y su cuidador principal¹⁴. Actualmente existen investigaciones enfocadas a demostrar que la interacción es importante para favorecer el desarrollo cognoscitivo, el lenguaje, la interacción social y emocional de niños con desarrollo normal y de niños con TEA. Se ha propuesto que los padres de niños con TEA pueden fungir como coterapeutas de sus hijos en las interacciones cotidianas³. El objetivo del estudio fue describir las características de comportamiento de niños con TEA al interactuar con su cuidador principal a través de juego libre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y observacional en el que participaron 16 niños con TEA de 4 a 12 años (15 niños y 1 niña) con su cuidador principal. Diez niños fueron referidos del Centro Estatal para la Detección y Atención del Autismo de la ciudad de Xalapa, Veracruz y los cinco niños restantes fueron referidos de sus centros educativos. Se videograbó la interacción de cada niño con TEA y su cuidador, en situación de juego libre durante 15 minutos. A los padres se les indicó que jugaran con sus hijos utilizando materiales didácticos colocados en una caja, se les dio la siguiente indicación: "Vamos a grabar 15 minutos de juego libre con su hijo, le pedimos que juegue con él como usted lo hace en casa, utilizando los materiales que hay en la caja. Esto nos permitirá conocer cómo se comunica con su hijo y conocer el desarrollo del niño".

La interacción niño-cuidador principal se videograbó en un cubículo del Laboratorio de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. Las condiciones de observación fueron semejantes para todas las díadas, con iluminación adecuada, dos sillas y una mesa para facilitar el uso de los materiales: caja con: rompecabezas, pelotas, juguetes para agitar, rodar, dar cuerda, memoramas y muñecos de diferentes formas y texturas sin presencia de observadores.

La videograbación se analizó mediante ciclos, considerando un ciclo como el cambio en el estilo de comportamiento de inicio, respuesta o pasividad de alguno de los participantes.

Cada ciclo se clasificó con seis categorías adaptadas de Muñoz-Ledo⁷:

1. *Activo*: se observa intencionalidad de establecer intercambio o afectar la conducta del otro.
2. *Pasivo*: no se observa intencionalidad de establecer intercambio o afectar la conducta del otro.
3. *Movimientos estereotipados*: movimientos o conductas repetitivas del niño durante la interacción como aleteo de manos, balanceo de cuerpo, movimiento de piernas, etc.
4. *Sin contacto visual*: Cuando no se miran a la cara el niño y el cuidador.
5. *Impositivo*: iniciar y dirigir la atención del otro e inclusive forzarlo para realizar alguna actividad.
6. *No impositivo*: guiar la interacción para atraer la atención del otro con o sin objetos y ampliar el tiempo de interacción.

Los tipos de respuesta se clasificaron en tres grupos, adaptadas de Muñoz-Ledo⁷:



1. *Verbal*: describir, comentar o responder en forma oral a una acción.
2. *Objetal*: se utiliza un juguete o un objeto para llamar la atención del otro.
3. *Gestual*: realiza gestos o movimientos corporales sin verbalizaciones.

De los 15 min videograbados, se contó el número de ciclos a partir de los 2 minutos con 30 segundos hasta los 12 minutos con 30 segundos. Posteriormente se analizaron los ciclos, se clasificaron en las categorías y tipos de respuesta.

De acuerdo a las características de los niños con TEA, se formaron cuatro grupos (G1 al G4) con cuatro participantes cada uno, donde los niños necesitaban apoyo:

G1: en el área de comunicación social o de conductas estereotipadas y no presentaban dificultades de lenguaje.

G2: en comunicación social y presentaban conductas estereotipadas. Podían presentar dificultades de lenguaje.

G3: frecuente en comunicación social y conductas estereotipadas. Presentaban lenguaje con ecolalia y dificultades de articulación.

G4: muy frecuente en todas las áreas y presentaban conductas estereotipadas que interferían con las actividades cotidianas. Había ausencia de lenguaje.

RESULTADOS

a edad promedio de los niños fue de 9 años 7 meses (D.E. ± 31 meses). De los 16 niños, ocho presentaban ecolalia y ocho tenían lenguaje normal.

Se describirán las características de la interacción de los 16 niños con TEA y posteriormente por grupos separados según el nivel de apoyo requerido.

Todos los niños permanecieron activos en el 80% de la interacción, respondieron con actitud impositiva el 10%, en forma verbal el 43%, a través de objetos el 35% y utilizando gestos el 22%. Los niños establecieron contacto visual sólo en el 57% de la interacción, y en el 25% presentaron movimientos estereotipados (Figura 1).

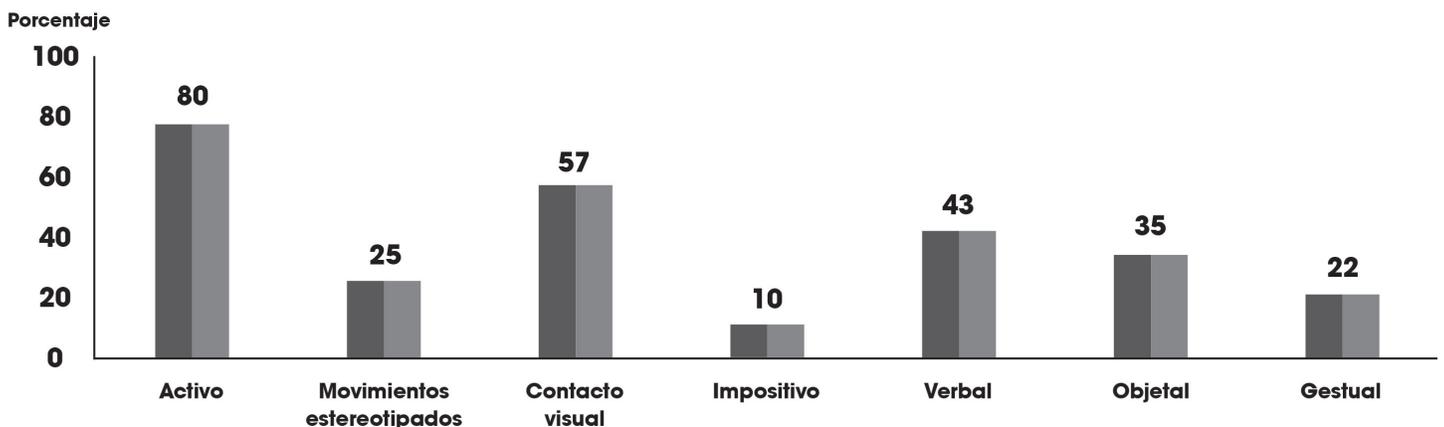


Figura 1. Porcentaje de las categorías analizadas durante la interacción de los niños con TEA.

Los niños más activos fueron del G1 (95%) y G3 (96%), el G4 permaneció activo el 50% de la interacción. Los niños que mostraron un comportamiento impositivo mayor fueron G3 y G4 (14%). Se observaron movimientos estereotipados en todos los grupos en más del 15%, los cuales incluían golpeteo ligero sobre la mesa, aleteo de manos, balanceo de cuerpo y movimiento de piernas. Mientras que los grupos que establecieron mayor contacto visual con su cuidador fueron G1 y G3 (Figura 2).

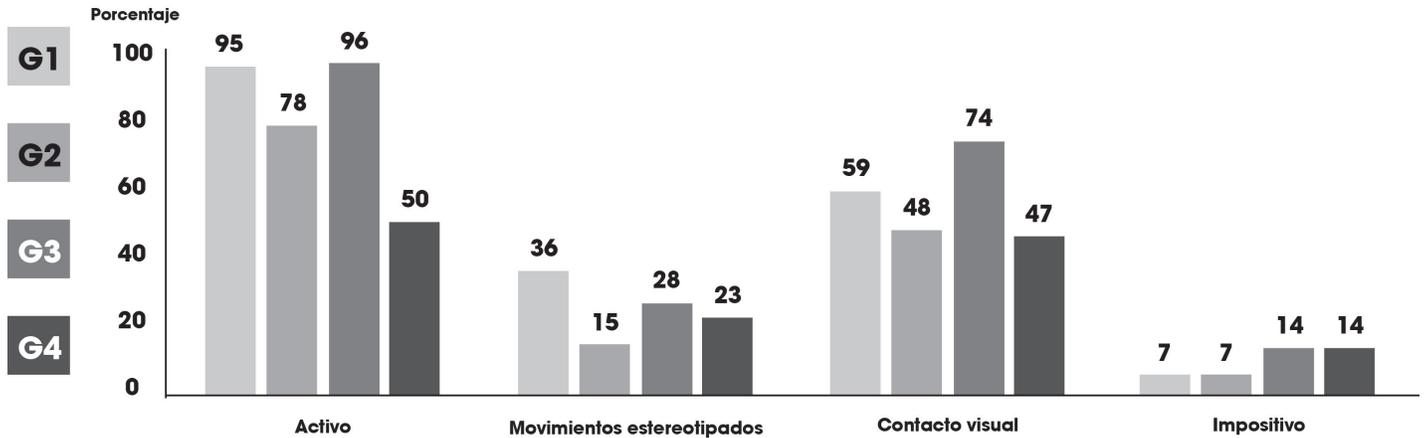


Figura 2. Porcentaje de las categorías presentes durante la interacción de los niños con TEA por grupo de estudio.

Las respuestas que predominaron en los 16 niños con TEA fueron las verbales con 43% y objetales con 35%. El uso de gestos sólo se observó en el 22% de la interacción.

En la interacción, G1 y G2 expresaron en 46% respuestas verbales y G3 en 44%, mientras que en G4 se observó el 34%. El uso de respuestas objetales se presentó en G4 el 46%. Las respuestas gestuales se presentaron en G1 y G3 el 24%, en G2 el 19% y en G4 el 20% (Figura 3).

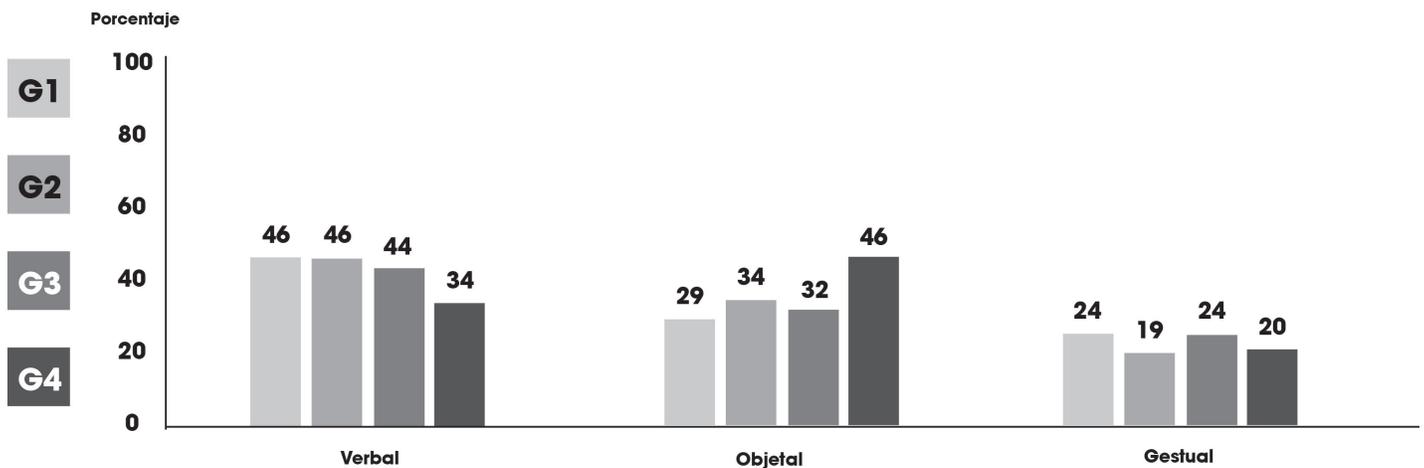


Figura 3. Porcentaje de las respuestas observadas durante la interacción de los niños con TEA divididos por grupo de estudio.

DISCUSIÓN

La evaluación del desarrollo y el diagnóstico mediante pruebas estandarizadas en los niños con TEA en nuestro país es compleja, ya que la mayoría de los estándares de oro que se utilizan no están validados para población mexicana¹⁵, sin embargo el análisis de las interacciones en situaciones cotidianas permite describir el desarrollo de los niños y establecer las bases para diseñar estrategias de apoyo en casa, para que los padres favorezcan el progreso del niño.

Se cumplió el objetivo de describir las características de comportamiento de niños con TEA al interactuar con su cuidador principal a través de juego libre. Se observaron las respuestas verbales, objetales y gestuales, así como los movimientos estereotipados durante las actividades de juego, y el establecimiento de contacto visual.

Los niños con TEA evaluados estuvieron activos el 80% de la interacción, lo cual fue similar a los niños en edad preescolar con coeficiente intelectual promedio descritos por Eheart, quien analizó que en la interacción respondían el 78%, mientras que los niños con coeficiente intelectual bajo lo hicieron sólo en el 56% del tiempo¹⁰.

Aunque la actividad en la interacción de los niños con TEA fue semejante a los niños sin dificultades, se deben analizar los tipos de respuestas en los diferentes grupos de estudio, como el lenguaje, uso de objetos y gestos para caracterizar su comportamiento en forma detallada. En los casos presentados, se observó que a mayor apoyo, hubo menor uso de gestos y mayor uso de objetos, mientras que a menor apoyo del TEA se observaron mayor uso de respuestas verbales y gestos.

Los estudios demuestran que el análisis de los gestos en niños con TEA puede ayudar a identificar diferentes fenotipos en el autismo y a desarrollar nuevas terapias¹⁶.

En la interacción de los niños con TEA y sus padres, el 43% del tiempo utilizaron lenguaje verbal, lo cual

coincide con el análisis realizado por Doussard et al., quienes describen más contacto físico de las madres hacia los niños con TEA, y menos respuestas verbales, comparado con las madres de niños sin dificultades de desarrollo¹⁷.

Diversos autores proponen que las características de la interacción de los padres se relacionan con el desarrollo cognoscitivo^{2,16}. En el presente estudio se observó que a mayores dificultades en los niños, los padres fueron impositivos, esto puede ser desfavorable, ya que una interacción sin dirección no contribuye al desarrollo de los niños¹⁸.

Es importante que las estrategias de apoyo estén dirigidas al uso de lenguaje para favorecer la comunicación en los niños con TEA y al desarrollo social en la interacción con los padres y las personas que convivan en casa y en su entorno.

CONCLUSIONES

Los niños con TEA que más apoyo requerían utilizaban menos gestos e interactuaban a través de objetos con sus padres. Los niños con TEA que necesitaron menos apoyo de sus padres, utilizaron más respuestas verbales y gestos en la interacción.

En los programas de apoyo dirigidos a la atención de niños escolares con TEA, deben incluirse estrategias que favorezcan la interacción con calidad a partir del contacto visual, desarrollo del lenguaje y habilidades cognoscitivas a través de la guía no impositiva.

Agradecimientos:

A los niños, padres y personal del Centro Estatal para la Detección y Atención del Autismo del Estado de Veracruz.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca 281550 del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Universidad Veracruzana.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kochanska G, Forman G y Coy KC. Implications of the mother-child relationship in infancy for socialization in the second year of life. *Infant Behav Dev.* 1999; 22:249-265.
2. Moore JB, Saylor CF y Boyce GC. Parent-child interaction and developmental outcomes in medically fragile, high risk children. *Children's Health Care.* 1998; 27(2):97-112.
3. Ruble L, Duffie A, King A y Lorenz D. Caregiver responsiveness and social interaction behaviors of young children with autism. *Topics Early Child Spec Educ.* 2008; 28:158-170.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5.* Washington DC: American Psychiatric Association Press. 2013; 50-59
5. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord.* 2003; 33(4):365-382.
6. Oliviera A, Granados D, Romero G, Alcaraz V, Martínez R, Uresti L y Gálvez V. (Mayo, 2008). Interacción madre-hijo y desarrollo en preescolares con dificultades de lenguaje. V encuentro. Participación de la mujer en la ciencia. Centro de Investigaciones en óptica. León, Guanajuato, México.
7. Muñoz-Ledo P, Cravioto J, Méndez I, Sánchez M y Mandujano M. Interacciones madre-hijo y desarrollo infantil: aportes teóricos y metodológicos de estudio en niños con antecedentes de daño neurológico perinatal. *UAM.* 2003; 7-130.
8. Guralnick MJ. A developmental systems model for early intervention. *Infants Young Child.* 2001; 14(2):1-18.
9. Cielinski K, Vaughn BE, Seifer R y Contreras J. Relations among sustained engagement during play, quality of play, and mother-child interaction in samples of children with Down syndrome and normally developing toddlers. *Infant Behav Dev.* 1995; 18:163-176.
10. Eheart BK. Mother-child interactions with non-retarded and mentally retarded preschoolers. *Am J Ment Deic.* 1982; 87:20-25.
11. Baron-Cohen S. Autism and symbolic play. *Br J Dev Psychol.* 1987; 5:139-148.
12. Canal R y Rivieré A. Conducta de juego y expresiones emocionales de niños autistas no verbales en una situación natural de interacción. La esperanza no es un sueño. *Actas del V Congreso Internacional Autismo-Europa.* Fundación ONCE. Madrid. 1998; 475-492.
13. Díken IH. An exploration of interactional behaviors of turkish mothers and their children with special needs: implications for early intervention practices. *Education and Science.* 2012; 37(163):297-309.
14. Damián M. Estilos de interacción de una paraprofesional y la madre de una niña autista. *Psicothema.* 2000; 12(2):166-169.
15. Bravo A, Esmer C y Navarro ME. Autism Spectrum Disorders in Mexico. *Comprehensive Guide to Autism.* New York:Springer; 2014; pp. 2469-2482.
16. Mastrogiuseppe M, Capirci O, Cova S y Venuti P. Gestural communication in children with autism spectrum disorders during mother-child interaction. *Autism.* 2014;1-13.
17. Doussard-Roosevelt JA, Joe C, Bazhenova OV y Porges SW. Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Dev Psychopathol.* 2003; 15:277-295.
18. Mahoney G y Powell A. Modifying parent-child interaction: enhancing the development of handicapped children. *J Spec Educ.* 1988; 22:82-96.



ACCIDENTES LABORALES POR RESIDUOS PUNZOCORTANTES EN EL PERSONAL DE SALUD: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

OCCUPATIONAL ACCIDENTS BY
WASTE SHARP DEVICES IN HEALTH
CARE WORKERS:
AN EXPLORATORY STUDY

Recibido 3 de febrero 2015
Aceptado 10 de marzo 2015

Correspondencia:

Danae Jiménez Martínez
Juan Badiano No1, Col. Sección XVI
Del. Tlalpan, México D.F. CP. 14080
Tel. (0155) 55732911 Ext. 1225
dana821104@hotmail.com

Autores:

Danae Jiménez-Martínez

Licenciada en Enfermería. Enfermera Adscrita del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Imelda Flores-Montes

Licenciada en Enfermería. Jefe de Enfermeras del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Micaela Ordiano-Ramírez

Enfermera Especialista en Enfermería Infantil. Enfermera Adscrita del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Gustavo Atescatenco-Pineda

Enfermero Especialista en el Adulto en Estado Crítico. Enfermero Adscrito del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Mayeli Cervera-Rojo

Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras. Enfermera Adscrita de la Clínica de heridas del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Palabras clave: Residuos punzocortantes, salud laboral, personal de salud, accidentes laborales.

Key Words: waste sharps, health workplace, personal health, work-related accidents.



RESUMEN

Introducción. Los trabajadores de la salud están expuestos a diversos riesgos ocupacionales, entre los que destacan los accidentes por residuos punzocortantes (RP); estos desechos son fuente potencial de enfermedades infectocontagiosas y su reporte y seguimiento del trabajador es importante para evaluar su salud. El comité de infecciones nosocomiales (CIN) registra los accidentes por RP para conocer factores que desencadenaron la exposición al riesgo.

Objetivo. Describir los accidentes laborales por RP del trabajador de la salud.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de enero 2012 a diciembre 2013. Muestra no probabilística (N=63) incluyó trabajadores de la salud que reportaron accidentes por RP al CIN. Datos recolectados mediante cédula ex profeso de registro de punciones y lesiones accidentales, con variables: fecha del accidente y del reporte, datos del paciente, ocupación, lugar donde ocurrió, características del punzocortante, tipo de lesión, descripción del accidente y seguimiento. Datos analizados en el programa Excel con estadística descriptiva.

Resultados. Los accidentes se presentan con mayor frecuencia en turno matutino (62%) y en el personal de Enfermería (71%), reportándose el mismo día del evento (50%). Se presentan más en el área de hospitalización (23%) y unidad coronaria (19%); 70% dentro de la habitación del paciente. El accidente fue con aguja (44%) y lanceta (22%). A los 12 meses del accidente, el 3% concluyó seguimiento.

Conclusiones. Los registros de accidentes laborales son más frecuentes en el personal de enfermería, durante el cuidado de la persona en su habitación, principalmente ocasionados por agujas. Esto conlleva a implementar estrategias que mejoren las medidas de bioseguridad y favorezcan el reporte de accidentes laborales.

Palabras clave: residuos punzocortantes, salud laboral, personal de salud, accidentes laborales.

ABSTRACT

Introduction. Health workers are exposed to various occupational risks, including accidents by waste sharp devices (WSD). These are a potential source of infections or contagious diseases, the reporting and monitoring of a worker is important in order to assess his/her health. The Committee on nosocomial infections (CIN) registers WSD accidents to know factors that triggered the exposure to risk.

Objective. Describe workplace accidents by WSD of health workers.

Material and methods. Descriptive, retrospective and transversal study of January 2012 to December 2013. Non probabilistic sample (N = 63) included health workers who reported accidents for WSD to the CIN. Data collected by identity indifferent records of punctures and accidental injury with variables: date of the accident and report, data from the patient, occupation; place where occurred, the stab, lesion type, description of the accident and monitoring features. Data analyzed in the program Excel with descriptive statistics.

Results. Accidents occur most frequently in morning shift (62%) to nurses (71%), reporting the same day of the event (50%). It happens more frequently in the area of hospitalization (23%) and coronary care unit (19%); 70% within the patient's room. The common accident is with a needle (44%) and lancet (22%). At 12 months of the accident, 3% finished the monitoring.

Conclusions. Records of occupational accidents are more frequent in the nursing staff, for the care of the person in his/her room, mainly caused by needles. This leads to implement strategies that improve biosecurity measures and encourage the reporting of accidents.

Key words: waste sharps, health workplace, personal health, work-related accidents.



INTRODUCCIÓN

Los trabajadores de la salud (TS) están expuestos a múltiples riesgos ocupacionales, entre los que predominan los accidentes por residuos punzocortantes (RP), secundario a la manipulación de los dispositivos invasivos por la atención que se brinda al usuario en una institución de salud (IS), estos desechos son fuente potencial de enfermedades infectocontagiosas, por lo que el reporte y seguimiento del trabajador es muy importante para tomar medidas oportunas.

Las IS generan diariamente materiales de desecho, llamados Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) que se consideran un riesgo potencial para quienes los manipulan por el peligro que representa, desde los años 80's debido a los hallazgos de residuos hospitalarios en zonas pobladas y la creciente epidemia de infecciones como el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), organismos internacionales como el Centers for Disease Control (CDC), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han emitido recomendaciones para su manejo, mismas que han sido adoptadas en la reglamentación y las políticas internas de cada país. De acuerdo a la OMS, las IS de Latinoamérica producen diariamente en promedio 3 Kg de residuos por cama, de los que sólo del 10% al 25% tienen características de peligrosidad.¹

En México se cuenta con la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos peligrosos biológico - infecciosos -Clasificación y especificaciones de manejo, que regula el adecuado manejo de RP e incluye el concepto de actividad técnica operativa e involucra la manipulación, transporte, tratamiento y disposición final de estos.¹ La mayor parte de los accidentes que ocurren por RPBI es por la inadecuada manipulación de RP considerándose éste como todo objeto que tiene la capacidad de penetrar y/o cortar tejidos humanos facilitando el desarrollo de una infección, tales como agujas, alambres, tornillos, hojas de bisturí, cánulas, tubos

de vidrio, adaptadores de equipos de infusión, navajas, porta, cubre objetos, lancetas, entre otros.²

El volumen y la ruta de inoculación percutánea ante la lesión producida por RP ocasionan pérdida de la integridad de la piel, poniendo en contacto al TS con fluidos orgánicos potencialmente infecciosos e influyen sobre el riesgo de transmisión del padecimiento. La inoculación percutánea de sangre implica el mayor riesgo de transmisión como el caso de VIH, que se clasifica en alto, mediano y bajo riesgo (Cuadro I). De acuerdo a la literatura, las enfermedades con mayor riesgo de transmisión y que tienen más importancia son las producidas por los virus de hepatitis B (VHB), virus de hepatitis C (VHC) y VIH¹, por eso se hace énfasis en el adecuado manejo de los RP (Cuadro II).

La OMS estima que a nivel mundial existen 35 millones de TS, de los cuales aproximadamente 3 millones han experimentado anualmente un accidente por RP con patógenos sanguíneos, de los cuales 2 millones corresponden a VHB, 0.9 millones a VHC y 170, 000 a VIH.¹

Cuando existe una exposición con el VIH, el 50 a 80% de los pacientes presenta el Síndrome Retroviral Agudo (SRA), el cual se produce entre 1 a 6 semanas post entrada del virus. El antígeno p24 del core viral (antigenemia) se detecta coincidiendo con la aparición de los síntomas hasta la seroconversión (anti core p24), que ocurre entre la semana 2 y 12 post entrada del VIH. La infección tiene un período de latencia clínica que dura en promedio de 8-10 años, y concluye con las enfermedades oportunistas propias del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.³

El VHB pertenece a la familia de los hepadnavirus de 42 nm y tiene una mayor incidencia en drogadictos, homosexuales, personal de salud, inmunosuprimidos y hemofílicos con un periodo de incubación de 45 a 160 días y su transmisión es por actividad sexual, parenteral o perinatal. Mientras que el VHC pertenece a la familia de flavivirus



y se transmite con mayor frecuencia por vía parenteral a través de sangre o sus productos y en menor porcentaje sexual. Su mayor incidencia es en drogadictos, personas transfundidas y trabajadores de la salud y el periodo de incubación es de 2 a 12 semanas.⁴

En términos de morbilidad se tienen pocos reportes de las IS acerca de los accidentes con RP, aunque el impacto en México es relevante, ya que existe evidencia que el personal que ha sufrido un accidente con RP presentó seroconversión a VHB y VHC, pero ninguno con VIH.⁵

Dentro del área hospitalaria la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamiento para prevenir la exposición a agentes potencialmente infecciosos se conoce como bioseguridad hospitalaria, donde el objetivo es implementar medidas organizativas para contener, manipular, confinar y reducir el riesgo a la exposición potencial de agentes infecciosos al TS. Para esto se basa en principios como la universalidad, el uso de barreras y el tener los medios adecuados de eliminación de material contaminado.¹

En la NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 hay diferentes clasificaciones de acuerdo a la producción RPBI; el Instituto Nacional de Cardiología (INC) se encuentra en nivel III por generar más de 100kg al mes con un periodo de almacenamiento no mayor a 7 días.¹ Es importante mencionar que cuenta con políticas para el manejo de RPBI y el Comité de Control de Infecciones Nosocomiales (CCIN) es el encargado de vigilar su aplicación mediante un programa preventivo y de seguimiento del personal que ha tenido un accidente por RP, el cual consiste en 1) lavar la herida de forma inmediata, 2) notificar al jefe inmediato del personal de salud, 3) se notifica y registra el accidente en el CCIN y se da apertura

del protocolo de seguimiento iniciando con una entrevista para conocer los factores que desencadenaron la exposición al riesgo, posteriormente se envía al personal de salud al laboratorio central para toma de muestras basales que incluye detección de VHB, VHC y VIH con un seguimiento a los tres meses, seis meses y al año de pruebas serológicas. Cuando el accidente ocurre con un paciente que se conoce o se sospecha de probable portador de VIH, VHB o VHC, se realiza una valoración por el médico infectólogo, y si es necesario, se inicia tratamiento, sin olvidar que todos los pacientes son potencialmente infectocontagiosos.⁶

En el INC se ha observado que los accidentes de mayor prevalencia que se presentan en el TS es durante la atención hospitalaria se debe a las punciones por RP, los riesgos de una complicación depende de las funciones que realicen. El profesional de enfermería está especialmente en riesgo y es el grupo más representativo en estas situaciones, probablemente por ser quien pasa más horas en la atención directa del paciente realizando técnicas de riesgo; sin embargo, existen otras personas que también se encuentran expuestos, como son los médicos, el personal de intendencia, de laboratorios, entre otros. Aun cuando existe un protocolo de registro y seguimiento, no todo el personal que sufrió un accidente lo concluye y dada la magnitud del problema y la poca evidencia existente en nuestro medio, el presente trabajo tuvo la finalidad de describir los accidentes laborales por RP en el personal de salud del INC.⁷

La exposición a patógenos transmitidos por la sangre producida por lesiones de agujas u otros instrumentos punzocortantes es un problema serio pero puede prevenirse, por lo que con base en los resultados el CCIN podrá analizarse el problema, implementar estrategias para concientizar al personal y disminuir los accidentes por RP.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de enero de 2012 a diciembre de 2013. La población de estudio (N=63) fue todo el personal que acudió al CCIN para reportar un accidente con RP. La recolección de datos se realizó mediante la cédula ex profeso de registro de punciones y lesiones accidentales con RP, que contiene datos para el análisis del riesgo al que se ha expuesto el personal de salud, así como los datos del paciente, la identificación del personal de salud, fecha del accidente y del reporte, turno, categoría, servicio, lugar físico donde ocurrió la herida, características del objeto punzocortante que ocasiona la lesión, tipo de lesión que genera, lugar anatómico de la lesión, descripción breve del accidente, valoración por el médico infectólogo de acuerdo a los factores de riesgo y seguimiento de toma de muestras durante un año.

El análisis de los datos se realizó en el programa Excel a través de estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para variables nominales y ordinales, así como medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas (media, mediana, moda, cuartiles y desviación estándar).

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su artículo 16,⁸ el presente estudio se cataloga como investigación sin riesgo, ya que sólo se recolectaron datos estadísticos de los registros clínicos del personal de salud sin revelar la identidad, por lo que no se requiere de un consentimiento informado y no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes. Se guardará la confidencialidad de los datos obtenidos por la institución apeguándose a lo establecido en el código de Nuremberg.⁹

RESULTADOS

El turno con mayor frecuencia en reportar accidentes por punción fue el turno matutino (61.9%); el 50.8% de los accidentes se reportaron el mismo día del evento, 31.7% lo realizó de 1-2 días después, pero el 1.6% lo hizo después de 4 días de sucedido el accidente. De acuerdo al área de adscripción, el 69.8% del personal está adscrito a la Dirección de Enfermería; (Cuadro III). El lugar donde ocurren con mayor frecuencia los accidentes son las áreas de unidades de cuidados críticos (30.1%), hospitalización (22.2%) y la sala de operaciones (9.5%).

Con relación al lugar físico donde ocurrió el accidente, el 69.8% fue dentro de la habitación del paciente y 11.1% en la sala de operaciones, pero llama la atención que en el 9.5% de los casos fue en otras áreas comunes como el pasillo, la central de enfermeras y el área de lavado de material quirúrgico. El personal de salud que sufrió el accidente estaba recolectando muestras sanguíneas (44.5%), suturaba un órgano o herida (7.9%), inyectaba tratamiento (6.3%) o estaba canalizando una arteria o vena (3%). En la mayoría de las ocasiones el accidente se produjo por una aguja (44.5%) o una lanceta (22.2%); la profundidad de la herida fue superficial en el 44.5% de las personas y sólo en el 12.7% fue severa (cuadro III).

Una vez ocurrido el accidente, del 100% de la población de estudio, sólo el 19.1% del personal se presentó al CCIN para su seguimiento a los tres meses, 7.9% lo hizo a los 6 meses, y sólo el 3.2% lo concluyó al año; de éste último, el personal era de enfermería e intendencia (cuadro IV).



DISCUSIÓN

El turno en que se presentan con mayor frecuencia los accidentes por RP fue el matutino, y aunque no se encuentra evidencia en la literatura se puede atribuir a que el número de personal de salud y el número de procedimientos o cuidados es mayor en dicho horario, lo que da la pauta para futuras investigaciones integrando otra variable que tome en cuenta este punto, ya que Neves¹⁰ ha descrito que la comunicación, la sobrecarga de trabajo, la estructura física, la accesibilidad a los equipamientos de protección, aspectos organizacionales y administrativos pueden considerarse como barreras que interfieren en la seguridad y protección individual.

El personal que tuvo con mayor frecuencia accidentes por RP fue el grupo de enfermería, posiblemente por ser el grupo de trabajo que más horas pasa con los pacientes en los cuales se realizan procedimientos de alto riesgo, estos resultados son semejantes a lo encontrado en algunos estudios,^{11,12,13,14} además de que la edad y el tiempo en el servicio son factores que estuvieron ampliamente relacionados con la ocurrencia o no de accidentes, sin embargo, es un dato que no se tuvo en el estudio y esta variable es relevante para normar conductas en la prevención al considerar al personal de nuevo ingreso quien presenta el mayor riesgo.

En este estudio, el servicio donde se presentan con mayor frecuencia los accidentes por RP es en el área no quirúrgica, es decir, en servicios de hospitalización y cuidados críticos, datos que difieren con lo encontrado en algunas investigaciones^{15,16,17} donde es el servicio de quirófano; esta diferencia se puede atribuir al tipo de pacientes que se reciben en un estatus de urgencia, las características clínicas de los pacientes que requieren de una atención inmediata en un menor tiempo posible,

el mayor número de punciones y el posible exceso de confianza del personal de salud durante la realización de sus procedimientos, lo que probablemente incremente el riesgo de una punción.

De acuerdo a la evidencia,^{12,15} se identificó que la mayoría de los accidentes con punzocortantes que ocurren en el personal de salud está caracterizado por presentarse con mayor frecuencia durante la realización de procedimientos invasivos (como la instalación del acceso vascular, la administración de medicamentos, suturar, realizar una flebotomía) que en aquellos no invasivos, tal y cómo se encontró en nuestro estudio. Por lo que se hace necesario que se normen e implementen dispositivos de seguridad con la finalidad de reducir las lesiones con punzocortantes.

El instrumento con el cual se producen los accidentes, en la mayoría de los casos, está relacionado con los procedimientos invasivos y el área o servicio donde se otorgan la atención (hospitalización, urgencias o quirófano), y entre los más comunes se encuentran las agujas de sutura, las hojas de bisturí y las jeringas según Moreno,¹⁶ Jagger¹⁷, Watt¹⁸ y Gutiérrez¹⁹. Estos datos concuerdan con nuestros resultados, además de que la mayoría fueron lesiones superficiales, mientras que Tipple¹² refirió heridas graves con dispositivos que se habían instalado previamente y estaban en contacto con sangre contaminada. Ante esta problemática, se requiere de dispositivos de seguridad para agujas y bisturís, doble enguantado, el uso de agujas de sutura romas y el uso de complementos de sutura, estrategias que han mostrado ser eficaces en la reducción de lesiones por punzocortantes.^{20,21,22}

Varios autores^{12,14,16,23} han identificado que las medidas adoptadas por el personal de salud después de un accidente o a la exposición con fluidos



corporales se limita a la asistencia local con agua y jabón (53,4%), no realizan una evaluación médica, hay quien induce el sangrado de la lesión, la mayoría no comunica el accidente laboral al área correspondiente y menos de la mitad no lleva el seguimiento serológico de sí mismo y del paciente, esta evidencia es semejante a lo encontrado en el INCICH, excepto que el personal de salud no refiere si induce o no el sangrado de la lesión, por lo tanto, el personal sabe cómo iniciar el protocolo de vigilancia epidemiológica y reportan el caso al CCIN, pero sólo el 2% concluye el seguimiento al año.

CONCLUSIONES

Los registros de accidentes laborales son más frecuentes en el personal de enfermería, al ser el profesional que realiza el mayor número de actividades invasivas directamente con el paciente. Los RP causantes de accidentes en su mayoría son agujas, lo que conlleva a reforzar las medidas preventivas encaminadas a eliminar este tipo de lesiones a través de la retroalimentación continua al trabajador de la salud en

cuanto a las medidas de bioseguridad, ya que la percepción de la importancia de barreras puede actuar como obstáculo para la adopción de medidas y comportamiento recomendado en procedimientos de riesgo. Con este estudio se observó que el instrumento con el que se realiza la entrevista al personal afectado por punciones carece de ítems para el análisis de factores de riesgo que puede tener relación con las causas de los accidentes y tomar acciones encaminadas a la prevención.

Se desconocen las causas directas que el personal tiene para no reportar el accidente y dar el seguimiento con serología ya que no se da seguimiento al proceso y, por lo tanto, no se ha documentado si existe seroconversión, por lo que se realizan estrategias que recuerde al trabajador su seguimiento hasta cumplir un año del accidente siendo este un tema crucial en la seguridad del personal de salud y pacientes dejando una puerta abierta a continuar con la búsqueda de respuesta a estas interrogantes a través de investigación cuantitativa y cualitativa tomando como referencia los datos arrojados en este estudio.

Cuadro I. Clasificación de factores de riesgo para VIH.



Fuente: Tomado de Malagón LG, Álvarez MC. Infecciones Hospitalarias. 3rd ed. México: Editorial Medica Panamericana; 2010.



Cuadro II. Clasificación de factores de riesgo hepatitis B, hepatitis C y VIH.

Infección	Modos de transmisión	Riesgo de transmisión a un huésped susceptible. Personal al paciente	Riesgo de transmisión a un huésped susceptible. Paciente al personal	Prevención primaria (antes de la exposición)	Prevención primaria (después de la exposición)
Hepatitis B	Vía percutánea, contacto de sangre con mucosa y piel no intacta, semen, secreciones vaginales y otros fluidos corporales	Bajo	Moderado (riesgo de punción es de 6% a 35%)	Vacuna contra hepatitis B. Manejo seguro de punzocortantes, uso de barreras. Lavado de manos.	Usar inmunoglobulina específica contra hepatitis B e inmunización en exposiciones significativas en personal susceptible
Hepatitis C	Similar a hepatitis B	Raro	Bajo (riesgo de punción entre 1% y 7%)	Manejo seguro de punzocortantes, uso de barreras. Lavado de manos.	No hay medidas con suficiente evidencia. Seguimiento cercano con pruebas serológicas y enzimas hepáticas.
VIH	Principalmente por contacto percutáneo con sangre, contacto de sangre con mucosas o piel no intacta. El semen, secreciones vaginales u otros fluidos tienen menor capacidad para transmitirlo.	Muy raro	Raro (riesgo de una punción 0.3%)	Manejo seguro de punzocortantes, uso de barreras. Lavado de manos.	Seguir guías con uso de medicamentos antirretrovirales de acuerdo con el grado de exposición

Cuadro III. Características generales del personal de salud y de los accidentes laborales por residuos punzocortantes.

Variable	N=63 Fr (%)	Variable	N=63 Fr (%)
TURNO		INTERVENCIÓN O PROCEDIMIENTO	
Matutino	39 (61.9)	Obtención de muestra	28 (44.5)
Vespertino	15 (23.8)	Otros	18 (28.6)
Nocturno	9 (14.3)	Sutura	5 (7.9)
TIEMPO DEL REPORTE		Inyección	4 (6.3)
Se desconoce	2 (3.2)	Incisión	4 (6.3)
El mismo día	32 (50.8)	Canalización	2 (3.2)
1 a 2 días después	20 (31.7)	Se desconoce	2 (3.2)
3 a 4 días después	8 (12.7)		
>4 días después	1 (1.6)		
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN		OBJETO CON EL QUE SE PUNCIÓNÓ	
Dirección de Enfermería	44 (69.8)	Aguja	28 (44.5)
Intendencia	7 (11.1)	Lanceta	14 (22.2)
Laboratorio	7 (11.1)	Jeringa	11 (17.5)
Médico	4 (6.4)	Hoja de bisturí	5 (7.9)
Otro	1 (1.6)	Catéter	4 (6.3)
LUGAR DEL ACCIDENTE		Se desconoce	1 (1.6)
Dentro de la habitación	44 (69.8)		
Quirófano	7 (11.1)	PROFUNDIDAD DE LA HERIDA	
Otros (pasillo, mechudo, central de enfermeras, área de lavado de material quirúrgico)	6 (9.5)	Superficial	28 (44.5)
Banco de sangre	2 (3.2)	Moderada	27 (42.8)
Consultorios	2 (3.2)	Severa	8 (12.7)
Gasómetro	1 (1.6)		
Toma de muestras	1 (1.6)		

Cuadro IV. Seguimiento del personal de salud que sufrió un accidente laboral por residuos punzocortantes de acuerdo a la ocupación.

Ocupación	Seguimiento n=63			
	BASAL	3 MESES	6 MESES	12 MESES
Enfermería	40 (63.5)	7 (11.1)	4 (6.3)	1 (1.6)
Intendencia	7 (11.1)	2 (3.2)	1 (1.6)	1 (1.6)
Laboratorio	7 (11.1)	1 (1.6)	0 (0)	0 (0)
Otro	7 (11.1)	2 (3.2)	0 (0)	0 (0)
No existe registro	2 (3.2)	51 (80.9)	58 (92.1)	61 (96.8)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malagón LG, Álvarez MC. Infecciones Hospitalarias. 3rd ed. México: Editorial Medica Panamericana; 2010.
2. Luiselli FC, Enriquez RE. NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>
3. Guauche GH, Menéndez MN, Piñeira CSA, Morales PC, Feesneda SG, Gutiérrez GF. Riesgo ocupacional por exposición a objetos punzocortantes en trabajadores de la salud. *Medicrit*. 2006; 3(2): 56-60.
4. Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C. *Hepatology*. (serial on the internet). 2009 Apr; [cited 02 January 2014] 49(4):1335-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19330875>
5. Brooks G, Butel J, Morse S. Microbiología médica. 18a ed. México: Manual Moderno; 2010.
6. Ponce de León RS, Soto HJ. Infecciones intrahospitalarias. México: Interamericana; 1996.
7. Manual Administrativo del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales del Instituto Nacional de Cardialgia Ignacio Chávez. 2010.
8. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. (Internet). México: Diario Oficial de la Federación; 2012. (consultado 15 enero 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
9. Complete transcript 01 the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. En: Colomer MF, Pastor GLM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? *Cuad Bioética* (Internet). 1999 ene-mar;IX(37):103-112. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf>
10. Neves HCC, Souza ACS, Medeiros M, Munari DB, Ribeiro LCM, Tipple AFV. La seguridad de los trabajadores de enfermería y los factores determinantes para adhesión a los equipamientos de protección individual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. (Internet) mar.-abr. 2011 (Citado 8 ene 2014); 19(2):(aprox. 09 pantallas). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
11. Núñez ZL, Ramírez DR. Características epidemiológicas de los accidentes laborales punzocortantes y de exposición mucocutánea en el personal asistencial de Enfermería del Hospital Alberto Sabogal Sologuren Es Salud. *Rev. Cient. Enffi Recién*. 2002. 37-42.
12. Tipple AFV, Silva EAC, Teles SJ, Mendonça KM, Souza ACS, Melo DS. Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para



trabalhadores da saúde e não saúde. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 mai-jun; 66(3): 378-84.

13. Morales-Aguirre JJ. Frecuencia y mecanismos de exposición accidental a productos biológicos potencialmente infecciosos en personal de salud. Bol Med Hosp Infant Mex. jul-agos 2006; 63(4): 247-54.

14. Vieira M, Padilha MI, Pinheiro RDC. Análisis de los accidentes con material biológico en trabajadores de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. (Internet) mar.-abr. 2011 (Citado 8 ene 2014); 19(2):(aprox. 09 pantallas). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

15. Barroso-Aguirre J, Pimentel-Nieto D, Morales-Carmona F, Cosme-Pérez J, Santillán-Palomo V, Rivas-Torres MP, et al. Heridas con material punzocortante en un Instituto Nacional de Salud de México. Perinatol Reprod Hum. 2009; 23(3): 141-9.

16. Moreno RB, Barreto AR, Mora MA, Morales ZM, Rivas PF. Accidentes biológicos por exposición percutánea y contacto cutáneo-mucoso en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela, 2003. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Ene-jun 2004; 22 (1): 73-86.

17. Jagger J, Berguer R, Phillips EK, Parker G, Gomaa AE. Increase in sharps injuries in surgical settings versus nonsurgical settings after passage of national needle-stick legislation. J Am Coll Surg 2010; 210: 496-502.

18. Watt AM, Patkin M, Sinnott MJ, Black RJ, Maddern GJ. Scalpel safety in the operative setting: a systematic review. Surgery 2010; 147: 98-106.

19. Gutiérrez C, Alarcón J, Sánchez S, Carrión M. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V Lima Ciudad, 2005. Rev. Peru. Epidemiol. (Internet) Agos 2008 (citado 8 de enero de 2014); 12(2): (aprox. 9 plantillas). Disponible en: http://rpe.epiredperu.net/v12_n02_2008.html

20. DeGirolamo KM, Courtemanche DJ, Hill WD, Kennedy A, Skarsgard ED. Use of safety scalpels and other safety practices to reduce sharps injury in the operating room: What is the evidence? Can J Surg, Aug 2013; 56(4): 263-9.

21. Bell PR, McNicholl BP. The needle catcher: a safer way to suture. Surgeon 2009; 7: 251-2.

22. Stringer B, Haines T, Goldsmith CH, Blythe J, Berguer R, Andersen J, et al. Hands-free technique in the operating room: reduction in body fluid exposure and the value of a training video. Public Health Rep. 2009; 124 (Suppl 1): 169-79.

23. Paiva MHR, Oliveira AC. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com material biológico entre profissionais do atendimento pré hospitalar. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): 268-73.

