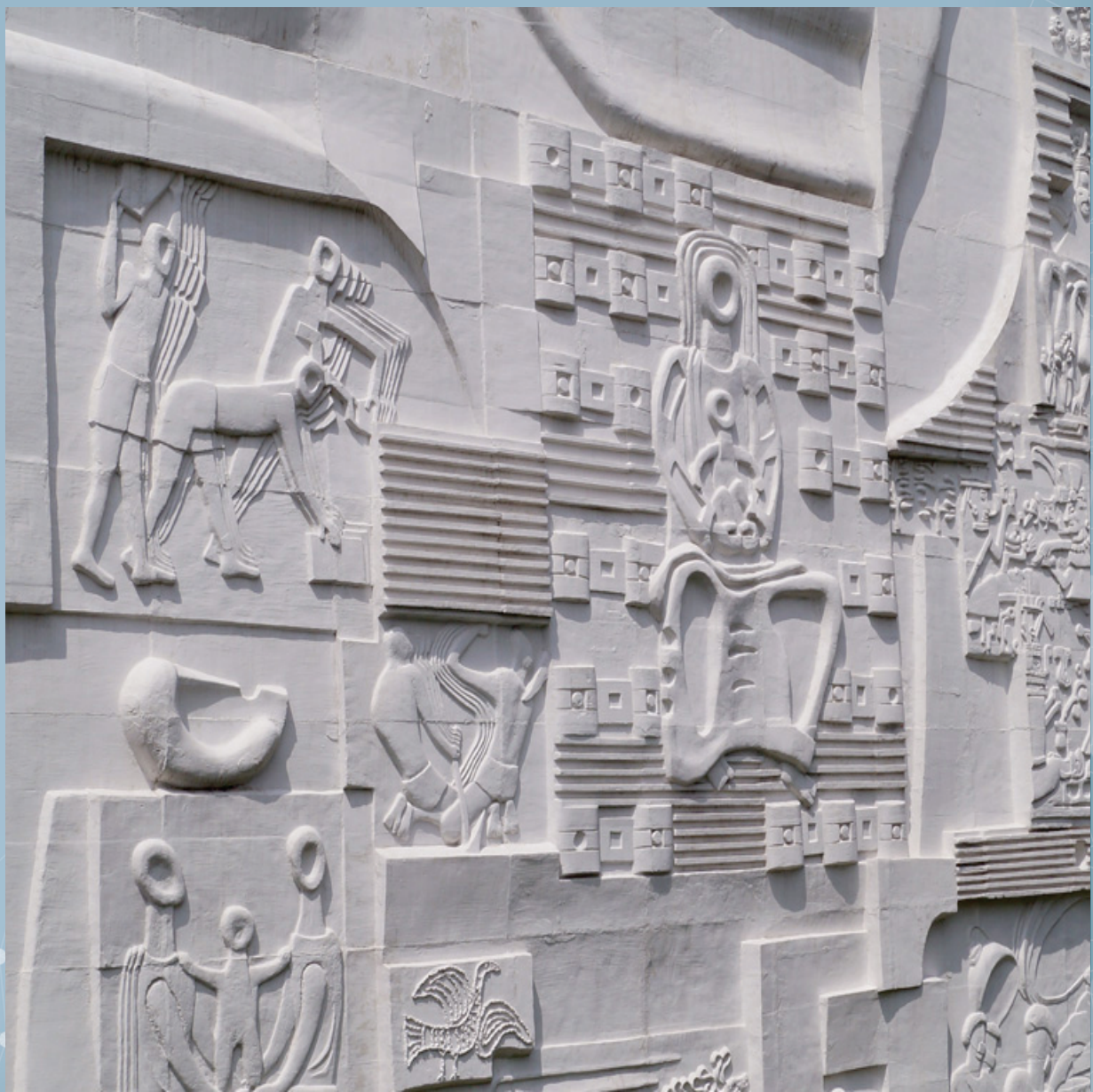


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



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

septiembre - diciembre 2016

Vol. 15 **N.1**

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. Pablo León Ortiz Dra. Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Tecnología de la información	MTI. Manuel Iván Castro Méndez Ing. Laura Elena Granados Valdez LIE. Elemetry Eunice Espinoza Ramírez
Traductores	Gerardo López Vidal Andrés Maza González
Asesor externo	Alejandro Machorro Nieves
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 2002. 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 Ext. 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 del titular por escrito. 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 de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-120917534200-203 para Enfermería Neurológica en Línea ISSN L "En trámite". Todos los derechos reservados 2014. Esta página puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando no se mutile, se cite la fuente completa y su dirección electrónica <http://www.revenferneuroenlinea.org.mx/>. De otra forma requiere permiso previo por escrito de la institución. coord.invenf@innn.edu.mx; revenf.neurol@gmail.com; revenf.neurol@revenferneuroenlinea.org.mx

Diseñada, producida e impresa en México por Concepto28. Tels.: (55) 3116 9084 y (55) 1014 3955 correos electrónicos: ricardo.garcia@concepto28.com y alejandra.machorro@concepto28.com
Indizada en CUIDEN, LILACS Y BVS Enfermería Regional



Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Institucional

EEN. Alejandro Belmont Molina
MHEO. Alejandra Ibarra Rangel
MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar
MEE. Araceli Sánchez Ramos
MRN. Irene Quiza Tomich
MRN. Rocio Valdez Labastida

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 Nebot 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

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

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

Mtra. Adela Alba Leonel

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM

Dra. María Luisa Leal García

Universidad de Querétaro

Dra. Ma. Belén Fernández Fuentes

Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

Dra. Martha Ranauro García

Universidad de San Luis Potosí

Mtra. Beatríz Carmona Mejía

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Dr. Ariel Alejandro Rodríguez García

Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. María Teresa Rojas Rodríguez

Universidad Nacional del Estado de México

Dra. Gandhi Ponce Gómez

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Ernesto Roldan Gómez

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Panamericana

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Internacional

Dr. Oscar Alberto Beltrán Salazar

Universidad de Antioquia Colombia

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Epartamento 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

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

Monica Isabel Hanna Lavalle

Universidad de Cordova Colombia

Mag. Rossana Tessa

Profesor adjunto/ Facultad de Enfermería. Universidad Católica del Uruguay

Dra. María Clara Quintero Laverde

Universidad de la Sabana, Colombia

Dra. Rafaela Camacho Bejarano

Universidad de Huelva, España

Mtra. Anabel Sarduy Lugo

Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador

Mtra. Mirelys Sarduy Lugo

Sociedad Cubana de Enfermería en Villa Clara Cuba

Contenidos

Artículo original

**LA SUBJETIVIDAD DEL FENÓMENO “EFECTOS AVERSOS”
ALREDEDOR DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

10-18

**DIFICULTADES DE LENGUAJE EN NIÑOS DE 1 A 18
MESES DE EDAD**

19-25

**DETERMINACIÓN DE RIESGOS DE SALUD RELACIONADA
A ESTILOS DE VIDA EN POBLACIÓN JOVEN**

26-35

**CUIDADO DE LA PERSONA CON
DISCAPACIDAD MOTRIZ**

36-41

**FACTORES PERSONALES BIOLÓGICOS DE NIÑOS DE 10
A 12 AÑOS CON RIESGO DE PRESENTAR OBESIDAD Y
SOBREPESO**

42-47

Revisión sistemática

**CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PERSONAL DE
ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA EN LA
LITERATURA ACTUAL**

48-53

Contents

Original article

10-18

**SUBJETIVITY OF THE “ADVERSE EFFECTS” PHENOMENON
AROUND NURSING CARE**

19-25

**LANGUAGE PROBLEMS IN CHILDREN FROM 1 TO 8
MONTHS**

26-35

**DETERMINING HEALTH RISKS RELATED TO LIFESTYLES IN
YOUNG PEOPLE**

36-41

**CARE OF THE PERSON WITH MOTOR
DISABILITIES**

42-47

**PERSONAL BIOLOGICAL FACTORS OF CHILDREN AGED
10 TO 12 WITH RISK OF OBESITY AND OVERWEIGHT**

Review article

48-53

**QUALITY OF WORKING LIFE IN THE NURSING STAFF: A
REVIEW SYSTEMATIC IN THE CURRENT LITERATURA**

Editorial

COORDINACIÓN CLÍNICA: AVANCE Y ESTRATEGIAS EN LA CALIDAD

El profesional de enfermería hoy en día se enfrenta con un mundo globalizado donde la ciencia, la tecnología, el trabajo en equipo, el uso de modelos teóricos, el conocimiento de leyes, normas, reglamentos, procesos e indicadores entre otros de emisión nacional e internacional la orillan a perfeccionar sus procesos de trabajo; con la finalidad no sólo de proporcionar, sino de garantizar cuidados de alta calidad en cada uno de los escenarios en los que atiende a las personas, familias y comunidades y que éstos "indicadores" al emitir una evaluación en la satisfacción, nos de elementos donde se refleje el binomio cuidado-satisfacción objetivo primordial del sector de cuidados en un proceso de mejora continua.

La enfermería neurológica desde sus inicios en los años 80' con su precursora Rosa María Casares Ayala, quien con una visión futurista creó el marco de acción de esta profesión en el área de las neurociencias, en una institución de tercer nivel dado la oportunidad a la conformación cualitativa y cuantitativa de capital humano, mismas que se han posicionado con paso firme en los diferentes entornos vistos desde la administración, enseñanza, investigación y la asistencia en esta última destacando dentro y fuera de nuestra institución.

En el marco de la calidad se crea en marzo del año 2007 la coordinación clínica dentro de una nueva propuesta de gestión de enfermería al ser el objetivo primordial el:

"Garantizar en todo momento el cuidado enfermero de la más alta calidad a cada una de las personas atendidas en los diferentes servicios del instituto"

Y para lograrlo se han llevado a cabo de diversas actividades y funciones de manera conjunta con el profesional

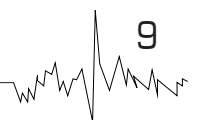
enfermero, inicialmente se realizó una reingeniería del manual de procedimientos, conteniendo cada uno de los instrumentos de enfermería, tanto de atención directa como de control administrativo; a partir del monitoreo, evaluación y comisión de acciones de mejora de indicadores de enfermería, en beneficio directo del usuario, misma que dan pauta al desarrollo de guías clínicas y a el diseño e implementación del catálogo institucional de planes de cuidados, lo cual continuidad al transformación al modelo de supervisión, mediante la adopción y adaptación de estrategias y directrices que sustenten el hacer enfermero desde la perspectiva del líder, sustentando éste hacer en normas y procesos que se efectúan tanto a nivel nacionales como internacional.

Así mismo la incursión como representante del gremio en los diferentes comités, como son lo cual establece un nuevo modelo de colaboración institucional

De la misma forma la adecuación de equipamiento y funcionalidad de los equipos inicialmente el de carro de paro, derivado de ello la innovadora en la creación y funcionalidad del código verde, así como la adherencia colaboración del personal de salud a los diferentes programas que de manera continua propicie y den pauta a elevar y sustentar la calidad de atención de enfermería a través de la creación y análisis de encuestas de opinión.

Por ello la coordinación clínica fundamenta su existencia en los conocimientos sólidos y actualizadas de las ciencias humanistas y sustentando su proceder ante el cambiante avance tecnológico con el único fin de unificar criterios a bien de dar un cuidado integral de salud a las personas que más lo necesitan nuestros pacientes.

Mtra. Patricia Zamora Ruíz, Coordinadora Clínica
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez
patizaru@yahoo.com.mx



LA SUBJETIVIDAD DEL FENÓMENO "EFECTOS ADVERSOS" ALREDEDOR DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SUBJECTIVITY OF THE
"ADVERSE EFFECTS" PHENOMENON
AROUND NURSING CARE

Recibido 23 de julio 2015
Aceptado noviembre 2016
Publicado noviembre 2016

Correspondencia:
Landeros Olvera Erick
nursingresearch@outlok.com

Autores:

Solis Matamoros Elizabeth

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Amador Meneses Sandra

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Aizpuru-Sulis Libe

Estudiante de Grado en Enfermería, Universidad Pública Vasca (España)

Camarillo Sánchez Karla P.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Reyes López Magali

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Liliana Mendoza Martínez

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Landeros Olvera Erick

Doctorado en Ciencias de Enfermería de la FE-BUAP

Gudelia Nájera Gutiérrez

Doctorado en Ciencias de Enfermería de la FE-BUAP

Palabras claves: Enfermería, efectos adversos, administración de fármacos.

Key words: Nursing, adverse effects, drugs administration



RESUMEN

Introducción: Las posturas que identifican las causas de un efecto adverso (EA) han sido vistas únicamente desde una perspectiva cuantitativa, con fines de determinar la incidencia, evitabilidad y factores de riesgo, lo que resulta complicado por la subjetividad del fenómeno.

Objetivo: determinar la comprensión de las enfermeras sobre los efectos adversos en la administración de medicamentos.

Metodología: Diseño con una aproximación al enfoque fenomenológico. El principal instrumento de indagación fue el propio investigador, que se apoyó en entrevista semi-estructurada y registros narrativos los cuales se almacenaron en audio para su posterior transcripción y análisis, apoyados en el software Atlas ti.

Resultados. Se realizaron seis entrevistas semiestructuradas con 197 minutos de audio. Se identificaron 36 códigos, 120 citas y se realizaron 23 memos. Algunos de los códigos son: ocultar el evento, irresponsabilidad, consecuencias, exceso de trabajo, preocupaciones, actitud.

Conclusiones. Se genera una hipótesis in situ: Si los efectos adversos dependen de las condiciones laborales, personales y de conocimiento, entonces el error en la administración de medicamentos se debe al exceso de pacientes por enfermera, inexperiencia en el cuidado, desconocimiento de cierta especialización, sentimientos de preocupación que generan estrés que condicionan la concentración en la preparación y administración de fármacos, además que los errores no se reporta debido a las consecuencias que representa el incumplimiento con aspectos de responsabilidad, reglas y principios profesionales que no desean evidenciarse.

Palabras claves: Enfermería, efectos adversos, administración de fármacos.

ABSTRACT

Introduction: Positions identifying the causes of an adverse event (AE) have been seen only from a quantitative perspective, aiming to determine incidence, avoid ability and risk factors, which is complicated due the phenomenon subjectivity.

Objective: To determine nurses comprehension about the adverse effects of drugs administration.

Methodology: Design with an approximation to the phenomenological focus. The main inquiry instrument was the researcher himself, who relied on semi-structured interview and narrative records which were stored in audiotape for their latter transcription and analysis supported by Atlas ti Software.

Results: Six semi-structured interviews in 197 minutes audiotapes were performed. Thirty six codes , 120 cites were identified and 23 memos were done. Some of the codes are: concealing the event, irresponsibility, consequences, work excess, worries, attitude.

Conclusions: A hypothesis "in situ" is generated. If adverse effects are derived from laboral, personal, or knowledge conditions then the error in drugs administration is due to a surplus of patients by nurse, to inexperience in caring, ignorance about certain specialty, to worries that generate stress and condition concentration when preparing and administrating drugs; besides, error are not reported due the consequences of responsibility, rules and professional principles aspects nonfulfillment that nobody wants to make evident,

Key words: Nursing, adverse effects, drugs administration.



INTRODUCCIÓN

Los errores humanos en cualquier actividad son inevitables, sin embargo las consecuencias en el cuidado de la salud, conllevan a sobrestimar la severidad del problema. Los que preocupan en mayor medida son los efectos adversos (EA). De acuerdo con el Centro Nacional de Seguridad del Paciente de Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) un EA es, "Aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en la asociación directa con la prestación de atención". Existen dos tipos de efectos adversos; los *Efectos Centinelas* que son efectos adversos graves, los cuales ya involucran la muerte inesperada, herida física y/o psicológica grave y los efectos *quasi falla*, que son acontecimientos que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no la tuvo por casualidad o por una intervención oportuna¹.

Clarificado lo anterior, se plantean las diferentes causas de EA; entre ellas, las que tienen mayor incidencia son: la alteración de procedimientos, administración de hemoderivados, atención inadecuada y administración de fármacos. Estos son procedimientos que regularmente se realizan por el profesional de Enfermería. A este respecto, Hernández, Mendoza, Cabrera y Ortega³, refieren que el 31% de casos de EA corresponden a error de medicación, siendo una de las causas más frecuentes.

Hicks y Becker⁴, mencionan que la "National Coordination Council for Medication Error Reporting Prevention", define error de medicación como, "Cualquier incidente prevenible, que puede causar daño al paciente, cuando éste se halle bajo el cuidado del personal del área de salud". Tales sucesos pueden estar relacionados con la práctica profesional, procedimientos y sistemas; incluyendo la dispensación, distribución, vigilancia, uso, prescripción y administración

de fármacos⁵. Al respecto de estas dos últimas, representan los errores más frecuentes^{4,6,7}, siendo paradójicamente en una elevada proporción evitables^{4,8}. De acuerdo con la literatura, estas acciones responden a ciertas variables que condicionan el error, por ejemplo, el desconocimiento o descuido de no cubrir los cinco correctos en la administración de los fármacos o medicamentos^{3,9,10}, el más común es el cálculo de la dosis de fármacos intravenosos¹⁰, en cuya preparación es común equivocarse al diluirlos o al aforarlos¹¹. En otros fármacos, la presentación y nombres pueden llegar a causar confusión, o el simple hecho de no leer el instructivo de las etiquetas, puede afectar el modo de infusión y la velocidad de administración, lo que resulta en un descontrol al no respetar la estandarización los criterios que marca los laboratorios que los fabrica. Por otro lado, los EA pueden llegar a suceder por el simple hecho de que el profesional que prepara los medicamentos, no sea el mismo que administre o no los registre adecuadamente en las notas de enfermería.

Las investigaciones publicadas han mostrado que en enfermería, los EA se han estudiado con base a estadística descriptiva, se han identificado algunas variables que intervienen en su incidencia, como edad, nivel académico^{12,13}, antigüedad en el servicio y turno⁹, teniendo mayor incidencia en turno vespertino¹⁴ y entaces de turno². Las conclusiones de algunos estudios, indican que esto puede deberse a la falta de organización en algunas instituciones de salud, por no contar con personal de enfermería que se dedique exclusivamente al control, preparación y administración de los medicamentos o simplemente por no contar con una central de mezclas o preparación de fármacos.

De acuerdo con López Ponce y Salazar⁵, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se manifiesta enfáticamente que la mayoría de EA



no se deben a negligencia, escasez o falta de formación de los recursos humanos, sino a causas latentes en los propios sistemas como: la rutina del servicio, su cultura, el planteamiento de la gestión de la calidad y la prevención de riesgos, así como la capacidad de sus miembros de aprender de los errores.

Las posturas que identifican las causas de los EA son diversas y multifactoriales. Los resultados que se han mostrado alrededor de los estudios previos, han sido vistos únicamente desde una perspectiva cuantitativa, con fines de determinar la incidencia, evitabilidad y factores de riesgo, lo que resulta complicado analizar ampliamente los EA por la inexactitud de su registro y la falta de instrumentación para describir de forma natural la subjetividad del fenómeno.

Ante este panorama, se requiere de paradigmas emergentes de investigación que denoten más allá del número o cuantificación del EA, sus implicaciones, consecuencias y variables que lo provocan.

De acuerdo con la Séptima Reunión Anual del Foro Europeo de las Asociaciones de Enfermería¹⁵ (2003), enfatizaron que la seguridad del paciente conlleva un análisis y comprensión de los EA y una estimación real del problema, así, parece ideal utilizar la investigación cualitativa, para tratar de describir la subjetividad del fenómeno. Las aportaciones podrían complementar las medidas de seguridad en los cuidados de enfermería al tener un manejo completo de los fármacos, desde su preparación, hasta su administración. Asimismo, los códigos que resulten de un análisis narrativo podrán acercarse de una forma más íntima a la enfermera que no se verá comprometida a contestar un cuestionario dicotómico para reportar número y condiciones de un EA, que por una parte, puede negar, y por otra no contestar por temor a las represalias laborales o legales que implica.

De acuerdo a la evidencia publicada y a la necesidad manifiesta de utilizar paradigmas naturalistas, se planteó el siguiente propósito: realizar entrevistas semi-estructuradas a enfermeras profesionales activas de hospitales de segundo y tercer nivel en México, para aproximarse a la comprensión del fenómeno del EA desde una perspectiva cualitativa, contribuyendo a determinar las causas e implicaciones subjetivas.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue exploratorio, descriptivo con una aproximación al enfoque fenomenológico¹⁶. El principal instrumento de indagación fue el propio investigador, que se apoyó en entrevista semi-estructurada y registros narrativos los cuales se almacenaron en audio para su posterior transcripción y análisis, apoyados en el software Atlas ti (versión 7). Esto con el fin de no perder detalle de las respuestas y permitir la fluidez de los testimonios para poder establecer una aproximación a la codificación abierta a través de la estructuración de redes conceptuales.

Los criterios de inclusión fueron: enfermeras con al menos 5 años de haberse titulado, laborando en instituciones de segundo y tercer nivel en distintos servicios (hospitales con especialidades básicas y hospitales de tratamiento y rehabilitación específica). Las entrevistas se llevaron a cabo en los meses de abril y mayo del 2013.

Procedimientos: Las enfermeras que aceptaron participar, se les citó en un lugar tranquilo, cercano a las instituciones donde laboran, con el fin de evitar distracciones y favorecer la confianza.

Al inicio de la entrevista se les solicitó verbalmente a las participantes su consentimiento para que la entrevista sea grabada, dado que no se consideró pertinente un consentimiento firmado, porque podría interferir con la veracidad de las respuestas



debido a la naturaleza del fenómeno a indagar. Asimismo se presentó a la persona miembro del equipo de investigación que apoyaría con el manejo de la grabadora, siendo muy explícitos al informarles que no se haría uso de sus nombres o referencia de las instituciones en las que laboran, permitiendo la fluidez de las conversaciones y que la finalidad de la entrevista era conocer las experiencias de EA dentro de la administración de fármacos, ya sean propias o ajenas. Se incluyó también una breve presentación e introducción informal en la que se les preguntó cómo se encuentran, qué les gusta, dónde trabajan, desde cuándo; todo con el propósito de relajar la tensión que representa un audio grabación y permitir una mejor fluidez de las respuestas.

La misión del investigador fue guiar al participante sobre el tema, procurando que las preguntas fueran de forma abierta, para que se expresaran libremente, sin que el investigador interviniera continuamente, así, se mantuvo el registro de notas referentes a situaciones importantes que se mencionaran durante la charla.

En una segunda etapa, las entrevistas se transcribieron por el equipo de investigación, para llevar a cabo la clasificación de los datos, apoyados en el software Atlas ti. Este software facilitó el análisis cualitativo, principalmente, de grandes volúmenes de datos textuales. Dado que su foco de atención es el análisis narrativo, no pretende automatizar el proceso de análisis, simplemente ayudar al investigador agilizar considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo y la interpretación, entre otras cosas, integrar toda la información de la cual se dispone (datos, fichas, anotaciones entre otras), facilitando organización, búsqueda y recuperación.

El resultado es un archivo, en el disco duro, compuesto por una serie de elementos. El archivo se denomina *Unidad Hermenéutica*; sus componentes principales fueron los siguientes: 1) Documentos primarios 2)

Citas 3) Códigos 4) Memos y 5) Networks (redes conceptuales).

1) Los Documentos Primarios. Son la base del análisis, es decir, los "datos brutos", las entrevistas tal cual fueron grabadas y transcritas.

2) Las Citas. Son fragmentos de los Documentos Primarios que con base a criterios de investigación, tiene algún significado, es decir, son los segmentos significativos de los Documentos Primarios. Se entienden como una primera selección del material de base, una primera reducción de los datos brutos.

3) Los Códigos. Suelen ser la unidad básica de análisis. Habitualmente el análisis se basará en ellos. Podemos entenderlos como conceptualizaciones, resúmenes o agrupaciones de las Citas, lo que implicaría un segundo nivel de reducción de datos. Aun así, se debe tener en cuenta que no necesariamente tienen que estar relacionados con las Citas, es decir, los Códigos pueden utilizarse también como "conceptos" útiles para el análisis que no necesariamente tienen una relación directa con fragmentos de texto.

4) Los Memos son los componentes principales, junto a Documentos, Citas y Códigos. Aunque cada uno de los componentes anteriores pueden tener asociado un Comentario, podemos identificar los Memos como comentarios de un nivel cualitativamente superior, puesto que son todas aquellas anotaciones que realiza el investigador durante el proceso de análisis y que pueden abarcar desde notas recordatorias, hipótesis de trabajo, hasta explicaciones de las relaciones encontradas y conclusiones, entre otras. Este material puede ser utilizado como punto de partida para la redacción de un informe. Adicionalmente, los Memos pueden ser empleados, a su vez, como documento primario. Esto último implica la posibilidad de profundizar en el análisis.



5) Los Networks. Son uno de los elementos principales del trabajo conceptual. Permiten representar información compleja de una forma intuitiva mediante representaciones gráficas de los diferentes componentes y de las relaciones que se hayan establecido entre ellos. Para terminar la Unidad Hermenéutica, es en el fichero en el que se graba toda la información relacionada con el análisis, desde los Documentos Primarios hasta los Networks. Es decir, es el equivalente a un fichero que incluirá documentos primarios, citas, códigos, anotaciones, relaciones, familias y representaciones.

RESULTADOS

Se realizaron seis entrevistas semiestructuradas a enfermeras generales y licenciadas de los servicios de urgencias, terapia intensiva, medicina interna y rehabilitación. El material audiograbado sumó 197 minutos. Se identificaron 69 códigos entre todas las entrevistas, pero por similitud se unificaron 36, se obtuvieron 120 citas y se realizaron 23 memos.

El orden de presentación de los resultados será el siguiente: 1) Citas, 2) Códigos, 3) Networks (redes conceptuales). Por fines de publicación, no se presentaran los documentos primarios y los memos, solo se mostrarán de los demás elementos, lo más representativo.

1) *Citas*. Se presentan algunas de las citas más interesantes y entre paréntesis se relacionan a alguno de los códigos identificados:

-En donde me encuentro si es de mi agrado, porque en otro servicio no me sentiría segura de los medicamentos-. (Código: Satisfacción-seguridad).

-El turno que ahorita estoy llevando es el de la tarde, fines en el hospital y en la clínica es de lunes a viernes, tener mucho trabajo pudiera afectarme a cometer errores-. (Código: Estrés-sobrecarga de trabajo)

-Cuando llegas a un lugar en donde no sabes algunas cosas o entras como en shock cuando llega un paciente el cual no sabes ni por dónde empezar, en algún momento nos hace fallar-. (Código: aprendiz-Ignorancia).

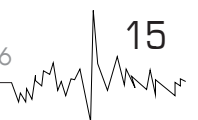
-Cuando tienes pacientes graves o en recuperación y tiene que pasarles medicamentos a más pacientes, llegan los familiares, los médicos, tus propias compañeras en el cambio de turno, te preguntan... a veces no sabes ni que medicamento le seguirá posteriormente, solo pienso en paciente correcto, fecha, hora correcta, dosis correcta, medicamento correcto, vía correcta, velocidad correcta...- (Código: Distractores-responsabilidad-conocimientos).

-Hay quienes cometen errores, no se dan cuenta de quién es la persona a quien se le está administrando (el medicamento), el no ponerle la cantidad correcta, es decir más de la indicada, ser distraída, no aplicar todos los procedimientos, afectan los problemas personales, no te concentras-. (Código: Distractores, Ética).

-No, si cometen un error no lo mencionan, primero porque su trabajo está en juego, después la familia sobre ella (refiriéndose a demandas), si es que el paciente muere todo lo que puede venir por su distracción las consecuencias que trae su error-. (Código: consecuencias-temor-legalidad).

2) *Códigos*. A continuación se definen algunos de los códigos que los investigadores adoptaron de acuerdo a los conceptos o dimensiones hallados en los documentos primarios referente al fenómeno de estudio.

-Calidad: lo que la enfermera considera que es la percepción que el paciente tiene de su servicio, fijación mental del paciente hospitalizado que asume conformidad con los cuidados de sus salud y la capacidad de la enfermera para satisfacer sus necesidades como el administrar un medicamento.



-Conocimiento: habilidades, actitudes y competencias para poder administrar correctamente un fármaco.

-Desinterés: El desinterés es la apatía o falta de disposición para proporcionar el cuidado de enfermería en ciertas situaciones de estrés.

-Experiencia: La experiencia es el hecho de haber presenciado, sentido, vivido o conocido un efecto adverso propio o ajeno en la administración de fármacos.

-Legalidad: Presencia de un sistema de leyes que debe ser cumplido y que otorga la aprobación o desaprobación a determinadas acciones como los errores en la administración de medicamentos y que puede ser penalizado.

-Responsabilidad: Es un valor que está en la conciencia de la enfermera al efectuar correctamente sus cuidados. Le permite reflexionar, orientar y valorar las consecuencias al administrar un fármaco.

-Causantes: todo aquello que se considera como el fundamento o el origen de un error de medicación.

-Consecuencias: Correspondencia lógica entre la mala administración de un fármaco por parte de enfermería y el resultado adverso del mismo.

-Distractores: todo aquel objeto, pensamiento, material o sentimiento que desvía la atención o concentración de la enfermera al administrar un medicamento.

-Exceso de trabajo: situaciones laborales que salen de los límites de lo normal o de lo lícito (como el exceso de pacientes, falta de recursos materiales y físicos mínimos para trabajar y jornadas de más de 40 horas a la semana.

-Falta de conocimiento: Ignorancia de no saber cuáles son las consecuencias de un error de medicación.

-Preocupaciones: Sentimiento de inquietud, temor o intranquilidad que la enfermera tiene por una situación personal y que podría desviar la concentración de administrar correctamente un medicamento.

3) Networks (redes conceptuales).

Para poder observar la totalidad de los códigos se presenta la siguiente figura No. 1.

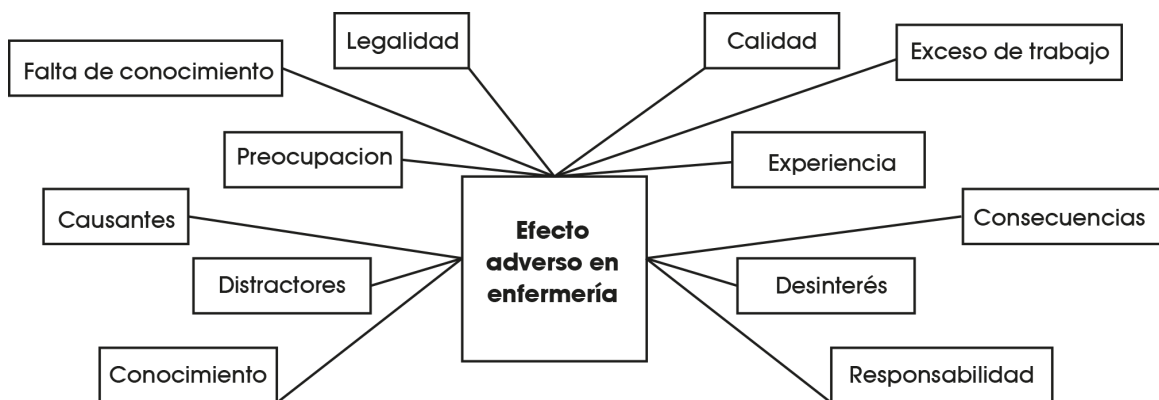


Figura 1.



DISCUSIÓN

Utilizar paradigmas emergentes en la descripción de las implicaciones subjetivas de un EA, podrían ayudar a generar una cultura donde las enfermeras puedan informarse sobre sus problemas y errores, para adoptar políticas y procedimientos en sus centros interinstitucionales, con la meta de reducir la incidencia de riesgos y sus consecuencias. La generación de los códigos no pretenden reflejar la realidad del fenómeno del EA, sin embargo es una aproximación a la misma de la experiencia del actor principal. Queda claro que los errores en la medicación son comunes, no son reportado por temor a represalias e implican más allá de ignorar los cinco correctos. Por un lado, los códigos generados implican ideas, sentimientos, situaciones, estrés, personalidades de las propias enfermeras, ignorancia. Pero por otro lado, en las entrevistas, se denotaron códigos que para enfermería son la esencia de su quehacer profesional, las enfermeras entrevistadas denotaban su buena labor al momento de administrar medicamentos a pesar de los distractores, o problemas personales, implicaba, profesionalismo, ética, conocimiento, amor, vocación, experiencia, calidad, cualidades, actitud, seguridad, satisfacción, empatía, situaciones que caracterizan a la profesión de enfermería por encima de las demás ciencias de la salud, por el simple hecho de trabajar con personas, antes que con pacientes. La esencia de enfermería estriba en otorgar cuidados éticos, espirituales y con base científica.

CONCLUSIÓN

Dado que la observación participante y las estrategias de la fenomenología otorga las herramientas para poder hacer conjeturas en "in situ" al analizar la información, a manera de conclusión se plantea la siguiente hipótesis: Si los efectos adversos dependen de las condiciones laborales, personales y de conocimiento, entonces el error en la administración de medicamentos se debe al exceso de pacientes por enfermera, inexperiencia en el cuidado, desconocimiento de cierta especialización, sentimientos de preocupación que generan estrés que condicionan la concentración en la preparación y administración de fármacos, además que los errores no se reportan debido a las consecuencias que representa el incumplimiento con aspectos de responsabilidad, reglas y principios profesionales que no desean evidenciarse.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de Salud. (Internet). México: SS; 2005 (consulta el 14 de julio de 2013). Disponible en: https://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Dra._Odet_Sarabia_Seguridad_del_Paciente.pdf
2. Fajardo GE. Calidad de la atención médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente. CONAMED. 2008; 13 (1):3-5.
3. Hernández CA, Mendoza RE, Cabrera PF, Ortega VC. Eventos adversos en el cuidado de enfermería. Rev. Enfermería Cardiológica. 2011; 14: 70-74.
4. Hicks R, Becker Sh. An Overview of Intravenous-related Medication Administration Errors as Reported to MEDMARX(R), a National Medication Error-reporting Program. Journal of Infusion Nursing. 2006; 29(1): 20-27.
5. López R, Ponce G, Salazar T. Eventos adversos en Pediatría y Medicamentos de Alto riesgo. Revista Universitaria. 2001; 8(3):28-35.
6. Merino P, Martín M, Alonso A, Gutiérrez I, Ivarez J, Becerril F. Medication errors in Spanish intensive care units. Med Intensive. 2013; (8).
7. Franke HA, Woods DM, Holl JL. High-alert medications in the pediatric intensive care units. Pediatr Crit Care Med. 2009; 124(1):324-32.
8. Pharmacology & Toxicology. BioMed Central (Internet). 2009 (consulta el 01 Agosto de 2013). Disponible en: HYPERLINK "<http://www.biomedcentral.com/1472-6904/9/9>" www.biomedcentral.com/1472-6904/9/9
9. Gaitán DH, Eslava SJ, Rodríguez MN, Forero SV, Santoñio SD. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia durante el 2006. Rev. Salud Pública. 2008; 10(2):215-26.
10. Cárdenas SP, Zarate GR. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. Enfermería Universitaria. 2009; 6(2):22-8.
11. Colegio Profesional de Enfermería de Valladolid. Séptima reunión Anual del Foro Europeo de las Asociaciones de Enfermería y Matronas y la Organización Mundial de la Salud (Internet). Valladolid: PEV; 2013 (consulta el 4 de julio de 2013). Disponible en: <http://www.enfermeriavalladolid.com/modules.php?name=New&file=article&cid=33>
12. Donoso FA, Fuentes RI. Eventos Adversos en la UCI. Rev. Chilena de Pediatría. 2004; 75(3):233-39.
13. Parshuram SC. Evaluación en forma Sistemática de los errores que ocurren durante la preparación de la medicación intravenosa. Canadian Medical Association or its licensors (CMAJ). 2008; 178(1):42-8.
14. Fernández BN. Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes. Rev. Argentina de Pediatría. 2004; 102(5):402-10.
15. Séptima Reunión Anual del Foro Europeo de las Asociaciones de Enfermería. (Internet). Europa: FAE; 2003; (Consulta el 26 de junio de 2013). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/el-foro-europeo-las-asociaciones-enfermeria-matronas-13048765-internacional-2003?bd=1>
16. Hernández SR, Baptista LP, Fernández CC. Metodología de la investigación. México: Mc Graw- Hill. 5ªed. México: Mc Graw-Hill; 2010.



DIFICULTADES DE LENGUAJE EN NIÑOS DE 1 A 18 MESES DE EDAD

LANGUAGE PROBLEMS IN CHILDREN FROM 1 TO 18 MONTHS

Recibido septiembre 2015
Aceptado diciembre 2015
Publicado noviembre 2016

Correspondencia:

Dora E. Granados Ramos
Manantial de San Cristóbal S/N
2° piso Xalapa 2000. CP 91097
Xalapa, Ver. México
Tel. 012288421700 Ext. 19518
dgranados@uv.mx

Autores:

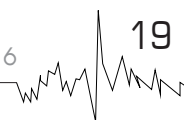
Dora E. Granados Ramos
*Universidad Veracruzana, Facultad de Psicología-Xalapa,
Laboratorio de Psicobiología*

Ana N. Figueroa Fernández
*Universidad Veracruzana, Facultad de Psicología-Xalapa,
Laboratorio de Psicobiología*

Ma. Magdalena Álvarez Ramírez
Doctorado en Neuroetología, Universidad Veracruzana

Palabras clave: Dificultades de lenguaje, Evaluaciones de desarrollo, Niños

Key words: Language problems, Developmental Assessments, Children



RESUMEN

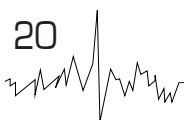
Los niños aprenden el lenguaje desde etapas tempranas de la vida en la interacción con sus cuidadores principales y su medio ambiente. Existen factores de riesgo ambientales y biológicos que pueden dificultar el aprendizaje del lenguaje. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal con 18 niños (9 niñas y 9 niños) de 1 a 18 meses de edad de la ciudad de Xalapa, Veracruz. Se evaluó el desarrollo general y del lenguaje con dos instrumentos: Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI) y Escala de Desarrollo Infantil Bayley II (BSID-II). El objetivo fue identificar las dificultades del lenguaje de niños de 1 a 18 meses de edad. Se encontraron asociaciones significativas de los puntajes de lenguaje de la BSID-II con el Índice de Desarrollo Mental (IDM). En los niños de 1 a 24 meses de edad deben realizarse evaluaciones periódicas de lenguaje para prevenir dificultades posteriores en los aprendizajes básicos.

Palabras clave: Dificultades de lenguaje, Evaluaciones de desarrollo, Niños

ABSTRACT

Children learn language from the early life stages when interacting with their primary caregivers and their environment. There are environmental and biological factors of risk that may compromise language learning. A descriptive, observational, cross-sectional study with 18 children (9 girls and 9 boys) from 1 to 18 months old in the city of Xalapa, Veracruz was performed. The general development and language was assessed with two instruments: Evaluation of Child Development (EDI) and Bayley Scales of Infant Development (BSID-II). The aim was to identify the language difficulties of children from 1 to 18 months old. Significant associations of the language scores with the Mental Development Index (MDI) from BSID-II were found. In children aged 1 to 24 months old, periodic language assessments should be performed in order to prevent further difficulties in basic learning.

Keywords: Language problems, Developmental Assessments, Children



INTRODUCCIÓN

El lenguaje es un proceso característico del humano que se aprende en las etapas iniciales en interacción con la madre o los cuidadores principales y posteriormente con las personas que conforman una comunidad. Es resultado de factores biológicos y sociales; se conforma de aspectos fonológicos, semánticos, sintácticos y pragmáticos que se interrelacionan entre sí. En su desarrollo, se requiere del procesamiento sensorial para discriminar y analizar los sonidos que lo conforman, de la comprensión de las palabras y del uso adecuado de las reglas gramaticales.¹

Se consideran cuatro elementos prelingüísticos que favorecen el desarrollo del lenguaje: el contacto visual, los gestos, las expresiones corporales y las vocalizaciones.² En las etapas tempranas se debe observar si dichos elementos están presentes en las interacciones cotidianas y recomendar a los cuidadores principales favorecer dichas conductas, debido a que, incluso en casos con audición normal se pueden observar dificultades en la adquisición del lenguaje.³

El lenguaje abarca cinco componentes estructurales: fonológico, semántico, sintáctico, morfológico y pragmático. El componente fonológico se relaciona con los sonidos y los patrones de entonación; el semántico con el significado de las palabras; el sintáctico con las reglas gramaticales en cuanto a la combinación de las palabras para formar frases u oraciones; el morfológico con las reglas que regulan el uso de morfemas o unidades más pequeñas con significado y el pragmático con la forma en la que los individuos utilizan su lenguaje de acuerdo al contexto en el que se encuentran y grupo social al que pertenecen.^{4,5}

Antes de los tres años de edad se pueden observar algunas dificultades en la fluidez del lenguaje y en la articulación de fonemas como la /r/. En este periodo, la ausencia del lenguaje representa una alteración del desarrollo neurológico. El repertorio fonológico se desarrolla por completo, alrededor

de los cuatro años de edad.⁶ A los cinco años, en la etapa preescolar, los niños que no presenten dificultades de lenguaje, dominarán los diferentes aspectos que lo componen, consolidarán los conocimientos previos e integrarán conocimientos nuevos para utilizar el lenguaje en tareas cada vez más complejas.⁵

Entre los indicadores tempranos de alguna dificultad del lenguaje se describen a los 10 meses, ausencia o pobreza del balbuceo; a los 18 meses, emisión de menos de 10 palabras diferentes; a los 24 meses, ausencia de enunciados con dos palabras; a los 30 meses, ausencia de enunciados de dos palabras; a los 36 meses, ausencia de enunciados de tres palabras con la estructura de sujeto -verbo -predicado.⁷

Las alteraciones del lenguaje se definen en el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-5, como trastornos de la comunicación con dificultades, fonológicas, de fluidez, de la comunicación social e incapacidad para usar el lenguaje verbal o no verbal para integrarse a un grupo social.⁸

En la Secretaría de Educación Pública (SEP)⁹, del total de niños de educación básica que se atienden en educación especial, el 9% corresponde a niños con dificultades de comunicación. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)¹⁰ en el censo de 2010, del total de niños menores de 5 años de edad, con limitaciones, el 32.3%, presentan dificultades para hablar o comunicarse. Dichas cifras muestran la necesidad de evaluar el lenguaje en los primeros años de vida, para detectar y atender las dificultades que pueden asociarse a problemas motores y de atención, además de interferir en los aprendizajes escolares, específicamente en la adquisición de la lectoescritura.^{3,11}

El objetivo de la investigación consistió en identificar las dificultades del lenguaje de niños de 1 a 18 meses de edad.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, transversal con 18 niños (9 niñas y 9 niños) de 1 a 18 meses de edad de la ciudad de Xalapa, Veracruz.

Se documentó el desarrollo general y del lenguaje con dos instrumentos: Escala de Desarrollo Infantil Bayley II (BSID-II)¹² y Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI).¹³

Los padres de los niños firmaron una carta de consentimiento informado donde se les explicó el objetivo de la evaluación y se realizó una historia clínica. Los niños se evaluaron en presencia de sus madres o cuidadores principales, en un lugar ventilado, libre de distracciones.

La escala Bayley II (BSID-II) evalúa el desarrollo de los niños de 1 a 42 meses de edad y consta de tres escalas: mental, motora y de comportamiento; la escala mental consta de 178 reactivos, la psicomotora de 111 y la de comportamiento de 30. Los índices de confiabilidad de la BSID-II son de 87 para la escala mental y 78 para la escala psicomotora. La sensibilidad es de 0.75-0.90 y la especificidad de 0.76-0.91 respectivamente.¹⁴

En la BSID-II se clasifican los puntajes de desarrollo como: > a 115, Desempeño acelerado; de 85 a 114, Desempeño normal; de 70 a 84 Desempeño ligeramente retrasado y < 69 Desempeño significativamente retrasado.

Para analizar los datos del lenguaje de la BSID-II, se establecieron los criterios de respuestas < a 1 mes como desarrollo normal, las < 2 meses como rezago en el desarrollo y las > a 3 meses, como retraso en el desarrollo.

La prueba de Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI) es una prueba de tamizaje de 1 a 60 meses de edad. Proporciona señales de alerta y alarma; evalúa las áreas de desarrollo motor, lenguaje, social, adaptativo y cognoscitivo.¹³

Para la calificación de las conductas observadas o reportadas por los padres o cuidadores principales, se califica si el niño tiene desarrollo normal, con rezago o con retraso, identificándolos con un sistema de semáforo como: a) Verde, desarrollo normal. Respuestas esperadas para la edad, no tiene señales de alarma ni alteración neurológica; b) Amarillo, rezago en el desarrollo. No realiza las actividades correspondientes a la edad, pero acredita las del grupo inmediato anterior del tamizaje y c) Rojo, probable retraso en el desarrollo. No acredita las conductas de su edad, ni de la edad anterior, tiene alteraciones neurológicas o presenta señales de alarma.

La sensibilidad de la prueba es de .81 y la especificidad de .27.¹³

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio y para determinar la relación entre las variables se hizo un análisis de asociación para variables ordinales con los programas MINITAB 16 y EPI DAT 4.1.

Se consideraron los principios de la Declaración de Helsinki.¹⁵ Ninguno de los procedimientos puso en riesgo a los niños, prevaleció el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de los participantes.

RESULTADOS

En la escala mental del BSID-II, el 72% tuvo desempeño normal y el 28% ligeramente retrasado; en la escala psicomotora 44% mostró desarrollo normal, 39% ligeramente retrasado y 17% significativamente retrasado.

En la calificación de lenguaje la BSID-II identificó el 33% como normales, 11% con rezago y 56% con retraso, mientras que la EDI ubicó al 22% como normales, 45% con rezago y 33% con retraso (Figura 1).



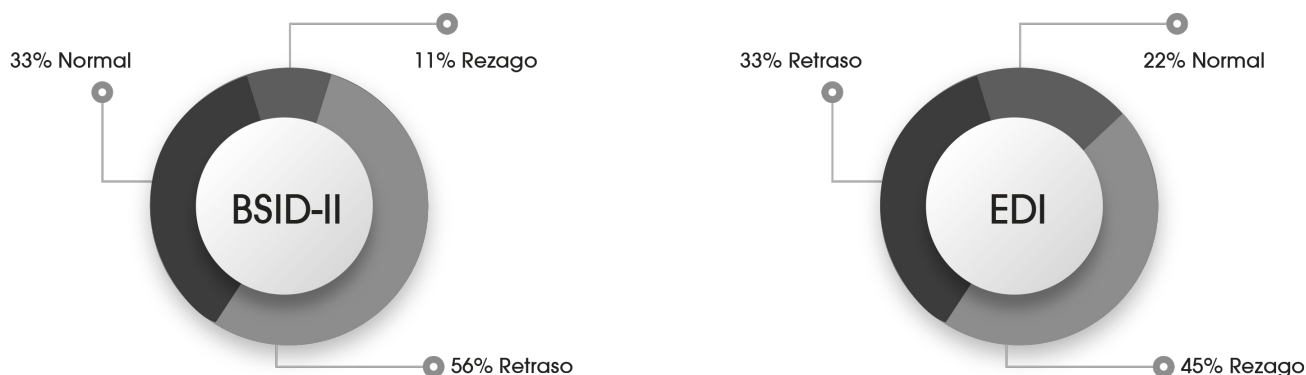


Figura 1. Porcentajes de niños detectados con desarrollo normal, rezago o retraso en el área de lenguaje con los instrumentos BSID-II y EDI.

En la comparación de resultados del lenguaje por sexo, en la BSID-II el mayor número de casos correspondió a 6 niños que se ubicaron con retraso y en EDI a 4 para cada sexo, que se ubicaron con rezago (Tabla 1).

Lenguaje	BAYLEY		EDI	
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)
Normal	4 (22)	2 (11)	2 (11)	2 (11)
Retraso	1 (6)	1 (06)	4 (22)	4 (22)
Retraso	4 (22)	6 (33)	3 (17)	3 (17)

Fuente. Evaluación del Laboratorio de Psicología

El IDP comparado con los resultados de lenguaje no mostró correlación positiva, sin embargo la calificación obtenida en lenguaje de la BSID-II se relacionó de manera significativa con el resultado del IDM al realizar el análisis de asociación para variables ordinales (D Sommers .4615, p.00857).



DISCUSIÓN

En la actualidad, en los programas de salud se están implementando evaluaciones de desarrollo y programas de atención en etapas tempranas, debido a que mayor número de niños sobreviven gracias a los adelantos tecnológicos, sin embargo su morbi mortalidad dependerá de diversos factores postnatales cuya consecuencia será observable en los primeros dos años de vida o posteriormente en los aprendizajes básicos.¹⁶

Con esta investigación logramos el objetivo planteado de identificar las dificultades del lenguaje de niños de 1 a 18 meses de edad, mediante dos instrumentos de evaluación. Es necesario implementar estrategias terapéuticas oportunas a fin de disminuir la estructuración de secuelas del lenguaje, ya que se han reportado en la etapa escolar, la presencia de dificultades de lenguaje oral que pueden obstaculizar el aprendizaje del lenguaje escrito si no se atienden tempranamente.¹⁷

Los dos instrumentos utilizados no coincidieron en la calificación asignada al lenguaje, debido a que el BSID-II calificó 11% más de niños normales y 23% más con retraso que en la EDI. Considerando que la BSID-II es una escala de desarrollo que califica al niño, a partir de las respuestas ante tareas específicas a las que se enfrenta y EDI es una prueba de tamizaje que evalúa al niño, a partir de lo observado o reportado por los padres, debemos de considerar los resultados de BSID-II para derivar a una evaluación de lenguaje específica y apoyo terapéutico, en este caso al 56% de los niños. De otra manera el 23% de los niños se quedarían sin apoyo y la repercusión la observaríamos en las etapas escolares.

En poblaciones mexicanas se ha descrito que en las evaluaciones de lenguaje, un componente lingüístico: fonológico, léxico, morfosintáctico, semántico o pragmático, no es suficiente para identificar o explicar las dificultades de lenguaje que presenta

un niño, es necesario analizar qué componentes están interactuando y complementarlo con las observaciones conductuales de un experto.¹⁸

Con las evaluaciones BSID-II y EDI se evaluó el desarrollo general de los niños y se identificaron los casos que presentaban rezago o retraso en lenguaje. aje donde se identifiquen los componentes lingüísticos que están comprometidos. La asociación significativa entre el Índice de Desarrollo Mental y el área de lenguaje en la escala BSID-II nos permitió confirmar cómo el profesional a partir de los índices generales de desarrollo puede sugerir evaluaciones específicas de lenguaje a aquellos niños que tuvieron puntajes bajos en esa área y de allí derivarlos a atenciones oportunas que favorezcan la estimulación o la corrección de alteraciones en el lenguaje. No obstante deberá identificar si el área cognitiva, de lenguaje o de motricidad fina son las que están determinando los índices mentales bajos, para estructurar las estrategias adecuadas de intervención para cada uno de los casos.

Es necesario aumentar la muestra y comparar las respuestas por edad en los reactivos que evalúan lenguaje de los dos instrumentos, para identificar por qué no coinciden los casos calificados como normales, con rezago o retraso, de manera que se implementen estrategias de intervención oportunas que aminoren o prevengan la estructuración de secuelas de aprendizaje en las etapas escolares y por lo tanto se disminuyan los costos de atención.

CONCLUSIONES

Los niños que en los dos primeros años de vida se identifiquen con retrasos en el lenguaje deberán evaluarse con pruebas específicas para identificar los componentes lingüísticos comprometidos así como recibir programas de intervención adecuados a cada caso para prevenir dificultades posteriores en los aprendizajes básicos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnson, M.H. *Developmental cognitive neuroscience*. Third edition. UK: Wiley Blackwell. 2011.
2. Macarena, P. Adquisición del lenguaje. El principio de la comunicación. *Cauce. Revista de Ilología y su Didáctica*. 2003;(6):321-347.
3. Webster, R. & Shevell, M. *Neurobiology of Specific Language Impairment.*, *J Child Neurol*, 2004. 19:471fi481.
4. Munson, B., Edwards, J., & Beckman, M. E. *Phonological Knowledge in Typical and Atypical Speech and Language Development: Nature, Assessment, and Treatment*. Minnesota: University of Minnesota. 2005.
5. Brandone A.C., Salkind S.J., Golinkoff R.M., & Hirsh-Pasek K.B. *Language Development*. In G. George G & K.M. Minke (Eds.), *Children's needs III: Development, prevention, and intervention*. Washington DC: National Association of School Psychologists. 2006. pp. 499-514.
6. Ardila, A., Rosselli, M. *Neuropsicología Clínica*. 1a ed. México: Manual Moderno; 2007.
7. Narbona J. El lenguaje del niño y sus trastornos. En: N. Fejerman y E. Fernández-Álvarez *Neurología Pediátrica* 3 edición. Madrid-Buenos Aires: Panamericana. 2006.p.1-12.
8. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric. (2013).
9. Secretaría de Educación Pública (SEP), *Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial*. México 2006.
10. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *Clasificación de tipo de discapacidad*. México (2010).
11. Sánchez C. *Indicadores tempranos de los trastornos del desarrollo del lenguaje*. AEPAP. 2010;203-4.
12. Bayley N. *Bayley Scales of Infant Development*. Second Edition (BSID-II). San Antonio: Hartcourt Brace & Company; 1993.
13. Rizzoli, A., Schnaas, L., Liendo, S., Buenrostro-Márquez G. et al *Validación de un instrumento para la detección oportuna de problemas de desarrollo en menores de 5 años en México*. *Medi-graphic*, 2013. 70(3):195-208.
14. Pérez-López J, et al. *Las escalas Bayley BSID-I frente a BSID-II como instrumento de evaluación en Atención Temprana*. *Anales de psicología*. 2012; 28 (2): 484-489.
15. World Medical Association. *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects* (2013).
16. Gerometta G., Aspres N., Schapira I., Granovsky, G., & Vivas, S. *Evaluación a largo plazo del desarrollo psicomotor e intelectual de niños de 4 a 5 años de edad nacidos pretérmino y con muy bajo peso*. *Hospital Materno Infantil* (2014). 33(1):2-7.
17. López S. *La prevención de dificultades del lenguaje oral en el marco escolar: Evaluación e intervención temprana*. *Pensamiento Psicológico* (2005). 1(5):73-83.
18. Jackson-Maldonado D. *La identificación del Trastorno Específico de Lenguaje en Niño Hispano-hablantes por medio de Pruebas Formales e Informales*. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* (2011). 11(1):33-50.



DETERMINACIÓN DE RIESGOS DE SALUD RELACIONADA A ESTILOS DE VIDA EN POBLACIÓN JOVEN

DETERMINING HEALTH RISKS
RELATED TO LIFESTYLES IN
YOUNG PEOPLE

Recibido 22 de septiembre 2015
Aceptado octubre 2015
Publicado Noviembre 2016

Correspondencia:
Fernández Sánchez Abigail
abifer2002@yahoo.com

Autores:

Abigail Fernández Sánchez
Profesor investigador de tiempo completo EESJ-UAEM

Ma. Guadalupe Ojeda Vargas
Rectora Campus Celaya Salvatierra UG

Ana Alicia García Carreño
ME EESJ-UAEM

Edith Ruth Arizmendi Jaime
Directora de la FE-UAEM

María Alejandra Terrazas Meraz
Profesor investigador de tiempo completo FE-UAEM

Palabras clave: Riesgos, Salud física emocional, Estilo de vida.

Keywords: Risks, emotional physical health, life style



RESUMEN

Introducción: Diversos son los factores que generan diferencias en el acceso al sistema de salud y su utilización, lo que produce desigualdades tanto en la promoción de la salud como en las posibilidades de la recuperación posterior una enfermedad.

Objetivo: El objetivo del estudio fue determinar los riesgos a la salud asociados a los estilos de vida y variables demográficas.

Metodología: Corresponde a un estudio descriptivo y correlacional, de orientación cuantitativa. La población de estudio estuvo constituida por 132 personas adolescentes y adulto joven, de ambos sexos, entre 17 y 33 años, estudiantes universitarios de nuevo ingreso. La muestra fue por conveniencia. Instrumentos: Escala Health-Promoting Lifestyle Profile II. General Health. SF-36. El procesamiento de la información se realizó con el Programa SPSS V-19. Resultados: Se encontró asociación significativa entre estilo de vida satisfacción, nutrición, relaciones interpersonales, actividad física y negativas con estrés.

Conclusiones: Los resultados permiten reafirmar la relevancia de considerar, los estilos de vida saludables como herramienta de valoración de salud física y mental para detectar posibles riesgos a la salud de los estudiantes de nuevo ingreso, en la mirada y en la intervención en salud para potenciar estilos de vida promotores de salud. Los estilos de vida se encuentran fuertemente asociados a riesgos que pueden ser evitables utilizando la promoción a la salud.

Palabras clave: Riesgos, Salud física emocional, Estilo de vida.

ABSTRACT

Introduction: Various factors that create differences in access to health care and utilization, resulting in inequalities in both health promotion and less chance the recovery an illness.

Objective: Determine the risks associated with lifestyles and health and demographics variables.

Methodology: It is a descriptive and correlational study, quantitative orientation. The study population consisted of 132 adolescents and young adults, both sexes, between 17 and 33 years old, university freshmen. The sample was for convenience. Instruments: Scale Health-Promoting Lifestyle Profile II. General Health. SF-36. The information processing was performed using SPSS V-19. Results: significant association between satisfaction lifestyle, nutrition, relationships, physical activity and stress-negative was found.

Conclusions: The results allow us to reaffirm the importance of considering the healthy lifestyles as an assessment tool of physical and mental health to detect possible risks to the health of freshmen in the look and health intervention to boost life styles health promoters. Lifestyles are strongly associated with risks that may be avoidable using health promotion.

Keywords: Risks, emotional physical health, life style



INTRODUCCIÓN

La decadencia de la salud en la población joven es visible con estilo de vida demandante del siglo XXI. La etapa del ciclo vital tiene que ver en gran medida, en el cual se encuentre la persona así como la edad, género ya que determina el comportamiento de la persona, la cultura y el nivel socioeconómico conlleva a adoptar y/o llevar un estilo de vida en específico, en él favorecen las enfermedades crónicas desde temprana edad por el sedentarismo, nutrición, adicciones e inicio en la vida sexual activa, en una combinación de procesos emocionales y físicos.

La atención primaria a la salud determina mejorar la problemática antes planteada, con intervenciones cuya esencia integradora en el individuo, familia o comunidad dirigida a corto mediano o largo plazo. En la medicina biologicista se planteó promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía colocarse en las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad como tal, pero la persona está inmersa en un entorno diverso que puede o no favorecer la salud¹.

La Promoción de la Salud se define como el proceso para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (Carta de Ottawa, 1986)

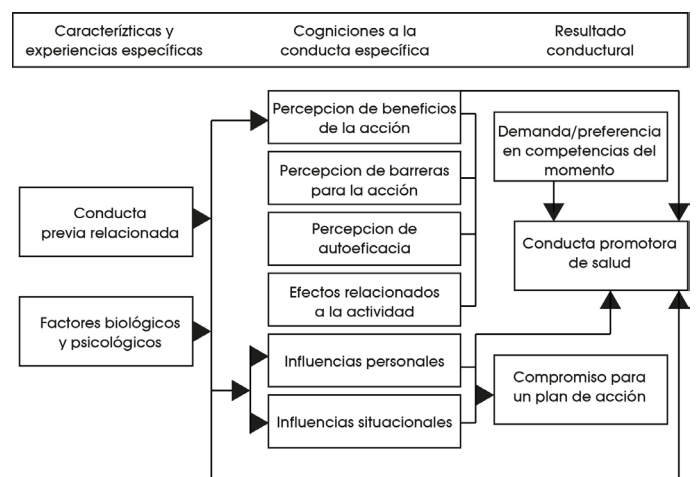
Por lo tanto el modelo de promoción de la salud en enfermería propuesto por Pender, según este modelo señala los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado positivo llamado salud².

Por lo tanto el modelo de promoción a la salud desde 1996, de Nola Pender explica las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta que llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, cada uno en particular se encuentra inserto en un vínculo familiar y comunitario³.

Además, se identifica que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de Pender es positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia son las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Modelo Nola Pender



Modelo de promoción a la salud de 1996, de Nola Pender²

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la Acción Razonada; originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. (Modelo parte izquierda)

Parte central del modelo. La conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento". Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender², el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea. Martin fishbein importancia en los procesos cognitivos en el cambio de conducta. Basado en Bandura en el que la conducta es racional y económica².

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla³.

La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones³.

Estados emocionales. Adaptación, motivación, relaciones sociales interpersonales. Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.



Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.

Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros, el descubrir las fortalezas de la cultura es de suma importancia en las formas de vivir desde nacer, crecer, trabajar y morir es el referente como obtenido su salud¹³.

Nivel socioeconómico: los recursos son un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas

al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos².

Autoestima. Es la idea que se tiene del valor personal y el respeto que siente por sí mismo. La buena autoestima, solicitar ser tratado con respeto, atiende sus necesidades y defiende sus derechos. La baja autoestima, la persona se humilla y se coloca las necesidades de los demás antes de las suyas, piensa que no tiene nada que ofrecer. La otra parte importante de la autoestima es el de autoaceptación. Esto significa que reconoce y admite que todas sus partes, las deseables y las indeseables, las positivas y las negativas los puntos fuertes y los débiles se aceptan todo eso como un bloque que te hace un ser humano normal y valioso⁴.

Autoeficacia académica, se define como la confianza que tiene el estudiante en su capacidad para dominar estrategias cognitivas de aprendizaje, manejar su tiempo y regular sus esfuerzos en esta área. Diversos estudios han mostrado cómo los estudiantes con altas expectativas de autoeficacia gozan de mayor motivación académica. Del mismo modo, obtienen mejores resultados, son más capaces de autorregular eficazmente su aprendizaje y muestran mayor motivación intrínseca cuando aprenden. En consecuencia, la mejora en las expectativas de autoeficacia, incrementa la motivación y el rendimiento en las tareas de aprendizaje⁵.

Grado de urbanización. Los efectos de la urbanización y de la industrialización en los estilos de vida de las poblaciones rurales. Las presiones económicas y los incentivos que promueven la migración rural para áreas periféricas urbanas (más centros de salud, escuelas, canales de comunicación y más tiempo libre para actividades recreativas) determinan un mayor riesgo de obesidad. Por lo general, poblaciones que



antes de migrar tenían actividad física con alto desgaste, asociada con la producción agrícola, se toman poblaciones urbanas marginales con menos trabajo físico; dieta desequilibrada, rica en grasa, energía y bebidas azucaradas; mayor consumo de alcohol y estilo de vida sedentario. Se explica que los seres humanos poseen tendencia natural a mantener el equilibrio energético, las alteraciones que promueven hábitos dietéticos inadecuados y que no estimulan la realización de actividad física aumentan el riesgo de afectar sus estilos de vida cotidiana y de otras enfermedades psicosociales⁶.

Por último la tercer columna del modelo el resultado conductual, el individuo cuenta con libertad de elección, pero proveer las opciones es necesario por el personal de salud para lograr la aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Los valores, actitudes, y conductas de salud se aprenden dentro del contexto familiar. Igual como los individuos deberán tomar responsabilidad por su propio estado de salud, así también las familias deberán tomar similares responsabilidades para la salud de la familia como unidad. Características estructurales y funcionales de la familia que se deberán tomar en cuenta al intentar influir en las prácticas de salud incluyen la estructura de valor, estructura de papel, estructura de poder (patrones en la toma de decisiones), patrones de comunicación, función afectiva, función de socialización, función de los cuidados de la salud, y función de manejo de estrés⁷.

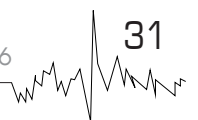
Múltiples situaciones ofrecen la oportunidad para la provisión de servicios para la promoción de la

salud. Enfermeros, particularmente enfermeros con entendimiento de temas y problemas de la salud comunitaria, son idealmente adaptados para proveer liderazgo en el diseño, desarrollo, implementación, y evaluación de programas para la promoción de la salud en escuelas, sitios de trabajo, centros de enfermería, y otras situaciones comunitarias⁷.

Apoyo económico. Los problemas de salud de hoy en día pueden mejorar al ser enfrentados principalmente, también al unirse con sectores en las sociedades para impactar las condiciones sociales y ambientales que comprometan a la salud. Los medios de comunicación y colaboración y, por lo tanto, poder para lograr soluciones que grupos u organizaciones que solos no tienen por sí mismos. Particularmente las escuelas o facultades de enfermería al unirse con otras facultades profesionales de salud, grupos de proveedores de cuidados de salud, y comunidades en la construcción de sociedades de salud. Estos arreglos, si diseñados de manera sensible a la comunidad, pueden mejorar los servicios de prevención y promoción de la salud brindada a diversas poblaciones⁷.

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez orienta hacia la generación de conductas saludables. Tomando el mensaje:

La salud no tiene precio, la educación cuesta poco y vale mucho de Domingo Martín, yo agregaría el cuidado es humano tiene errores pero también aciertos, Abigail Fernández.



METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional. La población que participo fue de 132 adolescentes y adultos jóvenes 17 a 33 años, durante el año 2014, cuya muestra fue intencionada, incluyendo a los estudiantes universitarios de nuevo ingreso del estado de Morelos, realizando valoración psicosocial y sus estilos de vida relacionado a su salud. El estudio se llevo a cabo por profesores investigadores de la unidad, los instrumentos fue scaled version of the General Health Questionnaire⁸. Escalas y medidas de resumen del cuestionario SF-36 mide dos dimensiones y ocho escalas salud física (ESF-4) salud mental (4ESM)⁹, ajustando el instrumento con los estilos de vida recomendados por la escala Health-tilo Promoting Lifestyle Profile II¹⁰. Del instrumento el estilo de vida se aplican las dimensiones: Relaciones interpersonales, nutrición, responsabilidad en salud, actividad física y estrés. Cada indicador se califica con una puntuación de 1 a 5, donde 1 es nunca y 5 es siempre.

Para las variables demográficas se construyó un instrumento ad hoc integra: edad, sexo, estado civil, situación economía, adicciones y medidas antropométricas.

Consideraciones éticas, carta de consentimiento informado, se solicitó la firma del mismo informado

a cada persona que reunía los requisitos para investigación.

Ley general de salud, clasifica en riesgo bajo ya que no se realizan intervenciones de riesgo.

Análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, coeficientes de correlación Pearson $IC \leq .05$, alpha de Cronbach para validación de confiabilidad del instrumento utilizado en nuestra población, encontrado alpha aceptable en las subescalas: Estrés de $\alpha .80$, Satisfacción $\alpha .81$. Relaciones interpersonales $\alpha .89$. Salud $\alpha .92$. Con uso del paquete estadístico SPSS versión 19.

RESULTADOS

Características y experiencias específicas. La muestra se conformó por 132 participantes. 11% hombres y 89% mujeres. Edad 17 a 32 años, promedio 21 años. Estado civil casados 40%, solteros 53%, con hijos 23%. Originarios de Morelos 76%, otros estados 24 Tipo de vivienda consideran cumple condiciones y servicios públicos 72%, regulares condiciones 18%, condiciones inadecuadas 10%. Viven con su familia 91%, viven con otras personas 9%. Trabajan además de estudiar 12%.

Consideran su dieta inadecuada y el comportamiento de su peso es: bajo 10%, normal 63% y sobrepeso obesidad 27%.

Tabla 1. Economía y satisfacción, salud, estrés, relaciones interpersonales y nutrición del total de la población.

	Satisfacción	Salud	Relaciones interpersonales	Nutrición	Estrés
Economía					
	-.308**	-.324**	-.313**	-.249**	-.323**
	.000	.000	.000	.004	.000

Se muestra en la tabla 1. La situación económica facilita, asegura y coloca a la persona en el alcance de los medios para cubrir sus necesidades básicas diarias satisfechas, por lo tanto menor condición económica afecta la satisfacción, salud, las relaciones interpersonales, nutrición e incrementa el estrés.

Tabla 2. Nutrición y satisfacción, salud, seguridad y actividad física del total de la población.

	Satisfacción	Salud	Seguridad	Actividad física
Nutrición	.294**	.350**	.204**	.179*
	.000	.000	.020	.040

En la tabla 2, la prioridad de la nutrición de la persona significancia positivas necesidades satisfechas, para la salud como parte de seguridad y se relaciona con la actividad física.

Tabla 3. Relaciones interpersonales y satisfacción, salud y estrés del total de la población.

	Satisfacción	Salud	Estrés
Relaciones Interpersonales	.527**	.454**	-.392**
	.000	.000	.000

En la tabla 3. Las relaciones interpersonales positivas y se cubren las necesidades tales como: satisfacción $r = .527^{**}$ y salud $r = .454^{**}$, sin embargo las significancias fueron negativas con presencia de estrés $r = -.392^{**}$.

Tabla 4. Seguridad y estrés con: satisfacción, salud del total de la población.

	Satisfacción	Salud
Seguridad	.245**	.198*
	.005	.024
Estrés	-.372**	-.517**
	.000	.000

En la tabla 4. Las dimensiones seguridad relacionadas con satisfacción positivas y significativas $r = .245^{**}$ y salud $r = .198^{*}$ son claras en sus puntuaciones positivas. Sin embargo el estrés afecta de modo negativo a las mismas variables satisfacción $r = -.372^{**}$ y salud $r = -.517^{**}$.

Tabla 5. Actividad física y salud con: satisfacción y adicciones del total de la población.

	Satisfacción	Adicciones
Actividad física	.181*	.179*
	.038	.041
Salud	.448**	
	.000	

La tabla 5 indica la actividad física tiene una relación positiva con satisfacción $r = .181^{*}$ sin embargo se comporta similar las adicciones $.179^{*}$ se visualizan como una forma de relación con su medio ambiente propicio en las actividades físicas y adicciones. La salud y la satisfacción de manera simultánea muestra significancias positivas $r = .448^{**}$.



DISCUSIÓN

De acuerdo a Aristizábal y cols³ se postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas.

El factor económico, explica el valor de tener recursos que mantienen a la persona, la pobreza es determinante esencial para cubrir las necesidades y mantenerse al margen pues los participantes no cuentan con recursos relacionados al desempeño de su vida cotidiana.

La práctica y/o hábitos alimenticios guardan relación positiva la salud, seguridad actividad física en su vida cotidiana. La alimentación es significativa en relación a las actividades y desempeño de su vida cotidiana así como mantener su salud.

Según estudio de Rodríguez y colaboradores¹¹ en su estudio calidad de vida y ejercicio físico muestra puntajes aceptables, de la misma manera las condiciones los resultados en este estudio muestran la interrelación con el cuidado de la salud de manera muy positiva, así mismo la satisfacción con las actividades de la vida cotidiana que realizan guardan relación positiva la salud emocional y física, actividad física, nutrición y el estado de ánimo.

En relación a la actividad física los informantes reconocen su importancia, pero no hay relaciones significativas con adicciones y con los recursos de ellos para llevar una vida activa con la práctica de ejercicio.

En relación a las adicciones no se relacionan con las variables solo con actividad física, (posiblemente por el tipo de convivencia) sin embargo gran número de los entrevistados ingieren bebidas con alcohol y un número menor fuman, no mencionan consumir algún tipo de droga.

Relaciones interpersonales. En relación a las emociones positivas mantienen relaciones interpersonales como actitudes positivas en relación a su salud, pero también se encuentran involucradas las actitudes negativas que conllevan a la baja autoestima y minusvalía. De acuerdo con estudios relacionados a encontrar el sentido de la propia vida, percibir y experimentar que la vida está bajo control personal, que es libre y autodeterminativo¹².

CONCLUSIONES

La teoría de Pender expresa que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. La conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta.

El modelo de promoción a la salud expone las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta que llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud³.

En las conductas para la promoción de salud participa regularmente la familia, y el equipo multidisciplinario para contar con un bienestar propio a las demandas físicas e intelectuales que el estudiante requiere.

Fomentar la promoción de la salud particularmente con los todos miembros de la familia participe para favorecer conductas o los patrones y estilos de vida.

Consistencia entre valores familiares de salud como detectar los riesgos y que acciones de salud son pertinente así como las metas explícitas o implícitas de la familia en el área de la salud.

Las evaluaciones diagnósticas que se realizan a los estudiantes guardan relación con niveles de aprendizaje previo, se ha descartando los medios



y recursos por los que ellos aprenden y que deben tomar en cuenta y de algunas formas son los estilos de vida que contribuyen a riesgos en la salud física, emocional y mental necesarios en su cotidiano como estudiante y el profesionalista del futuro. Por lo tanto nos guie a nuevas investigaciones que exploren la relación a la promoción de la salud como un modelo que asegure los estilos de vida saludables de la familia como estrategia, así como los valores, creencias, percepción del cuidado y la prevención de riesgos de la salud física y mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Pública (serie en línea)*. 1992; 254,261. (citado 2015). Disponible en:
2. Pender, N. J. *Health Promotion Model Manual* 2011; 4-17
3. Aristizábal GP., Blanco DM, Sánchez A., Ostigüín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión *Rev. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2011. 8 (4); 17-23.
4. Larraburu I. *Atención plena* ed. España. 2015
5. Gutiérrez A., Vega A., Jara E., Faúndez F., Valassina F. Evaluaciones diagnósticas aplicadas a estudiantes que ingresan a primer año de universidad. *Ministerio de Educación. Gobierno de Chile* 2009; p. 31
6. Peña M., Bacallao J. *Obesidade e pobreza: um novo desafio à saúde pública*. São paulo: roca, 2006.
7. Giraldo A., Toro MY., Macías AM., Valencia CA., Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Rev SCielo*. 2010.
8. Goldeberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9, 139-45.
9. Olivares y Tirado. *Escalas y medidas de resumen del cuestionario SF-36*. 2006, Chile.
10. Walker, Susan N.; Sechrist, Karen R.; Pender, Nola J. *Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle : HealthPromoting Lifestyle Profile (HPLP II) (Adult Version)*
11. Rodríguez MC., Molina J., Jiménez C. y Pinzón T. Calidad de vida y actividad física en estudiantes, docentes y administrativos de una universidad de Bogotá. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 2011. 11 (1) 19-37.
12. García Gallego, JF., Pérez E. Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Rev. Universitas psychologica* 2005; 8 (2), 447-454.
13. Vidal D., Chamblas I., Zavala M., Müller R., Rodríguez MC., Chavez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile *Rev. Ciencia y enfermería*. 2014. XX (1): 61-74.



CUIDADO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

CARE OF THE PERSON WITH MOTOR DISABILITIES

Recibido septiembre 2015
Aceptado octubre 2015
Publicado noviembre 2016

Correspondencia:

Calzada México Xochimilco # 289, Colonia Arenal de Guadalupe. CP 14389. Delegación Tlalpan
Teléfono: 59 99 10 00 Ext. 12220
shcorral@gmail.com

Autores:

Sandra Hernández-Corral

Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería, Instituto Nacional de Rehabilitación

Ma. Guadalupe Ojeda-Vargas

Profesora de tiempo completo, Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato.

Palabras clave: Cuidado, discapacidad

Key words: Care, disability



RESUMEN

En este artículo se describe el cuidado de la persona con discapacidad motriz, es por ello que se analiza el cuidado desde los enfoques teóricos de Leonardo Boff y Regina Vera Waldow para establecer una relación con los cuidados en rehabilitación proporcionados por el profesional de enfermería. Finalmente se reflexiona acerca de lo profundo del significado del cuidado, considerando que abarca más que solo intervención, es una forma de estar en el mundo en la que establecen a través de la con-vivencia y co-existencia relaciones transformadoras, generando crecimiento entre la persona que se cuida y la enfermera.

Palabras clave: Cuidado, discapacidad

ABSTRACT

In this article the care of people with mobility disabilities described, which is why care is analyzed from the theoretical approach of Leonardo Boff and Regina Vera Waldow to establish a relationship with the rehabilitation care provided by the nurse. Finally we reflect on the deep meaning of care, considering that encompasses more than one intervention, is a way of being in the world in establishing through-existence and co-existence transformative relationships, generating growth between caring person and nurse.

Key words: Care, disability

INTRODUCCIÓN

En su forma más antigua, *Cura* en latín se escribía *coera*, y era utilizada en un contexto de relaciones de amor y amistad. Expresaba la actitud de cuidado, de desvelo, de inquietud y preocupación por la persona amada o por un objeto de valor sentimental; en este sentido el cuidado sólo surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí. Cuidado significa entonces, diligencia, celo, atención, delicadeza; es un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud.¹

El cuidado es una forma de ser hombre, y tiene un significado a partir del propio hombre. Incluyendo comportamientos, actitudes, valores y principios que son vividos por las personas en determinadas circunstancias, sin embargo se refiere al ser. El ser humano nace con un potencial de cuidado, lo que significa que todas las personas son capaces de cuidar, evidentemente esta capacidad será más o menos desarrollada, conforme a las circunstancias en que fuera ejecutada en las diversas etapas de la vida.²

Se reconoce que los seres humanos requieren de mayor cuidado para desarrollarse durante la infancia y la tercera edad, cuando se evidencia dependencia para realizar actividades de la vida diaria, tanto de tipo físico-social como mental. La enfermedad, la incapacidad y el sufrimiento son algunas de las circunstancias que causan vulnerabilidad, originando que los individuos requieran de cuidado.

Por su propia naturaleza, el término cuidado incluye dos significados básicos, íntimamente vinculados entre sí. El primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro. El segundo, la actitud de preocupación y de inquietud, porque la persona que proporciona el cuidado se siente implicada y vinculada afectivamente con el otro.³ Por otra parte el cuidar implica un movimiento en dirección de algo o alguien que es motivo de interés o preocupación. El ejercicio de cuidar es una acción que posee una direccionalidad



concreta y determinada; nos mueve y nos impulsa a hacer algo, se trata de una acción moral objetiva, para aliviar, satisfacer, ayudar, confortar y apoyar.⁴

El cuidado es más que un acto individual o que una virtud al lado de otras. Es un modo de ser; a saber, la forma en que las persona se estructura y realiza en el mundo con los otros. O, mejor aún: es un modo-de-ser-en-el-mundo que funda las relaciones que se establecen con todas las cosas.³

El modo-de-ser-en-el-mundo significa una forma de existir y de coexistir, de estar presente, de navegar por la realidad y de relacionarse con todas las cosas del mundo. En esa co-existencia y con-vivencia, en esa navegación y en ese juego de relaciones, el ser humano va construyendo su propio ser, auto-conciencia y su propia identidad, fundamentalmente hay dos maneras básicas de ser-en-el-mundo: trabajo y cuidado, éste último no se opone al trabajo, pero le confiere una tonalidad diferente, gracias al cuidado se deja de ver como objetos la naturaleza y todo lo que existe en ella. La relación no es sujeto-objeto es sujeto-sujeto, la relación no es de dominio sobre, sino de con-vivencia, no es pura intervención, sino inter-acción y comunicación.³

Abarca, además de procedimientos y actividades técnicas, acciones y comportamientos que favorecen no sólo el estar con, sino también el ser con. Ser implica más que simplemente estar con; estar con puede tener lugar de modo que no hay participación real que, no se caracteriza por ser verdadera presencia. Esta presencia real, cuerpo y alma significa ser con. Cuidar es un compromiso, es ayudar a otros a crecer en la promoción de su integridad y unidad, manteniendo su dignidad y su singularidad. Por lo tanto el cuidar es un proceso interactivo, que solo se establece en la relación con el otro.⁵

El momento de cuidar es considerado de tipo transformador, en el cual, ambos, el ser cuidado

y el cuidador crecen. El primero presenta una actitud más positiva y serena frente a su experiencia con la enfermedad, incapacidad e inclusive la muerte, fruto de una tranquila y amistosa relación de confianza entre sus cuidadores. Es importante que el paciente, sea considerado y respetado como una persona singular.²

Este modo-de-ser-en-el-mundo, en forma de cuidado, permite al ser humano vivir la experiencia fundamental de valor, de aquello que tiene importancia y cuenta definitivamente. No del valor utilitarista, sólo para su uso, sino del valor intrínseco de las cosas. A partir de ese valor sustantivo surge la dimensión de alteridad, de respeto, de sacralidad, de reciprocidad y de complementariedad; en este camino surgen resistencias y aparece la confusión, pero todo ello se supera por medio de una paciencia perseverante. En lugar de agresividad, hay convivencia amorosa, en vez de dominación, hay compañía afectuosa, al lado de y junto con el otro.³

El cuidar tiene una connotación de proporcionar y promover el bienestar de los otros; por tanto es una acción muy peculiar, cuyo propósito es algo o alguien que necesita la acción del cuidador, el que sufre, el que está necesitado y vulnerable. La vulnerabilidad es una condición que requiere de cuidado, el cuidador responde a una necesidad expresada o referida, hay un intercambio y el encuentro entre el cuidador y el ser cuidado es siempre transformadora.⁵

Cuidar de las cosa implica tener intimidad con ellas, sentirlas dentro, acogerlas, respetarlas, darles sosiego y reposo. Cuidar es entrar en sintonía con las cosas, auscultar su ritmo y estar en armonía con ellas. La razón analítico-instrumental abre camino a la razón cordial, al espíritu de la delicadeza y al sentimiento profundo. El centro ya no está utilizado por la razón sino por el sentimiento.³



El gran desafío para el ser humano es combinar trabajo con cuidado. Estas dos realidades no se oponen, sino que se componen se limitan mutuamente y, a la vez, se complementan. Juntas constituyen la experiencia humana en su integridad, por un lado, vinculada a la materialidad y por otro, a la espiritualidad. El error consiste en oponer una dimensión a la otra y no verlas como modo-de-ser del único y mismo ser humano.³

Es importante resaltar que antes de cuidar a otro hay que cuidar de uno mismo, a este respecto, Waldow refiere el cuidar de sí como el cuidado personal, es decir, en una dimensión sujeto-self. Este cuidar de sí incluye, el conocimiento de sí, de sus potencialidades, necesidades y limitaciones. Ese conocimiento favorece una mejor autoestima, confianza en sí y en la vida. Comprende también el cuidar de la salud, del espíritu, del intelecto, de su tiempo y del ocio.⁶

Por otro lado, el cuidar a otro significa velar por su autonomía, desarrollar sus capacidades y no oponerse o ir en contra de sus decisiones libres y responsables. No obstante existen circunstancias, tales como las relacionadas a la necesidad de cuidado, considerando que la autonomía del ser se encuentra también vulnerable. Estas circunstancias requieren un análisis de relación entre la acción de cuidar y los límites de la autonomía en la persona, pues la autonomía no es ilimitada, presenta diversos grados y registro de desarrollo, por lo tanto es dinámica y concreta.²

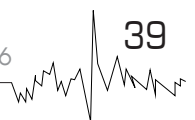
Por lo que al asumir el cuidado del otro, la persona cuidadora estará privando al otro de cuidarse y desencadenará una situación de dependencia. Esta idea no es fácil de aceptar considerando que generalmente es necesario hacer por el otro determinadas actividades y por un período específico, tal vez lo difícil sea saber cuándo dejar de hacer o proveer condiciones a la persona, de ayudarse o ayudarlo a buscar alternativas para sobrevivir de forma más independiente posible.²

La vulnerabilidad está directamente asociada al cuidar, la persona es vulnerable en todas sus esferas, en la esfera física el sujeto puede enfermar, sufrir dolor y discapacidad, debido a ello requiere cuidado; en este sentido la discapacidad es considerada como un problema de salud pública, se estima una incidencia anual de aproximadamente 26,000 casos; esta es resultado de lesiones y enfermedades que producen un daño permanente que conducen a deficiencias de largo plazo de tipo físico, mental, intelectual o sensorial, que con frecuencia implican una disminución en la calidad de vida, limitación de la capacidad y restricción de las personas que la padecen.⁷

Uno de los tipos de discapacidad más frecuentes es la motriz, en esta se agrupan las músculo-esqueléticas y las neuromotrices. Las primeras se refieren a la dificultad que enfrenta una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas, así como las limitaciones en habilidades manipulativas como agarrar o sostener objetos. Las neuromotrices son aquellas que dificultan la movilidad de algún segmento corporal a consecuencia de un daño neurológico, incluyendo las secuelas de traumatismos y de algunas enfermedades como la poliomielitis, las lesiones medulares y distrofia muscular.⁸

Las personas con este tipo de discapacidad requieren de rehabilitación, para ello es necesaria la utilización de acciones interdisciplinarias y un esfuerzo conjunto entre todos los profesionales y familiares, dentro y fuera de las instituciones, teniendo como objetivo común mejorar las funciones disminuidas o perdidas para preservar la capacidad de vivir de cada individuo involucrando las acciones de cuidar.⁹

Los cuidados en rehabilitación son indispensables para recobrar la capacidad motriz de las personas, este proceso tiene un componente actitudinal por parte de los profesionales hacia ejercer la rehabilitación compartiendo con el binomio paciente-familia, la búsqueda de la calidad del desempeño de las



actividades de la vida diaria para vivir con un mínimo de independencia y con dignidad. Por lo que la persona es el elemento clave de equipo de rehabilitación, ella es el centro del equipo y la que determina los resultados finales del proceso. La familia es incorporada al equipo y es reconocida como un sistema dinámico que participa como un apoyo continuo en la solución de problemas y aprende a realizar cuidados necesarios.¹⁰

La asistencia de enfermería en la rehabilitación tiene como principales objetivos fomentar la independencia en la persona o alcanzar su máxima independencia dentro de sus condiciones, promover el autocuidado y prepararla para una vida social y familiar de la mejor manera posible y con calidad.^{11,12} Por lo antes mencionado las personas son orientadas durante la hospitalización, sobre la importancia del autocuidado en la higiene corporal, alimentación e hidratación, estableciendo conjuntamente metas dentro de su funcionalidad, enfocándose a la realización de las actividades de la vida diaria de la manera más independiente posible, es necesario que la enfermera rehabilitadora conozca los hábitos y estilos de vida de la persona en el contexto familiar. Sus intervenciones comprenden el autocuidado para la capacidad de vestir y desvestirse, alimentarse, realizar la higiene personal y prevenir deformidades de las articulaciones, complicaciones respiratorias y vasculares.^{10,13}

Cabe destacar la implementación de programas de reeducación de la eliminación vesical e intestinal de acuerdo a las condiciones funcionales, físicas-motoras, sociales y familiares, en los cuales se incluye al binomio persona-cuidador, estimulando la participación en los cuidados, reconociendo los límites y las capacidades de cada uno. Una vez que se tiene como principios que la rehabilitación es un

proceso con un inicio y un final, el alta hospitalaria no puede ser encarada como un evento más sino como un proceso. Las orientaciones del alta son realizadas durante toda la hospitalización y no solamente el día del egreso hospitalario.¹⁰

Es importante resaltar la incorporación del cuidador al proceso de rehabilitación de la persona con discapacidad, con la finalidad aprender y promover los cuidados relacionados con la higiene corporal, la movilidad física, cambios de posición, transferencias, alimentación, eliminación, prevención de accidentes y de úlceras por presión, más allá de los relacionados a la reintegración social y apoyo emocional. El cuidador es un elemento importante para ofrecer la seguridad al paciente tanto en la hospitalización como en la continuidad de los cuidados posteriores al egreso.¹⁴

Como se puede apreciar en los párrafos anteriores el proceso de rehabilitación implica que la enfermera o el cuidador le realicen procedimientos a la persona con discapacidad, esto no se consideraría cuidado a menos que se desarrollen con una actitud de desvelo, de inquietud, preocupación, celo, atención y delicadeza por la persona a la que se cuida; cabe destacar que es imprescindible que el cuidador identifique las resonancias del cuidado a través de ciertas actitudes como son: el amor, la justa medida, la amabilidad y la convivencialidad, las cuales favorecen el logro de los objetivos de la rehabilitación, considerando que el proceso es largo y es conveniente en todo momento mantener una relación sujeto-sujeto en la que no prive la autonomía pero sí la dominancia y en la que la convivencia y la inter-acción originen una relación transformadora que propicie el crecimiento del cuidador y el ser cuidado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boff L. El cuidado necesario. Madrid: Trotta; 2012.
2. Waldow VR, Borges RF. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(4): 765-777.
3. Boff L. El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra. Madrid: Trotta; 2002.
4. Waldow VR. Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería. México: Nueva Palabra; 2006.
5. Waldow VR. Nuevas ideas sobre el cuidado. Aquichán. 2008; 8(1): 85-96.
6. Waldow VR. Cuidando de sí, del otro, del todo. Rev Paraninfo Digital. 2012; 15. (acceso 07 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/002po.php>
7. Ibarra LG, Ibarra JC, Segura VH. Discapacidad y Salud. México: Trillas; 2009.
8. Instituto Nacional Estadística Geográfica e Informática. La persona con discapacidad en México. México: INEGI; 2004.
9. Faro ACM. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(1): 128-133.
10. Leite VBE, Faro ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39 (1): 92-96.
11. Barajas CA, Hernández CS, Garcia JM. Nivel de independencia del paciente con lesión medular y su relación con las intervenciones de enfermería. Enf Neurol Mex. 2010; 10(2): 77-80
12. Hernández CS, Acosta AA. etiquetas diagnosticas más frecuentes en personas con lesión medular en fase de rehabilitación. Enfermería Universitaria. 2009; 6(1): 50-53.
13. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicilio: o fazer do cuidador familiar. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2): 154-163.
14. Carvalho Z, Lima FG, Holanda KM, Silva GA. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem do cuidado para suas famílias. Esc Anna Nery Enferm. 2006; 10(2) : 316-322.



FACTORES PERSONALES BIOLÓGICOS DE NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS CON RIESGO DE PRESENTAR OBESIDAD Y SOBREPESO

PERSONAL BIOLOGICAL FACTORS OF CHILDREN AGED 10 TO 12 WITH RISK OF OBESITY AND OVERWEIGHT

Recibido enero 2016
Aceptado febrero 2016
Publicado noviembre 2016

Autores:

MCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la BUAP

MCE. María Claudia Morales Rodríguez

Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la BUAP

MCE. Rosa María Tlalpan Hernández

Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la BUAP

Erick Landeros Olvera

Doctorado en Ciencias de Enfermería de la FE-BUAP

Rosa María Galicia Aguilar

Maestra en Enfermería de la FE-BUAP

Palabras clave: Obesidad, estilo de vida, factores de riesgo, niño

Key words: obesity, life style, risk factors, children



RESUMEN

Introducción: La obesidad es un problema de salud pública mundial que se ha incrementado de manera importante. En México según la encuesta nacional de nutrición 2006, la prevalencia nacional de obesidad infantil fue de hasta de 26 %. El exceso de peso en niños es un problema epidemiológico que conlleva graves repercusiones en la salud y la calidad de vida y es un factor de riesgo para las enfermedades crónicas. Está asociada a factores genéticos, socioculturales y al estilo de vida sedentario. Ante tal argumento es importante conocer la prevalencia de obesidad infantil para proponer intervenciones efectivas que disminuyan el problema.

Propósito: Determinar la prevalencia de riesgo de obesidad, obesidad y sobrepeso en niños de 10 a 12 años.

Metodología: El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, la población estuvo conformada por estudiantes de ambos sexos de quinto año de primaria, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la muestra fue de 31 estudiantes, previo consentimiento informado de los padres se aplicó un cuestionario para la recolección de los datos, registrando datos personales, peso, talla, IMC y perímetro abdominal.

Resultados: El 18% de la muestra tenía 10 años de edad, el sexo que predominó fue el masculino con 19%. Según el peso se observó que el 42% es de complexión gruesa, el 55% presenta una talla normal con respecto a su edad, en la circunferencia abdominal se encontró que el 32% tiene alto nivel para padecer obesidad y el 26% presenta obesidad.

Conclusión: Los estudios de prevalencia no sólo ofrecen información diagnóstica sino también brindan la oportunidad de proponer intervenciones de prevención efectivas como la actividad física regular y una alimentación saludable, así como incluir a la familia y comprometer a las escuelas. Por ello la información obtenida de este estudio será la base para implementar un proyecto de actividad física.

Palabras clave: Obesidad, estilo de vida, factores de riesgo, niño.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a worldwide public health problem that has considerably increased. In México, according to the 2006 National Nutrition Survey, prevalence for obesity in children was registered in up to 26%. The weight excess on children is an epidemiologic problem that implies serious consequences in health and in life quality, and it's a risk factor for chronic diseases. It is associated with genetic and sociocultural factors, and with inactive lifestyles. Affronting this argument, knowing the prevalence of obesity among children it's important in order to suggest effective interventions capable of diminish the problem.

Purpose: to determine prevalence for risk of obesity, obesity and overweight among 10-12 years old children.

Methodology: It was a descriptive, transversal type study. Population was formed by both sex students attending the fifth grade of primary school. We used a non-probabilistic by convenience sampling. Sample had 32 students. With previous consent from the parents, we applied a survey for data collecting, registering personal information, weight, height, BMI and abdominal perimeter.

Results: 18% of the sample was 10 years old, masculine sex was predominant with 19%. According with weight, we observed that 42% has corpulent body constitution. 55% has a normal height in relation to his age. Abdominal circumference was measured above the normal limits in 32% of the sample. 26% of the sample had obesity.

Conclusion: Prevalence studies not only offer information for diagnosis, they also give the opportunity for suggesting effective prophylactic interventions, like regular physical activity and a healthy diet, as well as the inclusion of family and school in the programs. That's why information obtained by the present study will form the basis for the implementation of a physical activity project.

Key words: obesity, life style, risk factors, children.



INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal (IMC = peso en kg /talla en m²).

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. En el 2010 había 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones vivían en países en desarrollo².

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT), indica que en México, un 31.55% de los niños de 5 a 11 años tenían sobrepeso más obesidad, de éstos, 21.1% tenía exceso de peso y 10.5% obesidad, Por sexo, los indicadores tuvieron comportamientos similares, 21.7% de los niños tenían sobrepeso, en tanto que la cifra para las mujeres fue de 20.4%; respecto a la obesidad, 9.1% de los niños presentaron este problema y 11.9% de las niñas eran afectadas por esta situación³

En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso⁴. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones⁵

La niñez poblana enfrenta también el problema de obesidad. El Instituto Nacional de Estadística

y Geografía (INEGI)⁶, informó que hasta ese año en Puebla vivían 1, 799,744 niños y niñas de 0 a 14 años, que representaban el 31% de la población de esta entidad, de ellos el 29% sufrían obesidad o sobrepeso⁷.

Para Azcona, Romero, Bastero y Santamaría (2005), la obesidad tiene una gran repercusión sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social del niño, las personas afectadas de obesidad no están bien consideradas en la sociedad y de hecho, en los medios de comunicación, los niños y adultos obesos son utilizados para desempeñar un personaje cómico, tropezón y glotón. Hacia los 7 años de edad el niño aprende las normas de atracción cultural y según éstas escoge a sus amigos principalmente guiados por sus características físicas. La obesidad les hace ser rechazados, desarrollar baja autoestima y dificultades para lograr amistades. Esto les conduce a aislarse socialmente y a padecer depresión con más frecuencia que otros niños. Se convierten en niños menos activos y tienden a refugiarse en la comida, agravando y perpetuando su obesidad⁸.

La conducta alimentaria será determinante en el proceso de aumento de peso, el niño por lo general comerá de forma acelerada, lo que aumenta la probabilidad de incrementar el peso. Inclusive son niños que comen aun cuando han alcanzado la saciedad⁹.

El riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la duración de ésta y la edad de inicio. En este sentido el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (2002) se considera apropiado para el presente estudio dado que teóricamente se asume que algunos factores biológicos como la edad, el sexo, índice de masa corporal, la educación y la ocupación se asocia con el estilo de vida, de igual forma se observa que algunas orientaciones culturales predicen el estilo de vida promotor de salud¹⁰.



En México, diversas investigaciones reportan que los antecedentes familiares y estilos de vida pueden influir en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y obesidad infantil¹¹.

De esta forma, el aumento en la frecuencia del sobrepeso y la obesidad en los niños involucran estilos de vida no saludables, los cuales implican factores socioculturales los cuales están directamente relacionados a la alimentación y a la disminución de la actividad física¹².

De acuerdo a otros resultados, se observa que a mayor edad disminuye la prevalencia de sobrepeso y obesidad; el porcentaje de varones con este problema de salud es significativamente mayor que el de las mujeres y que el incremento en la circunferencia de cintura está relacionado con el aumento del índice de masa corporal¹³.

Como experiencia personal, se ha observado en la práctica clínica que si los niños a temprana edad y con el apoyo de los padres toman medidas respecto a su salud, se establecen estilos de vida saludables; la necesidad de probar empíricamente esta relación es fundamental para la disciplina de enfermería, ya que los hallazgos que se obtengan del presente estudio podrán servir de base para diseñar intervenciones de enfermería que tengan impacto en el estilo de vida saludable de los niños de 10 A 12 años de edad de una escuela primaria federal que presentan riesgo de padecer o ya padecen sobrepeso u obesidad para así plantear en un corto plazo intervenciones de ejercicio y mejorar sus estilos de vida para prevenir enfermedades cardiovasculares en la etapa adulta.

La contribución del presente estudio a la ciencia de enfermería será en virtud de que los hallazgos aporten evidencia empírica a las relaciones teóricas del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, de esta forma se amplía el conocimiento disciplinar.

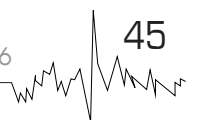
METODOLOGÍA

El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, la población de estudio estuvo conformada por 31 niños de ambos sexos, que cursaban el quinto año de primaria de una escuela federal de la ciudad de Puebla, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, los indicadores empíricos de las variables se midieron con una cédula de factores personales biológicos que caracterizó a la muestra además de las medidas antropométricas peso, talla, índice de masa corporal y perímetro abdominal. El trabajo de investigación se realizó en apego al cumplimiento de lo que establece la Ley General de Salud en materia de investigación. Los niños que participaron en el estudio fueron incluidos de manera libre y voluntaria previo consentimiento informado de los padres.

RESULTADOS

Como primera etapa del proyecto se tomaron los datos descriptivos para caracterizar a la muestra de estudio y posteriormente identificar cuántos niños estaban en riesgo o presentaban sobrepeso y/u obesidad; datos que sirven de base para iniciar un plan de intervenciones de ejercicio durante un tiempo y evaluar si es posible que los niños en esta etapa de crecimiento adecuen su estilo de vida, comiendo sanamente y realizando ejercicio por lo que resta de su vida.

El grupo estuvo conformado por una muestra de 31 alumnos que correspondían al 5to año grupo "E", se tomaron las medidas antropométricas correspondientes, en este grupo se pudo observar que la edad que se repetía mayor frecuencia fue de 10 años con un total de 18 niños (58%), el rango de edad osciló en un mínimo de 10 años y un máximo de 12 años, en cuanto al sexo que



más predominó fue el masculino con un 64% (20 niños) y el sexo femenino tuvo un 36% (11 niñas). Según el peso relacionado con la edad se pudo observar que el 42% (13 niños) de la población presenta complexión gruesa, el 39% (12 niños) complexión normal y el 19% (6 niños) complexión delgada. Del total de la población infantil el 55% (17 niños) presentó una talla normal con respecto a su edad, el 29% (9 niños) presentó talla baja y el 16% (5 niños) talla alta, con respecto a la circunferencia abdominal se encontró que el 32% (10 niños) mostraron un alto nivel para padecer obesidad. Se halló que dentro del Índice de Masa Corporal (IMC) el 39% se localizaba en los rangos normales establecidos (12 niños), un 19% (6 niños) tenía sobrepeso, mientras que el 26% (8 niños) presentó obesidad, asimismo el 16% (5 niños) tuvo un IMC bajo.

DISCUSIÓN

El estudio permitió observar relaciones explicativas y predictivas en algunas de las variables componentes de los conceptos seleccionados del Modelo de Promoción a la Salud de Pender (1996), se encontró que de los alumnos del 5to año grupo "E" el 19% presenta sobrepeso y el 26% obesidad coincidiendo

con Villanueva, Hernández, Salinas, Mathiew, Sánchez (2011), en donde sus participante tuvieron obesidad en un 19%, y el 23% con sobrepeso, por lo que se sustentaron algunos de los factores personales biológicos como edad, peso e índice de masa corporal, los cuales son predictores de una conducta según Pender, por lo cual es indispensable trabajar con esta población para poder mejorar algunos de estos factores personales biológicos y los estilos de vida que llevan los niños de esta edad¹⁴.

CONCLUSIONES

Los estudios de prevalencia no sólo ofrecen información diagnóstica sino también brindan la oportunidad de proponer intervenciones de prevención efectivas como la actividad física regular y una alimentación saludable, e incluir a la familia y comprometer a las escuelas. Por ello la información obtenida de este estudio será la base para implementar un proyecto de actividad física, la cual se encuentra dentro de los conceptos que maneja la teoría de Pender y así ayudar a mejorar los estilos de vida de los niños y su conducta saludable, ya que de acuerdo a lo encontrado, un 45% de niños (14) presentan sobrepeso u obesidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso (Internet). Organización Mundial de la Salud; 1998 (2014 Julio 21). Recuperado de: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales (Internet). Instituto Nacional de Salud Pública; 2012 (2014 julio 21). Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Encuesta nacional (Internet). Instituto Nacional de Salud Pública; 2006 (2014 Julio 21). Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso (Internet). Organización Mundial de la Salud; 2012 mayo (2014 Septiembre 8). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
5. Secretaría de Salud. Intervenciones de Prevención y Promoción de la Salud para el Sobrepeso y Obesidad (Internet). Secretaría de Salud; (2014 Septiembre 8). Recuperado de: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/transparencia/archivos_pdf/Intervencion_PP_SO.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). ¿Cuántos son como tú? (Internet). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2010 (2014 Julio 2014). Recuperado de: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/pue/poblacion/comotu.aspx?tema=me&e=21>
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por Entidad Federativa. Puebla (Internet). Instituto Nacional de Salud Pública; 2012 (2014 julio 21). Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/Puebla-OCT.pdf>
8. Azcona C, Romero A, Bastero P, Santamaría E. Obesidad Infantil. Rev Esp Obes. 2005; 3 (1):26-39.
9. Aponte K. Diseño de un curso en línea acerca de la obesidad infantil dirigido a los padres, representantes y maestros de 4to, 5to y 6to grado de educación primaria (Tesis). (Venezuela): Universidad José Antonio Páez; 213. 138 p.
10. Pender JN, Murdaugh LC, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4a ed.E.U.A.: Prentice Hall, 2002, 384 p.
11. Villagrán S, Rodríguez A, Novalbos JP, Martínez JM, Lechuga JL. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. Nutr Hosp. 2010; 25 (5):823-831.
12. Ponce G, Sotomayor SM, Salazar T, Bernal ML. Estilos de vida en escolares con sobrepeso y obesidad en una escuela primaria de México D.F. Rev Enf Univ. 2010; 7 (4): 21-28.
13. Pajuelo J, Miranda M, Campos M, Sánchez J. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años en Perú 2007-2010. RevPeruMedExp Salud Publica. 2011; 28(2): 222-227.
14. Villanueva D, Hernández RJ, Salinas AM, Mathiew A, Sánchez M. Prevalencia de obesidad infantil en niños entre 6 y 14 años de edad en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS. Pediatr Mex. 2011; 13 (4): 151-154.



CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA EN LA LITERATURA ACTUAL

QUALITY OF WORKING LIFE IN THE NURSING STAFF: A REVIEW SYSTEMATIC IN THE CURRENT LITERATURA

Recibido septiembre 2015
Aceptado enero 2016
Publicado noviembre 2016

Correspondencia:

Calle Salecianos # 133, Fraccionamiento Villas del Padre, Zacatecas, Zacatecas, México,
Teléfono 4921037789
lily.62@live.com.mx.

Autores:

Lilia Rodarte Cuevas

Alumna de la Maestría en Ciencias Biomédicas en la Universidad Autónoma de Zacatecas. Enfermera, Especialista en Enfermería Pediátrica y Administración y Docencia en Enfermería

Roxana Araujo Espino

Master en Enfermería. Doctora en Ciencias en Enfermería. Docente de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México

Perla María Trejo Ortiz

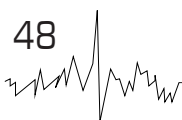
Master en Enfermería. Doctora en Ciencias. Doctora en Ciencias en Enfermería. Docente de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México

José González Tovar

Doctor en Ciencias. Docente de la Universidad Autónoma de Coahuila, México

Palabras clave: calidad de vida, trabajo, enfermería

Key words: quality of life, job, nursing



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar publicaciones nacionales e internacionales sobre el estado del arte de la calidad de vida laboral en personal de enfermería. Se realizó una revisión sistemática, en las bases de datos EBSCO, Scielo, PubMed y Redalyc, para identificar artículos publicados entre Enero del 2009 y Mayo de 2014. La muestra final quedó conformada por 21 artículos, la mayoría de los estudios fueron realizados en Brasil y Colombia, el mayor número de artículos se publicaron en el periodo de 2009-2011. Las publicaciones seleccionadas abordaron diferentes aspectos de la calidad de vida laboral como fueron: percepción o significado de la calidad de la vida profesional, condiciones laborales de las enfermeras, factores psicosociales asociados e impacto de la calidad de vida laboral en la percepción de la calidad de la atención.

Palabras clave: calidad de vida, trabajo, enfermería.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze national and international publications on the State of the art of the quality of working life in nurses. He was a systematic review, EBSCO, PubMed and Scielo and Redalyc, databases to identify articles published between January 2009 and may 2014. The final sample consisted of 21 items, most of the studies were performed in Brazil and Colombia, the largest number of articles were published in the period 2009-2011. Selected publications addressed different aspects of the quality of working life as they were: perception or meaning of the quality of professional life, working conditions of nurses, associated psychosocial factors and impact of the quality of working life in the perception of the quality of care.

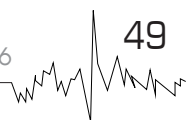
Keywords: quality of life, job, nursing.

INTRODUCCIÓN

A lo largo y ancho del mundo para todo ser humano el trabajo y la familia son las principales preocupaciones, aunque no fue siempre así. Antes, a los hombres les preocupaba el trabajo y a las mujeres la familia, pero hoy, son muchas las mujeres que realizan un trabajo remunerado, llegando a integrar casi la mitad de la mano de obra a nivel mundial.

Respecto al profesional de enfermería, estos representan el 70% de la mano de obra de cualquier institución de salud, sea del orden público o privado, siendo en su mayoría mujeres y son los encargados de otorgar cuidados tendientes a la prevención, educación para la salud, curación y rehabilitación de la población en general, con un sentido ético, humanístico, con alta calidad y calidez en sus cuidados; sin embargo, y gracias al incremento de enfermedades crónico-degenerativas y la escasez de personal, las cargas de trabajo dentro de las instituciones de salud han aumentado. Lo anterior, aunado al ausentismo laboral, los bajos sueldos, la multiplicidad de empleos y la competitividad empresarial provocan altos índices de estrés, insatisfacción laboral, menor rendimiento y frustración personal, lo que deteriora la salud física y psíquica creando un importante desequilibrio en la combinación de trabajo y familia, lo que sin lugar a duda deteriora la calidad de vida profesional⁽¹⁾.

Para las instituciones de salud es de gran importancia reconocer los factores que inciden en la calidad de vida laboral ya que el trabajo es una actividad humana individual y colectiva que requiere de esfuerzos, aptitudes y tiempo donde los individuos llevan a cabo a cambio de compensaciones económicas y materiales, pero también psicológicas y sociales que contribuyen a sus necesidades⁽²⁾.



Por lo anteriormente descrito la presente revisión tiene como objetivo analizar publicaciones nacionales e internacionales sobre el estado del arte de la calidad de vida laboral en personal de enfermería.

MATERIAL Y METODOS

Para llevar a cabo la revisión sistemática de las publicaciones, se estableció un plan de trabajo de acuerdo con lo sugerido por la literatura ⁽³⁾: 1) El propósito de la investigación se instauró con la revisión de diferentes publicaciones, para lograr un conocimiento amplio sobre el tema ; 2) Se determinaron los criterios de inclusión y exclusión de las distintas publicaciones para llevar a cabo la búsqueda; 3) Se delimitó toda la pesquisa de utilidad de las publicaciones para elegir los artículos de interés para el tema; 4) Se examinaron los artículos; 5) Se llevó a cabo el razonamiento, discusión y conclusión de los descubrimientos, y 6) Se dieron a conocer los resultados.

Las publicaciones que se tomaron en cuenta fueron llevadas a cabo por expertos de distintas disciplinas del área de la salud y las ciencias sociales de diferentes países. Para realizar la búsqueda se procedió a investigar en las bases de datos, EBSCO, Scielo, PubMed y Redalyc, de manera adicional se acudió al buscador web Google Académico para encontrar artículos que no aparecieron en texto completo en las bases de datos. Se emplearon operadores booleanos dentro de los campos de título y resumen: Calidad de vida OR calidad de vida laboral OR profesional de enfermería OR percepción de la calidad de vida OR turnos nocturnos, al final de las pesquisas se identificaron 63 artículos y se comenzó la lectura de los títulos y resúmenes.

El criterio de inclusión para las indagaciones se delimitó a los artículos divulgados entre el mes de Enero de 2009 a Mayo de 2014, esto porque el estudio del tema de interés es muy amplio

dentro del área de las ciencias sociales. Se eligieron artículos en inglés, español y portugués que estuvieran en texto completo y que incluyeran las variables de estudio. Se eliminaron artículos que se enfocaran al estudio de la satisfacción laboral y estrés en el trabajo, variables que comúnmente son confundidas con la calidad de vida laboral.

Debido a que el objetivo de la revisión fue conocer el estado del arte, se incluyeron artículos que correspondieran a los consiguientes niveles de investigación: I (estudios descriptivos, transversales, comparativos), II (no experimentales), III (exploratorio, diseño mixto quan-cual), IV (observacional e inferencial), V (cuantitativo-correlacional), VI (Cohorte, prospectivo), VII (epidemiológico, transversal).

Después de leer los títulos y resúmenes se tomaron en cuenta 32 artículos para llevar a cabo el análisis crítico de los mismos, buscando resultados que demostraran la relación entre la calidad de vida laboral y sus diferentes componentes y buscando la coherencia entre el propósito del estudio, el diseño, la metodología y los resultados. Para llevar a cabo el análisis se emplearon la lectura crítica y el subrayado. Posteriormente al análisis se eliminaron 11 artículos ya que no cumplieron con los criterios de interés para el estudio, quedando solamente 21 artículos que cumplieron con los requisitos establecidos presentando los resultados a continuación.

RESULTADOS

Se encontró que en una mayor proporción los estudios se realizaron en países como Brasil (19.0%) y Colombia (14.2%). En relación a las fechas de publicación, once (52.8%) artículos fueron publicados en el periodo 2009-2011, frente a diez (47.6%) publicados en el periodo 2012-2014, con un nivel de evidencia IV para estudios no experimentales y descriptivos-correlacionales y un factor de impacto de 0.03 a 1.8.



En cuanto a la población de estudio la mayor proporción de las investigaciones se realizaron en mujeres profesionales de enfermería con una edad promedio entre 30 y 40 años y un grupo menor de estudios fueron realizados en personal de salud en general.

Las publicaciones abordaron diferentes componentes de la calidad de vida laboral por lo que se agruparon en los siguientes apartados: percepción o significado de la calidad de la vida profesional, condiciones laborales de las enfermeras, factores psicosociales asociados e impacto de la calidad de vida laboral en la percepción de la calidad de la atención.

En cuanto a la percepción o significado de la calidad de vida profesional, las investigaciones difieren en sus resultados. Por un lado se encuentran aquellos estudios en los que se señala que el profesional de enfermería percibe como mala su calidad de vida, con porcentajes que varían de un 70% a un 80%, de la misma manera relacionan la mala calidad de vida laboral con el aspecto económico, la falta de recursos humanos y materiales y los horarios de trabajo⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Por el otro, se encontraron estudios donde se evidencia que la mayoría de la población de interés percibe como buena su calidad de vida (89- 91%)⁽⁶⁾. Es de resaltar que éste último grupo de investigaciones han sido realizados en países como México y Argentina.

Referente a las condiciones laborales del profesional de enfermería las publicaciones muestran que este aspecto de la calidad de vida laboral es deficiente con una media de 6, en situaciones como la retribución económica, la falta del recurso humano y material, infraestructura física, alta carga laboral y la calidad del trabajo físico, es importante tomar en cuenta que estos estudios se realizaron tanto en países de Asia como de Latinoamérica⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

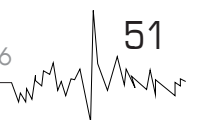
Los factores psicosociales asociados a la calidad de vida profesional fueron estudiados nuevamente

en países de Asia y Latinoamérica, específicamente Brasil, Colombia y China donde las publicaciones difieren entre sí, unos muestran que la calidad de vida laboral es mala en el ámbito social con un 40-50% y con el estrato socioeconómico donde en el nivel 1 manifiestan nada de calidad de vida laboral en un 100%, sin embargo otras reportan que la calidad de vida es bastante en un 55% y la relación positiva de la misma con aspectos como el arraigo laboral y el afectivo⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾.

Por último el impacto de la calidad de vida laboral en la percepción de la calidad de la atención fue estudiado en países de América del Norte, donde las publicaciones reportan que las cargas de trabajo, la fatiga, el estrés, el turno laboral, el número de pacientes asignados, el entorno físico, el equilibrio entre el trabajo y el ocio, la seguridad en el empleo y el tiempo para su atención personal impactan su calidad de vida laboral, sin embargo se muestran altamente satisfechos con la atención que proporcionan al cliente⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de la presente revisión muestran que la calidad de vida laboral del profesional de enfermería se percibe desde distintos puntos de vista, por una parte los estudios reportan buena calidad de vida profesional sin embargo otros reportan como mala la misma, esto puede deberse al tipo de institución donde laboran ya que existe evidencia de que por ejemplo en México el Instituto Mexicano del Seguro Social con sus políticas institucionales brinda condiciones laborales que permiten al trabajador se muestre satisfecho sobre todo en el aspecto económico, sin embargo existen instituciones de salud que no proporcionan las mismas condiciones, es por eso que las publicaciones analizadas muestran esa dualidad de la calidad de vida laboral del profesional de enfermería, también es importante destacar otros aspectos y que también han sido estudiados,



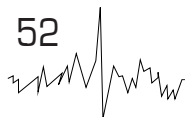
estos son los que se relacionan con las condiciones laborales y psicosociales del profesional de enfermería donde el ámbito social, el estrato socioeconómico, las condiciones del trabajo, los bajos salarios y la alta carga laboral impactan de manera importante en la calidad de vida laboral.

Esto puede deberse en gran medida a la infraestructura física y organizacional de las instituciones donde laboran, ya que el modelo neoliberal que ha alcanzado a distintos países sobre todo a los llamados subdesarrollados no permite mejorar las condiciones y prestaciones laborales que permitan el crecimiento personal, profesional y laboral que triaga como consecuencia esa calidad de vida laboral que impacte de manera importante en la calidad de la atención del usuario, es importante señalar que las publicaciones que estudiaron ese aspecto muestra que no importa que el profesional no cuente con las mejores condiciones para realizar su trabajo, aun así se muestran altamente satisfechos con la atención que proporcionan al cliente.

CUADROS

I.- Características de los artículos seleccionados

AUTOR Y AÑO	PAÍS	NIVEL DE EVIDENCIA**	DISEÑO	MUESTREO	NOMBRE DE LA REVISTA	FACTOR DE IMPACTO *
Cruz, Avalos, Heras, Catiz y Morales (2009)	México	IV	Observacional, descriptivo e inferencial	No probabilístico	Calidad de atención de la Secretaría de Salud México.	
Gurses, Carayon y Wall (2009)	E.U.A	IV	Transversal y correlacional		HSR: Health Services Research	1.77
Sosa, Cheverría y Rodríguez (2010)	México	IV	Descriptivo y transversal	Probabilístico estratificado	Revista de Enfermería Inst Mex Seguro Social	0.15
Cogollo y Gómez (2010)	Colombia	IV	Descriptivo	Probabilístico aleatorio simple y estratificado	Avances en enfermería	0.45
Tanaka, Maruyama, Ooshima e Ito (2010)	Japón	S/N			Journal of Clinical Nursing	0.03
Burston y Stichler (2010)	USA	IV	Correlacional		Journal of Advanced Nursing	0.07
Álvarez, Cortez y Salina (2011)	Argentina	IV	Descriptivo, transversal y comparativo		U.N.C. Libraries Common On Line Public Access Catalog Faculty of Medicine Journal	S/FI
Cañón y Galeano (2011)	Colombia	IV	Transversal			0.04
Cervantes, Blanch y Hermoso (2011)	España	IV	Transversal en tres estudios independientes	Aleatorio y estratificado y no probabilístico	Revista Española de Salud Pública	0.78
Hanzelkova, García, Pomares, Pardo y del Monte (2011)	España	IV	Descriptivo Transversal	Probabilístico	Enfermería Global	0.18
Monteiro y Lourençon (2011)	Brasil	IV	Epidemiológico, transversal		Revista Latino-Americana de Enfermagem	0.11
Lee, Dai, Park y McCreary (2012)	Taiwan	IV	Descriptivo, transversal	Intencional	Journal of Nursing Scholarship	0.42
Zhao, Sun, Cao, Li, Duan, et.al (2012)	China	IV	Transversal y modelos de ecuaciones estructurales		Journal of Clinical Nursing	0.03
Almalki, FitzGerald y Clark (2012)	Arabia Saudita	IV	Descriptivo, transversal	Por conveniencia	Human Resources for Health	0.76
Corrêa y Pamplona (2012)	Brasil	IV	Descriptivo de abordaje cualitativo	Intencional	Acta Paulista de Enfermagem	0.06



AUTOR Y AÑO	PAÍS	NIVEL DE EVIDENCIA**	DISEÑO	MUESTREO	NOMBRE DE LA REVISTA	FACTOR DE IMPACTO *
Rodríguez y Spadoti (2012)	Brasil	IV	Cuantitativa, descriptiva, transversal y correlacional		Acta Paulista de Enfergamen	0.06
Albanesi (2013)	Argentina	IV	Exploratorio, transversal y no experimental	No probabilístico	Alternativas en Psicología	0.29
Delgado, Aguilera, Delgado, Cano y Ramírez (2013)	Chile	IV	Transversal y analítico	Conveniencia	Ciencia y trabajo	0.27
Restrepo, López y Gutiérrez (2013)	Colombia	IV	Exploratorio, diseño mixto	Criterios de variedad, relevancia significativa	Lecturas de Economía Universidad de Antioquia	0.04
Teles, Barbosa, Vargas, Gomes, Ferreira, et. al (2014)	Brasil	IV	Transversal	Conveniencia	Bio Med Central The Open Access Publisher	0.29
Battu y Chakravarthy (2014)	India	IV	Descriptivo	Aleatorio, estratificado	International Journal of Business and Administration	1.8

* De acuerdo con el Journal Citation Reports 2010 ** De acuerdo con la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud (AHRQ)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Duran MM. Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*. 2010 1(1): 71-84. Costa Rica.
- Albanesi S., Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas de Psicología*. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVII. Número 28. Febrero-Julio 2013. Argentina.
- Mendes KD, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17 (4): 758. Brasil.
- Álvarez N., Cortez ME., Salina A., Calidad de vida profesional de la enfermeras. Tesis. U.N.C. Libraries, 2012, Argentina.
- Cruz R., Avalos AG., Heras A., Caliz AP., Santos J. Calidad de vida profesional, su compromiso con la calidad de los trabajadores de la salud y el impacto en la acreditación. *Avances No. 28 Volumen 9*, 2009. México.
- Sosa OR, Cheverría S., Rodríguez ME. Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2010; 18 (3): 153-158, México.
- Delgado D., Aguilera MA., Delgado F., Cano I. y Ramírez O., Calidad de Vida en el Trabajo y Condiciones de Trabajo en Auxiliares de Esterilización. *Cienc Trab, Sep-Dic*; 15 (48): 148-151, 2013, Chile.
- Almalki MJ., FitzGerald G., Clark M., Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Almalki et al. Human Resources for Health* 2012, 10:30. Arabia Saudita.
- Battu N., Chakravarthy GK., Quality of work life of nurses and paramedical staff in hospitals. *International Journal of Business and Administration Research Review*, Vol.2, Issue.4, Jan-March, 2014. India.
- Lourençon CF., Monteiro MI., Condiciones de vida y trabajo de los profesionales en un Servicio de Atención Móvil de Urgencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(4); 07 jul-ago, 2011. Brasil.
- Restrepo F., López AM., Gutiérrez LM., La calidad de vida laboral del personal de salud del Uraba antioqueño. *Lecturas de Economía Universidad de Antioquia*. Colombia.
- Lee YW., Dai YT., Park CHG., McCreary LL., Predicting Quality of Work Life on Nurses., Intention to Leave. *Journal of Nursing Scholarship*, 2013; 45:2, 160fi168. Taiwan.
- Rodríguez D., Spadoti RA., Quality of Work Life and Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nursing Professionals. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):701-7. Brasil.
- Cañón SC., Galeano G., Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de ASS-BASALUD E. S.E. *Archivos de Medicina Volumen 11 N° 2- Julio-Diciembre de 2011*. Colombia.
- Cogollo Z. y Gómez E., Condiciones Laborales en Enfermeras. *av.enferm.*, XXVIII (1): 31-38, 2010, Colombia.
- Corrêa D., Pamplona VL., Quality of work life of nurses in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2): 277-83. Brasil.
- Zhao XG., Sun T., Cao QR., Li C., Duan XJ., et al. The impact of quality of work life on job embeddedness and affective commitment and their co-effect on turnover intention of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 780fi788, 2012. China
- Teles MA., Barbosa MR., Vargas AM., Gomes VE., Ferreira E., et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014, 12:72. Brasil.
- Burtson PL., & Stichler JF., Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factor. *Journal of Advanced Nursing* 66(8), 1819fi1831. USA.
- Gurses AP., Carayon P., Wall M., Impact of Performance Obstacles on Intensive Care Nurses., Workload, Perceived Quality and Safety of Care and Quality of Working Life. *HSR: Health Services Research* 44:2, Part I (April 2009). USA.
- Tanaka S., Maruyama Y., Ooshima S., Ito H., Working condition of nurses in Japan: awareness of work/life balance among nursing personnel at a university hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 12fi22, 2010. Japón.
- Cervantes G., Blanch JM., Hermoso D., Calidad de vida laboral en centros asistenciales de salud catalanes. *Arch Prev Riesgos Labor* 2011; 14 (1): 13-19. España.
- Hanzelkova A., García MV., Pomares M., Pardo MJ., Del Monte J., La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enfermería Global Revista Electrónica Trimestral de Enfermería* N° 24 Octubre 2011. España.