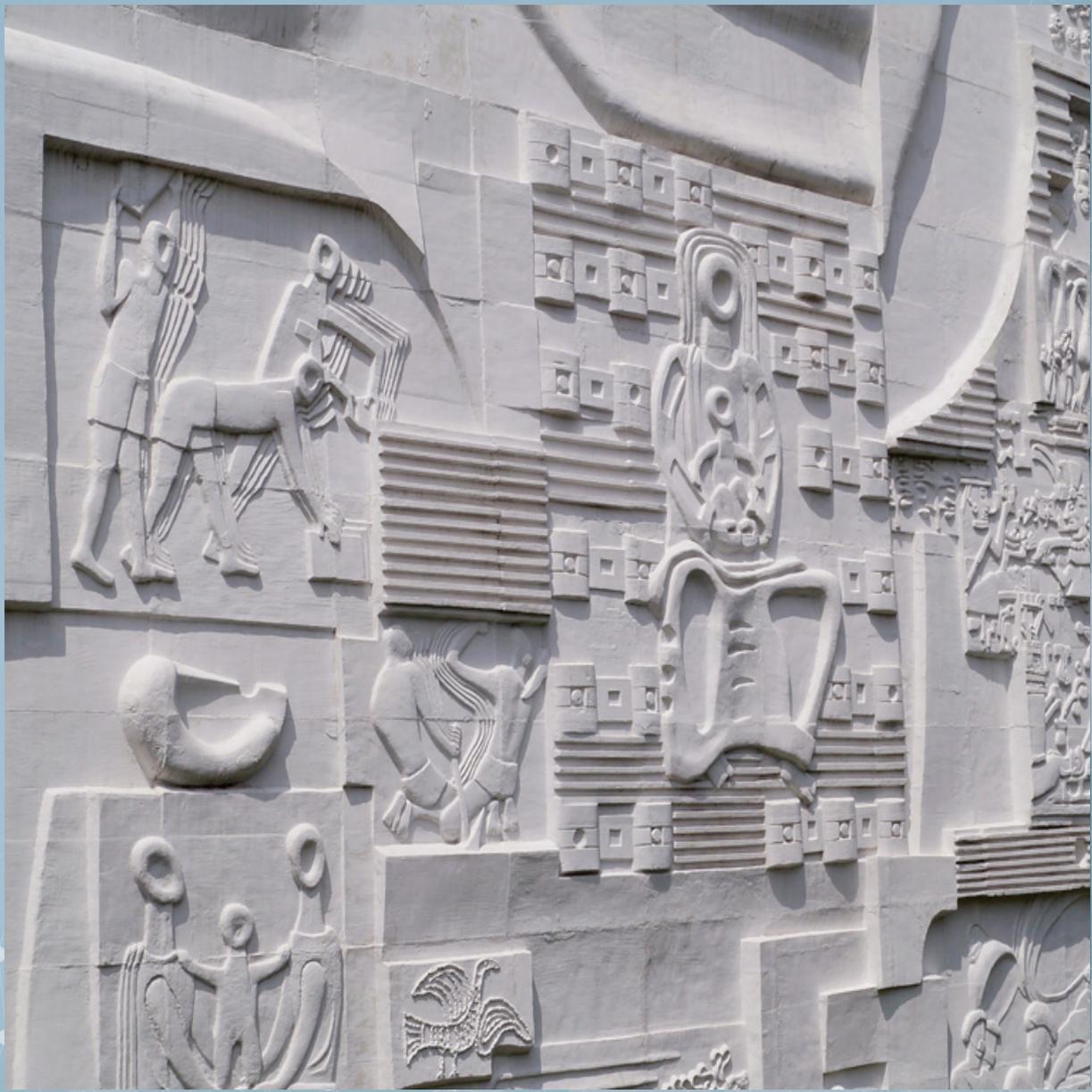


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



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

enero - abril 2018

Vol. 17 **N.1**

Revista de Enfermería Neurológica

| | |
|-------------------------------------|--|
| Presidente emérito | Dr. Julio Sotelo Morales |
| Fundadora de la revista | Lic. Hortensia Loza Vidal |
| Directora Ejecutiva | Mtra. E. Patricia Zamora Ruiz |
| Editora | Mtra. Gloria Ortiz López |
| Editores asociados | Dr. Miguel Ángel Celis López |
| Consejo editorial | Dr. Adolfo Leyva Rendón Dr. Pablo León Ortiz Dra. Ma. Lucinda Aguirre Cruz |
| Tecnología de la información | MTI. Manuel Iván Castro Méndez |
| Traductores | Jose David López García Alejandro Belmont Molina |
| Asesor externo | Lic. Lizeth Pliego Delgado |
| Diseño y formación editorial | Ana Esther Moreno Esparza |

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Revista de Enfermería Neurológica (México) 2018

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. Angelica 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.revenferneurolenlinea.org.mx/>. De otra forma requiere permiso previo por escrito de la institución. coord.invenf@innn.edu.mx; revenf.neurol@gmail.com

Diseñada en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez en la Coordinación de Investigación en Enfermería
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
MEE. Ma. Guadalupe Nava Galán
M. en C. Belinda de la Peña León

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

Contents Contenido

ORIGINAL ARTICLE
ARTÍCULO ORIGINAL

Space concepts and notions of reading-writing in preschoolers with soft neurological signs

Conceptos espaciales y nociones de lecto-escritura en preescolares con signos neurológicos blandos

Dora E. Granados-Ramos, Laura L. Castañeda-Landa, Ángel O. Romero-Molina

3-9

Nursing knowledge related with maternal satisfaction about kangaroo program

Conocimientos de enfermería y su relación con la satisfacción materna de un programa canguro

Josefina Gallegos-Martínez, Ethel M. Corpus-Ramírez, Jaime Reyes-Hernández, Leite A. Morales, María I. Moreno-Cárdenas, Scochi C. Gracinda-Silvan

11-17

Family factors related to social skills in teenagers of a educational institution in Lima

Factores familiares relacionados con habilidades sociales en adolescentes de una institución educativa estatal en Lima

Luz Fernández-Henriquez, Lasty Balseiro-Almario, Gloria Manrique-Borjas, Florencia Peña-Pastor, Flor Zorozabal-De la Cruz, Jessica Díaz-Godiño, Patricia Alfaro-Flores

19-27

Level of adherence to the patient identification process

Nivel de apego al proceso de identificación del paciente

Marcio Jiménez-Gutiérrez, Fabiola Rayón-Leyva, Viridiana Rojas-Manzano, Sonia González-González

29-34

Degrees of resilience that older adults perceive while staying at a mexican hospital

Grados de resiliencia que perciben adultos mayores durante su estancia en un hospital mexicano

María A. García-Jiménez, Luis F. Rivero-Rodríguez, Araceli Monroy-Rojas, María E. Contreras-Garfias, Martín Pantoja-Herrera, María G. Pérez-Hernández

35-42

Instituto Nacional de Neurología y | Revista de
Neurocirugía Manuel Velasco Suárez | Enfermería Neurológica





Space concepts and notions of reading-writing in preschoolers with soft neurological signs

Conceptos espaciales y nociones de lecto-escritura en preescolares con signos neurológicos blandos

Dora E. Granados-Ramos,^{1*} Laura L. Castañeda-Landa,¹ Ángel O. Romero-Molina.¹

Abstract

The acquisition of cognitive processes in the first years of life shows a close relationship with the development of motor skills. In the preschool stage, the development of concepts and the notions of school learning such as reading-writing allow to know the cognitive processes of children. A descriptive, observational, cross-sectional research was carried out with 30 preschool children (15 girls and 15 boys) from the city of Xalapa, Veracruz. The spatial concepts and notions of reading-writing. The risk factors and soft neurological signs were documented. The objective was to analyze the development of spatial concepts and the notions of reading-writing in preschool children in the presence or absence of soft neurological signs. Were found negative associations between neurological soft signs and notions of reading-writing, as well a positive association between verbal IQ and reading-writing. The evaluation of the cognitive processes of preschool children and soft neurological signs will favour the implementation of adaptations in teaching methods for cases with clinical indicators of sensory alterations or motor and poor performance in language, spatial concepts and notions of reading-writing.

Keywords: spatial concepts, reading-writing, soft neurological signs, preschoolers.

Citación: Granados-Ramos D. E., Castañeda-Landa L.L.y Romero Molina A.O. "Conceptos espaciales y nociones de lecto-escritura en pre-escolares con signos neuropsicológicos blandos". Revista de Enfermería Neurológica. 2018;17(1): pp. 3-9.

*Correspondencia: dgranados@uv.mx

¹ Facultad de Psicología-Xalapa, Universidad Veracruzana, México.

Recibido: 4 de junio de 2017.

Aceptado: 16 de abril de 2018.



Resumen

La adquisición de los procesos cognoscitivos en los primeros años de vida muestra una relación estrecha con el desarrollo de habilidades motoras. En la etapa preescolar, el desarrollo de conceptos y las nociones de aprendizajes escolares como la lecto-escritura permiten conocer los procesos cognoscitivos de los niños. Se realizó una investigación descriptiva, observacional, transversal, con 30 niños preescolares (15 niñas y 15 niños) de la ciudad de Xalapa, Veracruz. Se evaluaron los conceptos espaciales y las nociones de lecto-escritura. Se documentaron los factores de riesgo y signos neurológicos blandos. Se encontraron asociaciones negativas entre los signos neurológicos blandos y las nociones de lecto-escritura, así como asociación positiva entre inteligencia verbal y la lecto-escritura. La evaluación de los procesos cognoscitivos de los niños preescolares y los signos neurológicos blandos favorecerá la implementación de adaptaciones en los métodos de enseñanza para los casos con indicadores clínicos de alteraciones sensoriales o motoras y desempeños deficientes en el lenguaje, conceptos espaciales y nociones de lecto-escritura.

Palabras clave: conceptos espaciales, lecto-escritura, signos neurológicos blandos, preescolares.

Introducción

La adquisición de conceptos en las etapas tempranas se logra a partir de las interacciones del niño con los objetos de su entorno; en un principio, construye los preconceptos al categorizar las cosas por la función que cumplen. Después, las denomina con una palabra aprendida en la comunidad donde se desarrolla, para finalmente generalizarla.¹⁻²

La expresión de conceptos mediante el lenguaje oral constituye la base de aprendizajes escolares como la lecto-escritura, por lo que, en la etapa preescolar se favorece el dominio del lenguaje a partir de las conversaciones diarias, de las denominaciones de objetos o imágenes con sus nombres y características. Asimismo, en esta etapa, deben dirigirse las actividades de enseñanza a

la facilitación de la fluidez verbal, la memoria y la atención, que se constituyen como precursores básicos de la lecto-escritura.³

En el estudio del desarrollo infantil se ha mostrado la importancia tanto de la estimulación de los procesos cognoscitivos como de la detección temprana de signos neurológicos blandos que indiquen disfunciones mínimas del sistema nervioso central,^{4,5} o retardo en la maduración cerebral,⁶ ya que se ha descrito su valor en la predicción de trastornos de aprendizaje y atención,⁷ trastornos específicos del lenguaje y dificultades en las coordinaciones motoras.⁸

El desarrollo de conceptos espaciales en los niños ha sido de interés para diversos investigadores, debido a que permiten conocer e identificar

alteraciones en el desarrollo del lenguaje verbal o matemático, el aprendizaje de la lecto-escritura, las habilidades motrices y psicosociales.^{9,10}

En México las estadísticas del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA) señalan que 42% de los estudiantes de educación básica se encuentran en los dos niveles más bajos de lectura.¹¹ Debido a que se ha demostrado que la adquisición de conceptos es la base del desarrollo del lenguaje, es relevante analizarlos en la etapa preescolar con el objeto de prevenir o aminorar dichas secuelas del desarrollo en etapas posteriores.

Por lo anterior, planteamos la hipótesis de que los niños preescolares con niveles silábico-alfabético o alfabético en la lecto-escritura mostrarán menos signos neurológicos blandos y más conceptos espaciales mientras que los niños con niveles simbólico y silábico mostrarán más signos neurológicos blandos y menos conceptos espaciales.

Es preponderante estudiar el desarrollo en etapas tempranas en niños con antecedentes de encefalopatía perinatal,¹⁰ nos propusimos como objetivo, analizar el desarrollo de conceptos espaciales y las nociones de lecto-escritura en niños preescolares ante la presencia o ausencia de signos neurológicos blandos.

Material y métodos

Se realizó una investigación descriptiva, observacional, transversal con 81 niños preescolares en el Laboratorio de Psicobiología-Universidad Veracruzana (México). Se seleccionaron 30 niños (15 niñas y 15 niños) con evaluaciones completas y lateralidad diestra, con edad promedio de 5 años 7 meses (DE=4.7). Se documentaron los factores de riesgo mediante una historia clínica.

Los signos neurológicos blandos¹² se calificaron como: esperados (0-3), leves (4-7), moderados (8-14) y severos (15-36).

Se evaluaron ocho pares de conceptos espaciales: *grande-chico*, *abierto-cerrado*, *largo-corto*, *delgado-grueso*, *alto-bajo*, *arriba-abajo*, *dentro-fuera* y *debajo-sobre*, considerándose 3 ó 4 respuestas correctas de 4 presentaciones.^{13,14} La lecto-escritura se evaluó con la Prueba Monterrey, que identifica niveles de conceptualización. Se registró la escritura y lectura de cinco palabras. Se clasificaron las respuestas como: figural, simbólica, silábica, silábico-alfabética y alfabética.¹⁵ Las evaluaciones de signos neurológicos, conceptos espaciales y Prueba Monterrey son de tipo descriptivo y no cuentan con datos de confiabilidad.

El coeficiente de inteligencia verbal se evaluó con la Escala de Inteligencia para Niveles Preescolar y Primario que mide la capacidad cognoscitiva; tiene coeficiente de confiabilidad *test-retest* $r=.94$. Se clasificaron los puntajes como: Muy superior (>130), superior (120-129), promedio alto (110-119), promedio (90-109), promedio bajo (80-89), límite (70-79) y muy bajo (<69).¹⁶

Las evaluaciones se realizaron de manera individual, en dos sesiones de 60 minutos en promedio, en un cubículo libre de estímulos distractores y con iluminación adecuada.

Se obtuvieron los valores descriptivos de las variables y se graficaron los resultados. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para identificar asociaciones entre las variables con el *software* estadístico SPSS (IBM-SPSS, versión 22). Se consideraron los principios de la Declaración de Helsinki.¹⁷ 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.

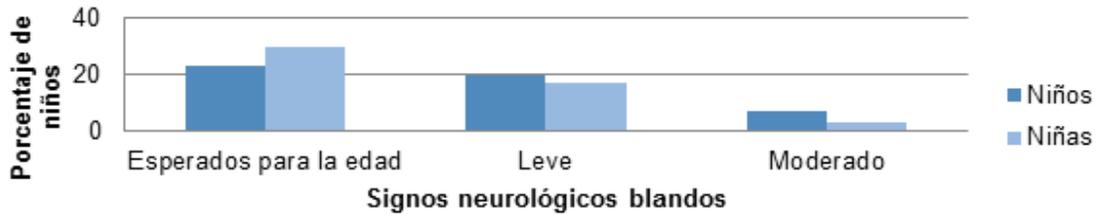
Resultados

En los antecedentes perinatales encontramos que 53% de los niños evaluados presentó factores de riesgo perinatal medio y 47% alto. En los signos neurológicos blandos observados en la etapa pre-escolar, 53% estuvo dentro de lo esperado para la edad, 37% en el nivel leve y 10% en moderado (gráfica 1).

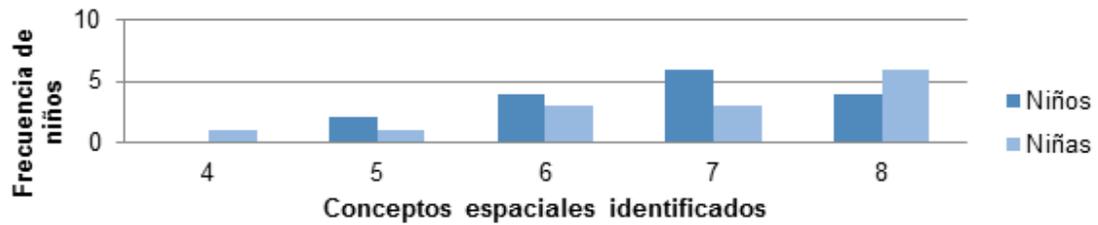
En los conceptos espaciales, el menor número de conceptos identificados por los niños fue 4 y el mayor 8. El total de conceptos lo identificó 20% de las niñas y 13% de los niños (gráfica 2).

La distribución de los casos por niveles de lecto-escritura y sexo mostró mayor porcentaje en los niveles simbólico y silábico. En el nivel simbólico, 23% correspondió a los niños y 20% a las niñas; en el nivel silábico, 23% correspondió a las niñas y 18% a los niños (gráfica 3).

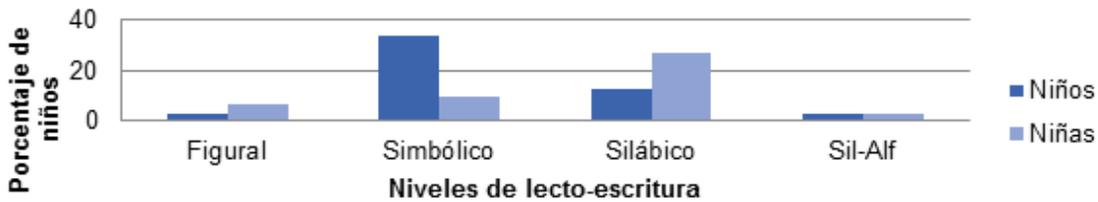
Gráfica 1. Clasificación de signos neurológicos blandos por sexo



Gráfica 2. Conceptos espaciales identificados por sexo



Gráfica 3: Clasificación lecto-escritura por sexo



En el coeficiente intelectual verbal, el mayor porcentaje se observó en los puntajes promedio con 38% de las niñas y 30% de los niños. En los puntajes muy bajos, encontramos 7% de niños y en el superior 3% de niñas.

En la comparación de las variables de conceptos espaciales y lecto-escritura por sexo, no se encontraron diferencias significativas, ni al comparar los conceptos espaciales con los signos neurológicos blandos. Por otro lado, al comparar los niveles de lecto-escritura con los signos neurológicos blandos, se encontró una asociación negativa ($Rho = -.467$, $p = 0.009$), debido a que, a mayor número de signos neurológicos blandos presentados, fue menor el nivel de lecto-escritura.

Al comparar los puntajes de la escala de inteligencia verbal con los conceptos espaciales, no se encontraron asociaciones significativas; no obstante, al compararlo con los signos neurológicos blandos, se encontró una asociación negativa ($Rho = -.437$, $p = 0.016$), lo que indica que a mayor número de signos neurológicos blandos fue menor el puntaje en la escala de inteligencia verbal.

De la misma forma, al comparar los puntajes de la escala de inteligencia verbal con los niveles de lecto-escritura, se encontró una asociación positiva ($Rho = .513$, $p = 0.004$), esto indica que, a mayor puntaje en la escala de inteligencia verbal, mayor el nivel de lecto-escritura.

Discusión

Las respuestas verbales y motoras de los niños, ante los objetos de conocimiento de cada una de las evaluaciones, nos permitieron cumplir con el objetivo planteado de analizar el desarrollo de conceptos espaciales y las nociones de lecto-escritura en niños preescolares ante la presencia o ausencia de signos neurológicos blandos.

Constatamos mediante la historia clínica que todos los niños presentaron factores de riesgo perinatal de severidad media a alta ante los que no se implementaron estrategias en etapas posteriores. Esto señala la urgencia de reforzar la detección de factores de riesgos biológicos y psicosociales tempranos, así como la implementación de programas de estimulación temprana. Aunque organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud¹⁸ y grupos nacionales de investigación han demostrado la relevancia de establecer un sistema de vigilancia de las etapas iniciales del desarrollo,¹⁹ aún se encuentran poblaciones de niños que no recibieron atención temprana.

A pesar, de que los factores de riesgo no se asociaron con los procesos evaluados, nos permiten explicar la presencia de signos neurológicos blandos en las etapas de educación básica. Por otra parte, las correlaciones observadas entre la lecto-escritura y los signos neurológicos blandos, permiten resaltar la importancia de que se evalúen ya que, como lo señalan Schonfeld, Shaffer y Barmack,⁴ la presencia de dichos signos se asocia con problemas de aprendizaje.

De este modo, observamos que los signos neurológicos blandos se asociaron con los niveles más bajos de lecto-escritura y con coeficientes de inteligencia verbal bajos. Coincidimos con Kaneko, et al.,⁸ quienes reportan la asociación de dichos indicadores clínicos con las dificultades en las etapas de educación básica.

Por lo anteriormente expuesto, comprobamos parcialmente nuestra hipótesis, debido a que no encontramos asociación entre el dominio de conceptos espaciales y las nociones de lecto-escritura, aunque, si encontramos asociación entre la presencia de signos neurológicos blandos y las nociones de lecto-escritura.

Además, confirmamos que el lenguaje y el pensamiento se desarrollan en paralelo ya que, se observó un nivel de desarrollo semejante en la expresión de conceptos espaciales y el lenguaje de los niños. Al respecto, Piaget¹ mencionó que, en las etapas iniciales del pensamiento, el pre-concepto se superpone a los esquemas iniciales de acción con los objetos por la participación del lenguaje.

Conclusión

Para los niños con puntajes bajos en los coeficientes de inteligencia verbal y presencia de signos neurológicos blandos, deberán implementarse estrategias y adaptaciones en los métodos de enseñanza que corrijan las dificultades observadas, debido a que las alteraciones en el lenguaje perturbarán el aprendizaje posterior de la lecto-escritura e incluso pueden instaurarse trastornos como la dislexia o la disgrafía. 

Referencias

1. **Piaget J.** La formación del símbolo en el niño. Imitación, juego y sueño. Imagen y representación. México, Fondo de Cultura Económica, 1961.
2. **Rakison DH.** Inductive categorization: a methodology to examine the basis for categorization and induction in infancy. *Cogn Brain Beh* 2007;11(4):773-90. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228482444_Inductive_categorization_A_methodology_to_examine_the_basis_for_categorization_and_induction_in_infancy
3. **Rosselli M, Matute E, Ardila A.** Predictores neuropsicológicos de la lectura en español. *Rev Neurol* 2006;42(4):202-10. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7257183_Neuropsychological_predictors_of_reading_ability_in_Spanish
4. **Schonfeld IS, Shaffer D, Barmack JE.** Neurological soft signs and school achievement: the mediating effects of sustained attention. *J Abnorm Child Psychol* 1989;17(6):575-96. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/225851104_Neurological_soft_signs_and_school_achievement_The_mediating_effects_of_sustained_attention
5. **Fellick JM, Thomson APJ, Sills J, Hart CA.** Neurological soft signs in mainstream pupils. *Arch Dis Child* 2001;85(5):371-4.
6. **Spreen O, Risser AH, Edgell D.** Developmental neuropsychology. Oxford University. USA: Press, 1995.
7. **Uslu R, Kapçi EG, Öztop D.** Neurological soft signs in comorbid learning and attention deficit hyperactivity disorders. *Turk J Pediatr* 2007;49(3):263. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5855332_Neurological_soft_signs_in_comorbid_learning_and_attention_deficit_hyperactivity_disorders
8. **Kaneko M, Yamashita Y, Inomoto O, Iramina K.** Soft neurological signs in childhood by measurement of arm movements using acceleration and angular velocity sensors. *Sensors* 2015;15(10):25793-808. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/241627833_A_measurement_of_soft_neurological_signs_by_pronosupination_using_wireless_acceleration_and_angular_velocity_sensors
9. **Dasen P, Mishra R.** Development of geocentric spatial language and cognition: An eco-cultural perspective. *Cult Psychol* 2016;22(2):319-23. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303293048_Dasen_P_and_Mishra_R_Development_of_geocentric_spatial_language_and_cognition_An_eco-cultural_perspective
10. **Granados DE, Alcaraz VM.** Conceptos polares espaciales en casos con antecedentes de encefalopatía perinatal *REN* 2006;8(1):1-27. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28151520_Conceptos_polares_espaciales_en_casos_con_antecedentes_de_encefalopatia_perinatal

11. **OCDE.** Programa para la evaluación internacional de alumnos (PISA). PISA 2015 RESULTADOS. México, Nota país, 2016.
12. **Matute E, Rosselli M, Ardila A, Ostrosky-Solís F.** Evaluación neuropsicológica infantil (ENI): manual de aplicación. México, El Manual Moderno, 2007.
13. **Cravioto J, De Licarde E.** Influencia de la desnutrición sobre el desarrollo de conceptos bipolares en niños rurales. *Rev Argen Pediat* 1976;11(2):91-6.
14. **Granados D, Sánchez M, Mandujano M.** Manual de evaluación de conceptos polares en la etapa preescolar. México, UAM-X; 2003.
15. **Gómez-Palacio M, Guajardo E, Cárdenas M, Maldonado, H.** Prueba Monterrey. Para grupos integrados. México, SEP, 1983.
16. **Wechsler D.** WPPSI-Español. Escala de inteligencia para los niveles preescolar y primario. México, El Manual Moderno, 1981.
17. **World Medical Association.** Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 2013.
18. **Figueiras A, Neves I, Ríos V, Benguigui Y.** Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. OPS, 2011.
19. **Ávila A, Álvarez MA, Reidl L, López AM.** Vigilancia epidemiológica del neurodesarrollo infantil en comunidades marginales de México. Prueba de tamiz para evaluar el neurodesarrollo infantil. Cuernavaca, Morelos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2013.

Instituto Nacional de Neurología y | Revista de
Neurocirugía Manuel Velasco Suárez | Enfermería Neurológica





Nursing knowledge related with maternal satisfaction about kangaroo program

Conocimientos de enfermería y su relación con la satisfacción materna de un programa canguro

Josefina Gallegos-Martínez,^{1*} Ethel M. Corpus-Ramírez,¹ Jaime Reyes-Hernández,¹ Leite A. Morales,¹ María I. Moreno-Cárdenas,¹ Scochi C. Gracinda-Silvan.¹

Abstract

Background: The quality kangaroo mother program is an affordable low-cost strategy that helps to reducing the neonatal mortality rate of preterm infants by 2025.

Objective: Determine the relationship between nurses' knowledge and the satisfaction of users of a kangaroo mother program.

Material and methods: Correlational study in a Hospital / Maternity of San Luis Potosí in 2015. Thirty Kangaroo Mothers participated, to whom the Picker's Pediatric Acute Care User Satisfaction Questionnaire was applied (validated in the Latin American population) and 21 Nurses with the application of the PMC-Corpus Knowledge Questionnaire (cronbach 0.934). Descriptive and correlational analysis (r Pearson).

Results: Overall satisfaction of kangaroo mothers (87.7%), the best rating ($\geq 90\%$) was obtained in: physical comfort, care coordination, and staff accessibility. The lowest score was in continuity of care (74.3%) and permanence and visits (74.1%). Adequate knowledge of nurses about PMC (57.1%), this was correlated with maternal satisfaction ($r = 0.532$, $p \leq 0.05$).

Conclusions: The kangaroo mothers showed satisfaction with the program, except in continuity of care. The areas of opportunity are visualized in the preparation for hospital discharge with inclusion and training of parents and family, and nursing training in the program.

Keywords: kangaroo mother, premature, neonatal nursing, knowledge.

Citación: Gallegos-Martínez J., et al. "Conocimientos de enfermería y su relación con la satisfacción materna de un programa canguro". Revista de Enfermería Neurológica. 2018;17(1):pp. 11-17.

*Correspondencia: jgallego@uaslp.mx

¹ Facultad de Enfermería y Nutrición Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Recibido: 9 de febrero de 2018.

Aceptado: 30 de abril de 2018.



Resumen

Antecedentes: el programa madre canguro-PMC es una estrategia de bajo costo que contribuye a reducir la tasa de mortalidad neonatal de los nacidos prematuros hacia 2025.

Objetivo: determinar la relación entre los conocimientos de enfermeras y la satisfacción de usuarias de un programa madre canguro.

Material y métodos: estudio correlacional en un Hospital/Maternidad de San Luis Potosí 2015. Participaron 30 Madres-canguro a quienes se aplicó: cuestionario de satisfacción de usuarias Picker's Pediatric Acute Care (validado en población latinoamericana) y 21 Enfermeras con aplicación de Cuestionario Conocimientos PMC-Corpus (cronbach 0.934). Análisis descriptivo y correlacional (r Pearson).

Resultados: satisfacción global de madres-canguro (87.7%), la mejor calificación ($\geq 90\%$) fue obtenida en: confort físico, coordinación de cuidados, y accesibilidad del personal. La menor calificación fue en continuidad del cuidado (74.3%) y permanencia y visitas (74.1%). El conocimiento adecuado de enfermeras sobre PMC (57.1%), éste se correlacionó con la satisfacción materna ($r=0.532$, $p \leq 0.05$).

Conclusión: las madres-canguro mostraron satisfacción con el programa, excepto en continuidad del cuidado. Las áreas de oportunidad se visualizan en la preparación para el alta con inclusión y capacitación de padres/familia, y la capacitación de enfermería en el programa.

Palabras clave: madre-canguro, prematuro, enfermería neonatal, conocimiento.

Introducción

El índice de prematuridad en México y otros países afiliados a la OMS es de 5 a 18%. La prematuridad es la primera causa de muerte en menores de 5 años, un millón anualmente, por ello se pretende reducir en un 50% la tasa de mortalidad neonatal por parto prematuro para el 2025. Los niños que sobreviven tienen riesgo de discapacidad visual, auditiva y de aprendizaje. La solución entre otras incluye el método madre-canguro -MMC.¹ El desafío para los profesionales de la salud es asegurar la supervivencia del niño, y además optimizar su desarrollo.² Al tomar como referente a Donabedian, la calidad del programa madre-canguro -PMC se objetiva en el Proceso:

conocimientos de enfermería, y resultado: satisfacción de las usuarias madres-canguro.³ Con base en ello se tuvo como objetivo, determinar la relación entre los conocimientos de enfermería acerca del MMC y la satisfacción de usuarias de un programa madre canguro.

Material y métodos

Se realizó un estudio correlacional en un hospital certificado como amigo del niño y de la madre, con >3000 nacimientos anualmente y cerca de 600 ingresos en la Unidad Neonatal -UN (68%

de éstos son neonatos de bajo peso al nacer y/o prematuros). El PMC inició en 2013 para fortalecer, promover, y apoyar la lactancia materna y los derechos del niño prematuro. Las madres-canguro participan de forma voluntaria, previa orientación general se les invita a incluirse, así, no todas las madres con hijos prematuros y/o bajo peso al nacer participan en el PMC.

Muestra y muestreo. Se reclutaron 30 diadas madre-canguro/hijo prematuro con más de 48 horas de internamiento por cuota, de alta o pre-alta, de mayo a septiembre de 2015 y 21 enfermeras vinculadas al PMC.

Instrumentos

- a. Cuestionario *Picker's Pediatric Acute Care*. Creado por el Picker Institute, traducido y validado (alfa de Cronbach 0.87) para medir el nivel de satisfacción de la usuaria en un servicio de pediatría en Argentina. El cuestionario se compone de dos partes: **1.** Información general y perinatal, y **2.** Ocho dominios: impresión general, accesibilidad y disponibilidad, consideración y respeto, coordinación e integración de cuidados, información y comunicación, relación entre padres y equipo de salud, confort físico y continuidad de cuidados.⁴ El grado de satisfacción se categorizó como alto (respuestas "excelente" o "muy buena") y bajo (respuestas "buena", "aceptable" o "pobre").
- b. Cuestionario *conocimientos PMC-Corpus*. Mide los conocimientos del personal sobre MMC, elaborado por la autora Corpus, con base en la guía práctica de la OMS,⁵ (alfa de Cronbach 0.934). Consta de: **1.** Datos sociodemográficos; **2.** Cuestionario: 35 aseveraciones sobre MMC, respuestas dicotómicas (SI, NO), puntuación

máxima 35, mínima 0. Clasificación: nivel adecuado: $\geq 80\%$ de respuestas correctas (punto de corte de calidad).⁶ Nivel inadecuado $\leq 79\%$.

El cuestionario se autoadministró en presencia del investigador durante el enlace de turno.

Procesamiento y análisis de datos. Se apoyó en el programa IBM PASW *statistics editor* de datos, versión 19. Se analizó descriptivamente y la correlación con r de Pearson (IC 95%, $p \leq 0.05$).

Aspectos éticos basados en la Ley General de Salud,⁷ aprobación del Comité Local de Ética e Investigación en Salud del Hospital del Niño e la Mujer, con el registro **HNM/03-2015/023** y consentimiento informado de las participantes.

Resultados

Satisfacción de las madres-canguro: La edad materna tuvo una media de 23.3 años ($DE \pm 5.9$), con escolaridad básica (66.7%), casadas/unión libre (96.7%), ocupación principal en labores del hogar (90%). El ingreso mensual familiar tuvo una media de USA 249.35 dólares en el período de recolección. Los prematuros se distribuyeron en 14 niñas (46.7%) y 16 niños (53.3%). La edad gestacional al nacer fue <28 semanas (6.7%), 28- <32 (53.3%) y de 32- <37 (40%). La permanencia en el PMC tuvo una media de 12.7 días ($DE \pm 7.0$).

La satisfacción de las madres-canguro fue del 87.7%. De acuerdo a los ocho dominios: impresión general (85.2%); accesibilidad y disponibilidad (91.7%); cortesía y respeto (85.6%); coordinación e integración de los cuidados (91.4%); información y comunicación (88.7%); relación entre padres y equipo de salud (87.6%); *confort* físico (96.7%) y continuidad del cuidado (74.3%). Los resultados por ítem de cada dominio se aprecian en la figura 1.

Figura 1. Calificación de los ítems por cada dominio en la escala de evaluación de la satisfacción de las madres con el programa madre canguro de un hospital certificado amigo del niño. San Luis Potosí, SLP, 2015

| <i>Dominio</i> | <i>Ítem</i> | <i>Satisfacción (%)</i> |
|--|--|-------------------------|
| Impresión general | ¿Usted sintió que los médicos y enfermeras que atendían a su hijo comprendían su enfermedad y tratamiento? | 95.0 |
| | ¿Cómo calificaría la política sobre permanencia y visitas? | 74.1 |
| | ¿Cómo calificaría en general los cuidados recibidos? | 80.0 |
| | ¿Recomendaría este programa a familiares y amigos? | 91.6 |
| Accesibilidad y disponibilidad | ¿Eran accesibles los médicos para responder sus preguntas cuando usted lo necesitaba? | 91.6 |
| | ¿Cómo calificaría la accesibilidad de los médicos? | 79.1 |
| | ¿Eran accesibles las enfermeras para responder sus preguntas cuando usted las necesitaba? | 96.6 |
| | ¿Cómo calificaría la accesibilidad de las enfermeras? | 76.6 |
| | ¿Recibió su hijo los cuidados que necesitaba? | 100 |
| | Cuando usted solicitó ayuda del médico o la enfermera ¿la respuesta fue suficientemente rápida? | 98.3 |
| | ¿Recibió su hijo las interconsultas que necesitaba? | 100 |
| Cortesía y respeto | ¿Cómo calificaría la cortesía de los médicos? | 76.6 |
| | ¿Cómo calificaría la cortesía de las enfermeras? | 77.5 |
| | ¿Cómo calificaría la cortesía del resto del personal? | 74.1 |
| | ¿Médicos y enfermeras respetaron la privacidad de su hijo al atenderlo? | 100 |
| | ¿Fue su hijo tratado con dignidad y respeto? | 100 |
| Coordinación e integración de los cuidados | ¿Fue organizado el cuidado que su hijo recibió antes de ser integrado al PMC? | 95.0 |
| | ¿Fue organizado el ingreso de su hijo al PMC? | 96.6 |
| | ¿Cómo calificaría el trabajo conjunto de médicos y enfermeras? | 84.0 |
| Información y comunicación | ¿Recibió suficiente información sobre la enfermedad y el tratamiento de su hijo? | 93.3 |
| | Cuando realizó preguntas a los médicos ¿recibió respuestas que pudo comprender? | 93.3 |
| | Cuando realizó preguntas a las enfermeras ¿recibió respuestas que pudo comprender? | 95.0 |
| | ¿Cuánta información recibió sobre la enfermedad y tratamiento de su hijo? | 73.3 |
| Relación entre padres y equipo de salud | ¿Tenía confianza en los médicos que cuidaban a su hijo? | 95.0 |
| | ¿Escuchaban los médicos sus comentarios y sugerencias? | 96.6 |
| | ¿Tenía confianza en las enfermeras que cuidaban a su hijo? | 88.3 |
| | ¿Escuchaban las enfermeras sus comentarios y sugerencias? | 96.6 |
| | ¿Hubiera deseado mayor participación en la toma de decisiones relacionados con los cuidados recibidos por su hijo? | 61.6 |
| Confort físico Continuidad del cuidado | ¿Usted piensa que a los médicos y enfermeras les importaba calmar el dolor de su hijo? | 96.7 |
| | ¿Estaban informados los médicos de la sala acerca de los cuidados recibidos por su hijo? | 90.0 |
| | ¿Le informaron sobre los posibles efectos colaterales de la medicación que su hijo tiene que recibir al egresar del PMC? | 64.2 |
| | ¿Le informaron sobre las señales de alarma relacionadas con la enfermedad de su hijo que usted tenía que conocer al egresar del PMC? | 68.3 |
| | ¿Le enseñaron a usted lo que necesitaba saber sobre los cuidados al egresar del PMC? | 75.0 |

Fuente: Evaluación de la satisfacción de las madres con el programa madre canguro de un hospital certificado amigo del niño. San Luis Potosí, SLP, 2015.

Conocimientos del personal de enfermería. La edad promedio fue de 34.3 años (DE±8.3); 15 enfermeras tenían nivel licenciatura (71.4%); cuatro técnicas (19.4%) y dos con posgrado (9.4%). Sólo habían recibido capacitación en MMC cinco enfermeras (23.8%), mediante una sola sesión educativa <10 horas. El nivel de conocimientos del personal de enfermería del PMC fue adecuado en el 57.1%. La puntuación media fue de 27.2 (DE±1.78) (figura 2).

La correlación entre la satisfacción de la usuaria del PMC y los conocimientos fue moderada ($r=.532$, $p\leq 0.05$); así también con el tiempo de permanencia de las diadas en PMC ($r=.547$, $p\leq 0.01$) y con la coordinación del equipo de salud en ($r=.459$, $p\leq 0.05$).

Figura 2. Nivel de conocimientos del personal de enfermería vinculado al Programa Madre Canguro en un hospital certificado como amigo del niño. San Luis Potosí, SLP., 2015

| | Nivel de conocimientos | | | |
|--|------------------------|------|------------|------|
| | Adecuado | | Inadecuado | |
| Temas del programa | Núm. | % | Núm. | % |
| Definición y beneficios del Método Madre Canguro (MMC) | 19 | 90.5 | 2 | 9.5 |
| Inicio del MMC | 18 | 85.7 | 3 | 14.3 |
| Posición canguro | 1 | 4.8 | 20 | 95.2 |
| Atención y duración del MMC | 0 | 0 | 21 | 100 |
| Vigilancia del estado del bebé durante el MMC | 8 | 38.1 | 13 | 61.9 |
| Alimentación del recién nacido | 12 | 57.1 | 9 | 42.9 |
| Vigilancia del crecimiento del recién nacido | 12 | 57.1 | 9 | 42.9 |
| Alta del recién nacido del MMC | 19 | 90.5 | 2 | 9.5 |

Fuente: Evaluación de la satisfacción de las madres con el programa madre canguro de un hospital certificado amigo del niño. San Luis Potosí, SLP., 2015.

Discusión

La satisfacción global de madres-canguro fue alta gracias a la accesibilidad, disponibilidad, cortesía, respeto y confort proporcionado por el equipo de salud, coincidente con hallazgos de estudio fenomenológico europeo y además con las acciones coordinadas del equipo, desacorde en un estudio europeo donde a <30% de los padres les satisfizo esa coordinación.⁸

Las madres se sintieron insatisfechas con respecto a la continuidad del cuidado en este estudio, a diferencia de la encuesta europea en la que la mayoría de los padres refrieron satisfacción por haber sido suficientemente informados sobre el uso del equipo en casa y preparados para el alta,⁹ no así en un hospital español donde la información suministrada obtuvo la peor calificación.¹⁰ Es importante para las usuarias de PMC contar con las informaciones adecuadas, y el logro de la autoeficacia materna gracias a la capacitación que recibieron.¹¹ Las madres de prematuros se sienten satisfechas sobre todo con los cuidados de enfermería y mejora el cuidado al hijo según lo reportado en un estudio experimental en Estados Unidos de Norteamérica.¹²

Además del nivel de satisfacción de las madres-canguro, otro elemento básico para la calidad del desarrollo del PMC es el nivel de conocimientos de las enfermeras dado su rol educativo, así, en el presente estudio se observó correlación, a mayor nivel de conocimiento de las enfermeras mayor satisfacción materna. Ha sido comprobado que la capacitación sobre el MMC mejora de sobra los conocimientos globales de enfermeras sobre los beneficios del método, así como la conducta del personal destacando la actitud hacia la lactancia materna en el MMC; asimismo, mejora la práctica del MMC en cuanto que las enfermeras participan más activamente en estimular la

participación materna en un PMC.¹³ Sin embargo, en el presente estudio pocas enfermeras habían recibido capacitación para participar en el PMC, hallazgo similar en Sudáfrica.¹⁴

Con respecto a las políticas de permanencia y visitas del hospital de estudio la satisfacción fue baja, y se correlacionó negativamente con el tiempo de duración de las diadas en PMC, perciben mejor las políticas si la hospitalización tiene menos duración, semejante a otro estudio la duración menor en el internamiento y la permanencia junto al hijo dio mayor satisfacción.¹⁵

Conclusiones

El PMC de estudio produjo satisfacción global alta en las madres-canguro ante todo por los cuidados coordinados y accesibilidad del equipo de salud, excepto en la continuidad del cuidado lo que puede reducir la confianza y eficacia materna en el cuidado del prematuro en el hogar.

El PMC posee calidad regular en función de los conocimientos de enfermería sobre MMC, que es el personal reconocido por las madres-canguro como proveedor educativo para el cuidado del hijo prematuro. Es indispensable implementar un programa de sensibilización y capacitación para enfermería y el personal vinculado al PMC, con el objetivo de fortalecer los conocimientos y las actitudes positivas hacia el programa para lograr una adecuada promoción e implementación del mismo.

Agradecimientos

Consejo Potosino de Ciencia y Tecnología (COPOCYT)-Proyecto VEVA FMSLP-2012-C01-195424 —Panorama epidemiológico, nuevos blancos y estrategias terapéuticas para

enfermedades crónico-degenerativas afiliadas a sobrepeso y obesidad en población pediátrica en San Luis Potosí, y Programa Integral de Fortalecimiento Institucional-PIFI-Secretaría de Educación 2014-24M SU0011E-11. 

Referencias

1. **OMS.** Nacimientos prematuros. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. **Guía del Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido (NIDCAP).** NIDCAP Federation International. Oficial Spanish Version. 2012. Disponible en: <http://www.nidcap.org/file.aspx?fileid=pg>
3. **Revilla-Rodríguez E, Pimentel-Roque C.** Calidad de los servicios de salud en México. *Evid Med Invest Salud*, 2012 Jul-Sept; 5(3): 76-78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eo123a.pdf>
4. **Eulmesekian P, Peuchot V, Pérez A.** Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Arch Argent Pediatr* 2012; 110(2):113-119. Disponible en: <http://dx.Doi.org/10.5546/aap.2012.113>.
5. **WHO.** Kangaroo mother care: a practical guide. (2003). Geneva: World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
6. **Araujo M.** Indicadores de calidad: Criterios para la definición de umbrales. Intendencia de Salud-Sociedad Chilena de Calidad Asistencial. Serie Monografías de apoyo a la acreditación 2010; 2. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6697_recurso_1.pdf.
7. **Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J.** Meanings, beliefs and attitudes of the neonatal unit staff in México about the parent's participation in a neonatal unit: A qualitative approach. *J Nurs Educ Prac* 2014;4(5):159-70. DOI:10.5430/jnep.v4n5p159.

8. **Costa R, Moreira GM, Lucca HC, Vidal S.** Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a Vivência no método canguru. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Online]. jul/dez 2014; 3(2):41-53.
9. **Howell E, Graham C.** Parents' experiences of neonatal care. A report on the findings from a national survey. Picker Institute Europe, 2011.
10. **Capdevila E, Sánchez L, Riba M, Morriña D, Ríos J, Porta R, Molina V.** Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. *An Pediatr (Barc)* 2012; 77(1):12-21. Doi: 10.1016/j.anpedi.2011.11.009.
11. **López ME.** Sentimientos de las madres con hijos prematuros hospitalizados. *Revista In crescendo - Ciencias Salud* 2014;1(2):263-70. Disponible: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/352/237>
12. **Holditch-Davis D, White-Traut R, Levy J, Williams KL.** Maternal satisfaction with interventions in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*, 2013; 42(6): 641-654. Doi: 10.1111/1552-6909.12255.
13. **El-Nagar S, Lawend J, Howida M.** Impact of the neonatal nurses' guideline on improving their knowledge, attitude and practice toward kangaroo mother's care. *J Nat Scien Res* 2013;3(7):175-86.
14. **Solomons N, Rosant C.** Knowledge and attitudes of nursing staff and mothers towards kangaroo mother care in the stearn sub-district of Cape Town. *S Afr J Clin Nutr* 2012;25(1):33-39. Doi: 10.1080/16070658.2012.11734400.
15. **Tsironi S, Bovaretos N, Tsoumakas K, Giannakopoulou M, Matziou V.** Factors affecting parental satisfaction in the neonatal intensive care unit. *J Neonat Nurs* 2012; 18:183-92. Doi:10.1016/j.jnn.2011.11.005.

Instituto Nacional de Neurología y | Revista de
Neurocirugía Manuel Velasco Suárez | Enfermería Neurológica





Family factors related to social skills in teenagers of a educational institution in Lima

Factores familiares relacionados con habilidades sociales en adolescentes de una institución educativa estatal en Lima

Luz Fernández-Henriquez,¹ Lasty Balseiro-Almario,² Gloria Manrique-Borjas,¹ Florencia Peña- Pastor,¹ Flor Zorozabal-De la Cruz,¹ Jessica Díaz-Godiño,¹ Patricia Alfaro-Flores.¹

Abstract

Objective: this study examines the family factors related to social skills in teenagers of a State education institution in Lima.

Theoretical framework: the family is the natural and fundamental element of society and is entitled to protection of society and the State, so, which is the primary place where to share and manage social risks of its members. Social skills constitute conduct issued by an individual in an interpersonal context which express their feelings, attitudes, desires in a way appropriate to the situation.

Material and methods: study of quantitative, correlation and cross; the sample was of 236 teenagers of a State education institution in Lima, being selected using random probability sampling. Data collection was carried out through the application of questionnaires that included Apgar familiar and the test of social skills, analysis of the data was carried out using descriptive and inferential statistics through Chi-square.

Results: adolescent family factors are few unfavourable 66% and 34% favorable, as consequence of the family structure, 47% are single parent families, 51% has moderate dysfunction and 66% try inappropriate. Finally, in relation to social skills teenagers presented a 32% average level, followed by 20% of average low, the 18% and 6% very low. The correlational results of analysis demonstrate a significant relationship between family factors and social skills of teenagers girls.

Key words: adolescents, family factors, social skills, behaviors

Citación: Fernández-Henriquez, L., et al. " Factores familiares relacionados con habilidades sociales en adolescentes de una institución educativa estatal en Lima". Revista de Enfermería Neurológica. 2018;17(1):pp. 19-27.

* Correspondencia: luz.fernandez@upsjb.edu.pe
lastybals@hotmail.com

¹ Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad la Privada San Juan Bautista, LimaPerú.

² Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Recibido: 7 de febrero de 2018.

Aceptado: 20 de abril de 2018.



Resumen

Objetivo: este estudio analiza los factores familiares relacionados a habilidades sociales en adolescentes de una Institución Educativa Estatal en Lima.

Marco teórico: la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, de tal manera, que es el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros. Las habilidades sociales constituyen conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos de un modo adecuado a la situación.

Material y métodos: estudio de enfoque cuantitativo, correlacional y transversal; la muestra fue de 236 adolescentes de una institución educativa estatal en Lima, siendo seleccionada mediante muestreo probabilístico aleatorio. Se realizó la recolección de datos a través de la aplicación de cuestionarios que incluyeron al Apgar Familiar y el Test de Habilidades Sociales, el análisis de los datos se efectuó aplicando estadística descriptiva e inferencial a través de Chi cuadrada.

Resultados: los factores familiares de los adolescentes son en unos 66% desfavorables y un 34% favorables, como consecuencia de la estructura familiar el 47% son monoparentales, a su vez el 51% tiene disfunción moderada y el 66,00% trato inadecuado. En relación a las habilidades sociales las adolescentes presentan un 32% de nivel promedio, seguida del 20% de promedio bajo, el 18% bajo y 6% muy bajo. Los resultados del análisis correlacional evidencian una relación significativa entre los factores familiares y las habilidades sociales de las adolescentes.

Palabras clave: adolescentes, factores familiares, habilidades sociales, conductas.

Introducción

Esta investigación tiene como objetivo analizar factores familiares relacionados con las habilidades sociales en adolescentes de una Institución Educativa Estatal, en Lima. Este trabajo se realizó considerando la necesidad de información pertinente para afrontar retos en el campo de la Salud Pública, para desarrollar e implementar programas encaminados a la prevención de problemas en referencia a la salud mental de los adolescentes y se logre el equilibrio hacia un bienestar físico.

La Organización de Naciones Unidas¹ en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, mencionaron que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Desde una concepción tradicional, Carbonell J, et al.,² indican que la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros. Asimismo, Montero S³ refiere que la familia constituye un campo clave para comprensión del funcionamiento de la sociedad.

Para Muñoz G,⁴ dentro de la familia se encuentran cinco factores importantes a tomar en cuenta en su convivencia: la adaptabilidad, que es la manera en la que los miembros de la familia enfrentan los problemas. Además, es la reacción que tiene el individuo frente a un cambio en su ambiente. La participación, considerada como la cooperación que debe existir entre sus miembros, ante la toma de decisiones, la distribución de roles y la comunicación integrada para enfrentar problemas.

Según Maganto C,⁵ la comunicación natural y espontánea al interior de la familia atraviesa fases en su desarrollo, que suponen crisis naturales, por las que la familia se transforma, crece, madura o se rompe. Además, a través de los cambios de valores que la sociedad propicia coexiste en el contexto familiar la ideología valores tradicionales y a la vez manifestándose en la conducta formas nuevas de vida que corresponden a otro mundo de valores.

Por otro lado, Pérez A. *et al.*,⁶ señalan que los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, son la adaptabilidad o flexibilidad, cohesión o participación y la comunicación. La adaptabilidad familiar está referida a la flexibilidad o capacidad que posee la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, en un momento determinado. La ausencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer uso adecuado de sus recursos, provocando rigidez frente a las normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable en una situación familiar problemática.

De igual forma, Fairlie A y Frisancho D⁷ hacen referencia que a la familia se la observa en sus modos de vincularse, en sus maneras de comunicarse, en sus modalidades idiosincrásicas y elaboraciones típicas, tras definir sus rasgos

organizativos, estructura de conjunto, “arquitectura” o, como también han dicho, su “biopsia de interacción”. La definición de sus modelos y patrones de comportamiento sería utilizado como marco para establecer diferencias entre una familia y otra y entre grupos de familias.

Herrera S,⁸ sostiene que la familia tiene la difícil tarea de preparar a sus integrantes para enfrentar y superar los cambios que pueden generarse desde su interior y del exterior. Esta inestabilidad podría afectar y modificar las estructuras de la interacción de los miembros de cada familia, el generar un clima negativo, afecta toda la funcionalidad familiar.

Las habilidades sociales son definidas por Cavallo V,⁹ como un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, por lo general, resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

La Organización Panamericana de la Salud,¹⁰ hace mención que el proceso de aprendizaje ocurre a través de la interacción social en el aprendizaje de los pares, grupos cooperativos o situaciones de discusión abierta. Es decir, el desarrollo de habilidades para la vida es un proceso de aprendizaje inmerso en creencias y valores culturales, que puede llevar a cambios tanto en el individuo como en el grupo de pares, clase y familia

Según Felman R,¹¹ la asertividad como parte de las habilidades sociales se construye de adentro hacia fuera como parte de un principio universal, para construir fortalezas en la persona y poder exteriorizarlas mediante un desempeño que sirva a los demás; es así como se parte del “respeto hacia sí mismo” para luego “respetar a los demás”, fortaleciendo la comunicación real.

Para Alberti R y Emmons M¹² la persona con una autoestima adecuada se manifiesta por medio de una actividad permanente, que puede definirse en términos como: conducta coherente, congruente, responsable, autodirigida, autonomía, autodirección y muchas otras.

Pineda S y Aliño M¹³ consideran que la adolescencia es relativamente un vocablo moderno, por tanto está definida una fase del ciclo vital, ligado a cambios en diferentes contextos como político, social, económico y cultural, entre otros, donde el enfoque género comienza a tener relevancia en este grupo poblacional. Por estas razones no puede ser visto en planos o fragmentado como se viene trabajando en las últimas décadas en el sector salud.

Es importante destacar, que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia¹⁴ calculó en el 2016 que el 20% de los adolescentes del mundo tenían algún problema de comportamiento o de salud mental, siendo la depresión la que mayormente contribuye a la carga de morbilidad mundial entre adolescentes de 15 a 19 años y el suicidio a la mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En efecto, unos 71 000 adolescentes cometen suicidio cada año y una cifra 40 veces superior tiene idea suicida.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud en el Perú¹⁵ propuso desde el 2005 un Modelo de Promoción de la Salud a través de Lineamientos de Política del Adolescente, dando énfasis en el reconocimiento del adolescente como un sujeto de derecho, incorporando a la familia como un eje transversal y determinante en la salud del adolescente. Es necesario recalcar, que desde una perspectiva integral a todos los actores que pueden influir en su salud, el Estado tiene como prioridad la inversión en lo que respecta a la Promoción de la Salud del Adolescente para proveer de herramientas para su desarrollo social

equilibrado, y que aporte de manera más eficaz a través del ejercicio responsable de sus derechos y cumplimiento de sus deberes.

Material y métodos

La investigación fue de tipo cuantitativo, correlacional y transversal. El diseño metodológico comprendió tres etapas: primera se realizó la búsqueda bibliográfica exhaustiva de antecedentes del estudio y la fundamentación teórica correspondiente, lo cual permitió estructurar la variable factores familiares en los siguientes indicadores: estructura familiar, funcionalidad y trato. En cuanto a la variable habilidades sociales sus indicadores fueron: asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones. La segunda comprendió la selección de la técnica e instrumentos a utilizar para la medición de las variables, requirió revisar validez y confiabilidad para su aplicabilidad en el estudio. Tercera se emplearon dos cuestionarios, en el primero se identificaron los factores familiares a través de un cuestionario con preguntas de opción múltiple y para la funcionalidad familiar el *test* de Apgar Familiar. Luego, se evaluaron las habilidades sociales se aplicó la Lista de Evaluación de las Habilidades Sociales propuesta por el Ministerio de Salud del Perú, constituido por 42 ítems distribuidos en las siguientes dimensiones: 12 miden asertividad, 8 comunicación, 11 autoestima y 8 toma de decisiones. La muestra fue de 236 adolescentes correspondientes estudiantes de educación secundaria de 3° a 5° del turno matutino.

Los datos de la encuesta se tabularon en una base de datos, utilizando el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 21.0, permitiendo la elaboración de tablas y gráficas de ambas variables de estudio. También, se aplicó la

estadística descriptiva e inferencial a través de la prueba de Chi cuadrada para la comprobación de hipótesis del estudio. Por otra parte, se aplicaron como criterios de inclusión a las adolescentes entre 14 a 17 años de edad que tuvieron el consentimiento informado para participar en la investigación de sus padres. En el criterio de exclusión se tomó en cuenta a las adolescentes que estén recibiendo algún tipo de terapia por problemas de conducta y como criterio de eliminación las adolescentes que no completaron el cuestionario.

En cuanto a las consideraciones éticas se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki, por tanto, como la muestra de estudio fueron adolescentes se requirió del consentimiento informado de los padres y la aprobación de la participante. De igual manera, se respetó el anonimato y confidencialidad de la información, las adolescentes no fueron expuestas a ningún tipo de riesgo, la selección aleatoria respetó el principio de justicia.

Resultados

En los datos generales se encontró que las adolescentes de educación secundaria de una Institución Educativa Estatal de Lima, 36% tienen 15

años de edad y el 100% son de sexo femenino (ver tabla 1).

Tabla 1
Datos generales de las adolescentes de una institución educativa Estatal en Lima. 2014

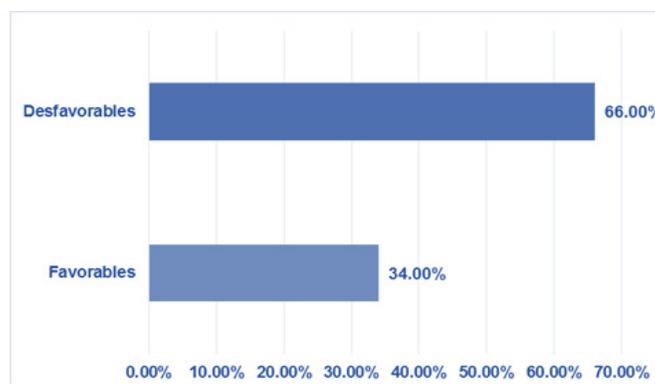
| Datos generales | Categoría | n=236 | 100% |
|-----------------|-----------|-------|------|
| Edad | 14 años | 80 | 34 |
| | 15 años | 85 | 36 |
| | 16 años | 71 | 30 |
| Grado | 3° | 82 | 35 |
| | 4° | 83 | 35 |
| | 5° | 71 | 30 |

Fuente: Cuestionarios aplicados. Lima, 2014

En cuanto a los factores familiares de las adolescentes se encontró que son desfavorables 66% y favorables 34%. En los indicadores estudiados respecto a estructura familiar se halló las adolescentes viven al interior de familias con estructura monoparental 47%, familia nuclear 34% y extensa 19%. Hay que considerar que en relación a la funcionalidad sus familias presentaron disfunción moderada 51%, funcional 30% y disfuncional severa 19% y en cuanto a la dimensión de trato familiar se encontró que fue 66% inadecuado y 34% adecuado (ver gráficas 1 y 2).

Gráfica 1

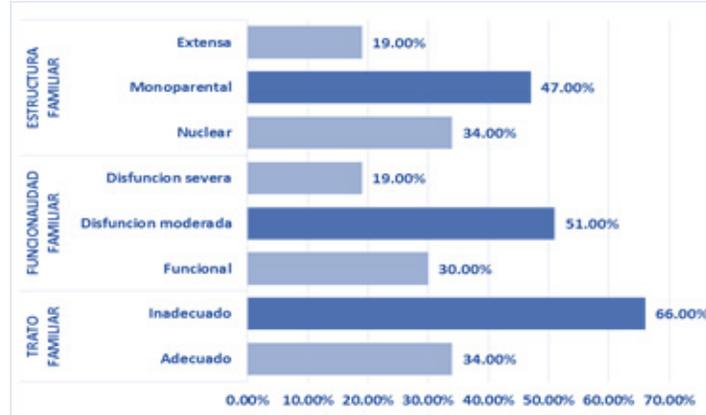
Factores familiares de las adolescentes de una institución educativa estatal en Lima. 2014



Fuente: Cuestionarios aplicados. Lima, 2014

Gráfica 2

Factores familiares de las adolescentes de una institución educativa estatal según indicadores en Lima, 2014

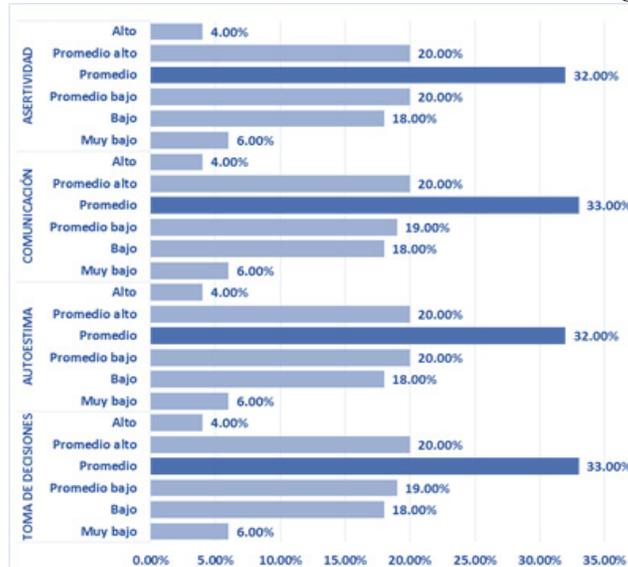


Fuente: Cuestionarios aplicados. Lima, 2014

En relación con las habilidades sociales las adolescentes presentaron 32% de nivel de promedio, 20% promedio bajo, 18% bajo y 6% muy bajo. En los indicadores evaluados correspondientes a esta variable se encontró en asertividad 32% un nivel promedio, 20% promedio bajo, 18% bajo y 6% muy bajo. En comunicación el 33% en el nivel de promedio, el 19%, promedio bajo, el 18% bajo y 6% muy bajo. Respecto a la autoestima las adolescentes presentan un 32% en el nivel de promedio, 20% promedio bajo, 18% bajo y 6% muy bajo, finalmente el indicador de toma de decisiones 33% en el nivel de promedio, 19% promedio bajo, 18% bajo y 0% muy bajo (ver gráfica 3).

Gráfica 3

Habilidades sociales de las adolescentes de una institución educativa estatal según indicadores en Lima



Fuente: Cuestionarios aplicados. Lima, 2014

La comprobación de la relación entre los factores familiares con las habilidades sociales de las adolescentes dio como resultado un valor de Chi Cuadrado que superó al valor crítico para cinco grados de libertad ($X^2 = 39.2$) y un valor de significancia <0.05 ($p = 0.0000$) (ver gráfica 2).

Discusión

En relación a los factores familiares la mayoría de las adolescentes presentan factores desfavorables, identificando como indicadores negativos una estructura familiar donde el 47% de las adolescentes viven sólo con uno de los padres, 51% sus familias son disfuncionales y 66% manifestaron que conviven en ambientes familiares donde el 66% muestra un trato incorrecto. Estos resultados coinciden con Flores K¹⁶ respecto a la disfuncionalidad. Esto permite inferir que los entornos familiares donde se desenvuelve la adolescente de educación secundaria dificultan el desarrollo de las habilidades sociales.

Del mismo modo, los resultados de Díaz E.S y Jáuregui C.E,¹⁷ aseveran que el clima familiar es de nivel promedio en las dimensiones de relación y estabilidad, por tanto es conveniente precisar la similitud con los resultados obtenidos donde los adolescentes manifestaron un trato familiar incorrecto. Goldstein A, et al.,¹⁸ indica que las habilidades sociales como resolver el miedo, mantener una conversación, ven impedido su desarrollo en ambientes familiares hostiles, en tal sentido las habilidades de las adolescentes se ven afectadas por condiciones contextuales y personales.

Con respecto a las habilidades sociales destaca entre las adolescentes un nivel promedio y bajo, de igual manera en los indicadores de asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones. En referencia a esta variable Velásquez C,

et al.,¹⁹ destacó que los preadolescentes presentan un mejor manejo de sus habilidades y que están orientadas por el amor, mientras que los adolescentes se conducen por el poder, esto incrementa el riesgo de exclusión social, porque representan inadecuadas habilidades para la solución de problemas interpersonales y pueden desencadenar en problemas de conducta.

Por otra parte Díaz ES y Jáuregui CE¹⁷ encontraron entre sus hallazgos que los adolescentes tenían bajos niveles de autoestima y tendencia baja; asimismo, nivel bajo en autoexpresión de situaciones sociales y en expresión de enfado o disconformidad, lo cual indicaría la escasa asertividad que podrían manifestar los adolescentes en sus relaciones interpersonales con los miembros de su familia y ambiente social. Es conveniente destacar que la situación de las habilidades sociales no estaría influenciado por el entorno educativo privado o estatal, como lo demuestran los resultados de Calderón S.J y Fonseca F.E,²⁰ que hallaron que las habilidades sociales de adolescentes de una Institución Educativa Privada son en su mayoría de nivel bajo, seguido de medio y alto, siendo de nivel bajo para asertividad, comunicación y toma de decisiones; a diferencia de Pizarro R.A,²¹ que encontró entre adolescentes de dos escuelas estatales de Lima metropolitana niveles de autoestima alto, seguido de nivel medio y bajo.

Se destaca en el estudio que los factores familiares tienen relación significativa con las habilidades sociales de las adolescentes de secundaria, tal como también lo demostró Galarza C.B²² al comprobar que existe relación significativa entre el nivel de habilidades sociales y el clima social familiar de los adolescentes. Esto permitió enfatizar que la familia juega un papel importante como ente de apoyo emocional y social en el desarrollo de las habilidades sociales, porque los

padres cumplen una función trascendente en el proceso de formación y educación psicosocial del adolescente, por lo cual se hace necesario el fortalecimiento de la familia.

Lo antes descrito, ha sido evidenciado de manera favorable por Santos L.A,²³ quien afirmó en su estudio que la mayoría de los adolescentes perciben un clima social familiar adecuado. Por los que se refiere a sus indicadores de relaciones, desarrollo y estabilidad, los adolescentes poseen habilidades sociales desarrolladas y avanzadas, por tanto encontró una relación positiva entre ambas variables estudiadas. En cambio, Salas M.D y Silva M.C,²⁴ encontraron que los adolescentes presentaron una categoría promedio de habilidades sociales, evidenciado en los indicadores de autoestima, comunicación, asertividad y toma de decisiones, que además pertenecían a familias nucleares en su mayoría, además de percibir su contexto familiar regular, por tanto estadísticamente obtuvieron que el contexto familiar no tiene relación con el desarrollo de habilidades sociales.

Conclusión

La adolescencia es una etapa de oportunidades para el trabajo en salud preventiva, para formular entornos saludables y los adolescentes puedan desarrollar al máximo sus capacidades para enfrentar el mundo actual y sus exigencias a nivel social. Los factores familiares son situaciones desfavorables en los hogares de las adolescentes de educación secundaria que condicionan a bajos niveles de habilidades sociales.

Los factores familiares de las adolescentes evidencian una estructura familiar perjudicial y disfuncionalidad que demuestra la deficiente adaptabilidad y cohesión de la familia, afectando también el trato entre sus miembros, específicamente

si no hay dinámicas familiares y estilos de comunicación establecidos entre sus miembros.

Es probable que el nivel promedio y bajo de las habilidades sociales de las adolescentes de secundaria desfavorece su progreso social, dado que los indicadores estudiados de asertividad, comunicación, autoestima, toma de decisiones son pilares fundamentales que consolidan la conducta de las adolescentes, por lo cual nos lleva a plantear la necesidad imperiosa de medidas preventivas en función de la salud mental. 

Referencias

1. **Organización de Naciones Unidas.** *Declaración de los derechos humanos.* Washington, 2012: 9 Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> Consultado el día 27 de septiembre 2014.
2. **Carbonell J, Carbonell M y González N.** *Las familias en el siglo XXI: una mirada desde el derecho.* Series Estudios Jurídicos, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2012:122.
3. **Montero S.** *Derecho de familia.* Ed. Porrúa. México, 1992.
4. **Muñoz GJ.** *Factores de riesgo y protección de la conducta antisocial en adolescentes.* Psiquiatría. Facultad de Medicina. Madrid, 2004;31(1):21-37. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_búsqueda=EJEMPLAR&revista_búsqueda=3201&clave_búsqueda=86947 Consultado el día 27 de Setiembre del 2013.
5. **Maganto C.** *La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo.* Publicaciones de la Universidad del País Vasco. Madrid: 2004:13
6. **Pérez A.** *Estructura y funcionalidad familiar de la familia durante de la adolescencia.* Relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención primaria. Madrid,2007;39(2):61-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v39n02a13098669pdf001.pdf> Consultado el día 10 de setiembre del 2014

7. **Fairlie A, Frisancho D.** *Teoría de las interacciones familiares.* Investigación en Psicología. Lima,1998;1(2):41-74. Disponible en <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/4828/3895> Consultado el día 26 de abril del 2014
8. **Herrera S.** *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud funcionalidad familiar.* Cubana Medicina General Integral. La Habana de Cuba, 1997;13(6): 591-5. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm Consultado el día 18 de septiembre del 2014.
9. **Cavallo V.** *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* Ed. Siglo XXI. Madrid, 1993.
10. **Organización Panamericana de la Salud.** *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.* Washington, 2001:65. Disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/0310MANenf.pdf> Consultado el 21 de Mayo del 2014.
11. **Felman R.** *Psicología: con aplicaciones en países de habla hispana.* Ed. Mac Graw Hill. 8ª ed. México, 2010.
12. **Alberti R y Emmons M.** *Viviendo con autoestima: Como fortalecer con asertividad lo mejor de tu persona.* Ed. Pax. México,1999.
13. **Pineda S, Aliño M.** *El concepto de la adolescencia.* En Márquez R, et al. En: Manual de Prácticas Clínicas en la Atención en la Adolescencia. Ed. MINSAP. Habana de Cuba , 2002.
14. **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** *Informe Mundial de la Infancia 2016.* Ed. UNICEF. Nueva York, 2011.
15. **Ministerio de Salud del Perú.** *Lineamientos de políticas de salud del niño y adolescente.* Ed. MINSA. Lima, 2011.
16. **Flores KR.** *Funcionalidad familiar y características del embarazo en adolescentes del Centro de Salud San Isidro, Pueblo Nuevo, Chincha.* Tesis para la obtención de la Licenciatura en Enfermería. Universidad Privada San Juan Bautista. Ica, 2012.
17. **Díaz ES, Jáuregui CE.** *Clima social familiar y habilidades sociales en estudiantes de secundaria de una institución educativa—Bagua Grande.* Revista Científica PAIAN. Chiclayo 2013;5(2):12. Disponible en: [file:///C:/Users/epenf/Downloads/97-361-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/epenf/Downloads/97-361-1-PB%20(1).pdf)
18. **Goldstein AP, Spratkin RP, Gershaw NJ, Klein P.** *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia.* Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1989.
19. **Velásquez C, Montgomery W, Pomalaya R, Vega J, Guevara W, García P, et al.** *La relación entre las habilidades sociales y la filosofía de vida de los alumnos de secundaria con y sin participación en actos violentos de Lima Metropolitana.* Revista de Investigación en Psicología. 2009 Lima, 2013;12(1):69-82. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v12_n1/pdf/a06v12n1.pdf Consultado el día 12 de abr. 2015.
20. **Calderón SJ, Fonseca FE.** *Funcionamiento familiar y su relación con las habilidades sociales en adolescentes Institución Educativa Privada Parroquial José Emilio Lefebvre Francoeur.* Tesis para la obtención de la Licenciatura en Enfermería. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, 2014.
21. **Pizarro RA.** *Relación entre el clima social familiar y habilidades sociales en adolescentes trabajadores que asisten a dos escuelas públicas de Lima Metropolitana.* Tesis para la obtención de la Licenciatura en Psicología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2016.
22. **Galarza CB.** *Relación entre el nivel de habilidades sociales y el clima social familiar de los adolescentes de la I.E.N Fe y Alegría 11.* Tesis para la obtención de la Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2012.
23. **Santos LA.** *El Clima social familiar y las habilidades sociales de los alumnos de una institución educativa del Callao.* Tesis para la obtención del grado de Maestría en Educación. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, 2012.
24. **Salas MD, Silva MC.** *Contexto familiar relacionado a las habilidades sociales de las y los adolescentes. Distrito Gregorio Albarracín. Tacna 2010.* Ciencia y Desarrollo. Lima 2011;13:129-33. Disponible en <http://www.unjbg.edu.pe/coin2/pdf/22-2011.pdf>. Consultado el día 25 de abr. del 2017

Instituto Nacional de Neurología y | Revista de
Neurocirugía Manuel Velasco Suárez | Enfermería Neurológica





Level of adherence to the patient identification process

Nivel de apego al proceso de identificación del paciente

Marcio Jiménez-Gutiérrez,^{1*} Fabiola Rayón-Leyva,¹ Viridiana Rojas-Manzano,¹ Sonia González-González.¹

Abstract

Introduction: the patient safety is an issue responsibility that all health professionals. Within the safety of the patient, correct identification is essential to for safety and quality in the health of the patient in care institution, at is it root cause of other errors arising in the hospital environment.

Objective: to know level of adherence to the process of correct identification of patients in a third level care hospital. Material and methods: descriptive and transversal study from February to December 2016 in a third level hospital which was conducted. Study population were in medical unit; simple random sampling calculated from the number of hospital admissions (n = 220). A tool validated by consensus of experts with reliability calculated by 0.732 Cronbach's alpha. It was used to assess the level of attachment.

Results: to assess the level of adherence to the correct identification in general process, the average (78.59) was found below the stablished score to affirm that there is a proper attachment. With respect to evaluated services, heterogeneous measurements that correspond to hospitalization 2 (93.75) and Pediatrics (91.81). In contrast to emergency admission (66.36) and pediatric ICU (22). Conclusion: there is attachment to the process of identification process of the patient with potential risk to their safety. There is a great area of opportunity to reduce events sentinel and adverse arising from the inadequate identification of the patient.

Key words: patient's security, patient's identification, quality, care.

Citación: Jiménez-Gutiérrez, M., Rayón-Leyva F., Rojsa-Manzano, V., González-González S. "Nivel de apego al proceso de identificación del paciente". Revista de Enfermería Neurológica. 2018;17(1):pp. 29-34.

*Correspondencia: el_megaov@hotmail.com

¹Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, México.

Recibido: 11 de enero de 2018.

Aceptado: 30 de abril de 2018



Resumen

Introducción: la seguridad del paciente es un tema de responsabilidad que compete a todos los profesionales de la salud. Dentro de la seguridad del paciente, el proceso de identificación correcta es esencial para proporcionar seguridad y calidad en la atención del paciente en las instituciones de cuidado a la salud pues es causa raíz de otros errores suscitados en el ambiente hospitalario.

Objetivo: conocer el nivel de apego al proceso de identificación correcta de los pacientes en un hospital de tercer nivel de atención.

Material y métodos: estudio descriptivo y transversal que se llevó a cabo de febrero a diciembre 2016 en un hospital de tercer nivel de atención. La población de estudio fueron los pacientes hospitalizados dentro de la unidad médica; muestreo aleatorio simple calculado a partir del número de ingresos del hospital ($n = 220$). Para evaluar el nivel de apego se usó un instrumento validado por consenso de expertos con confiabilidad calculada por alfa de Cronbach de 0.732. Para el análisis de datos se empleó soporte de software estadístico.

Resultados: al evaluar el nivel de apego al proceso de identificación correcta de forma general, la media (78.59) se encontró por debajo del puntaje establecido para afirmar que existe un adecuado apego. Con relación a los servicios evaluados, se registran mediciones heterogéneas que corresponden a los servicios de hospitalización 2 (93.75) y pediatría (91.81), en contraste con los servicios de urgencias admisión (66.36) y UTI pediátrica (22).

Conclusión: hay desapego al proceso de identificación del paciente con potencial riesgo para su seguridad; existe una gran área de oportunidad para reducir eventos centinela y adversos derivados de la inadecuada identificación del paciente.

Palabras clave: seguridad del paciente, identificación del paciente, calidad, atención.

Introducción

La seguridad del paciente se encuentra en la agenda global de cuidado a la salud desde el reporte “errar es de humanos”; asimismo, este tema es responsabilidad de todos los profesionales de la salud, desde el más alto ejecutivo hasta la enfermera que se encuentra al pie de cama del paciente.¹

La seguridad del paciente toma relevancia a partir de la detección de eventos adversos derivados de la atención médica en pacientes hospitalizados; las alianzas bilaterales entre hospitales

y pacientes destinadas a mejorar la seguridad mediante la implantación de objetivos y acciones de mejora están basadas en las seis metas internacionales de seguridad del paciente o acciones de seguridad, las cuales han servido para mejorar la atención entre personal sanitario, no sanitario, pacientes y sus familias. La primera acción por la seguridad del paciente hace referencia a la identificación correcta del paciente.²

El proceso de identificación del paciente es esencial para proporcionar seguridad y calidad en la atención del paciente en las instituciones de cuidado a la salud.³ Dentro de las diez principales soluciones para que el profesional de enfermería brinde seguridad, la identificación del paciente debe utilizar al menos dos datos diferentes para su adecuada implementación.⁴

En México, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud ha definido la identificación correcta del paciente como “el procedimiento de identificación que no permite duda o equivocación de los pacientes y que hace posible atender a la persona correcta, en el momento correcto y con la práctica adecuada correcta”.⁵ De este modo, la Comisión Permanente de Enfermería en México, ha establecido los lineamientos para la identificación del paciente hospitalizado.⁶

La identificación del paciente cobra relevancia al ser potencial causa raíz de muchos otros errores al proporcionar atención sanitaria, por lo tanto, conocer el nivel de apego al proceso de identificación correcta acorde a la normatividad nacional establecida cobra gran relevancia en una cultura que favorece la seguridad del paciente.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal llevado a cabo de febrero a diciembre 2016 en un hospital de tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud en México. El objetivo del estudio fue evaluar el nivel de apego al proceso de identificación correcta de los pacientes en la unidad mencionada.

El estudio representó un riesgo mínimo para los pacientes y tuvo apego a los lineamientos de la Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki.^{7,8} Asimismo, tuvo aprobación por parte de

los Comités de Ética e Investigación de la unidad donde se llevó a cabo el estudio.

Se obtuvo una muestra ($n = 220$) determinada mediante el número de ingresos hospitalarios del último mes y calculada por fórmula de muestreo aleatorio simple; esta incluyó a pacientes ingresados en la unidad hospitalaria de los servicios de urgencias – admisión continua, hospitalización 1 y 2, pediatría, unidad de terapia intensiva pediátrica, ginecoobstetricia, unidad de terapia intensiva adultos y unidad de terapia intermedia adultos; fueron excluidos pacientes con estancia corta y emergente (choque y corta estancia) y pacientes de unidades quirúrgicas y edades cortas (recién nacidos y lactantes) debido a la heterogeneidad del proceso de identificación en estos grupos.

Para conocer el nivel de apego se empleó el instrumento que tiene por nombre Cédula de evaluación del nivel de apego al proceso de identificación correcta del paciente. Este instrumento consta de 10 ítems que miden el apego al proceso en una escala cuantitativa que va de 0 a 100 puntos, los ítems toman en cuenta diversos aspectos para la identificación del paciente como son el expediente clínico, la tarjeta de identificación, la pulsera de identificación y la identificación verbal; fue validado mediante consenso de expertos (9 expertos), obteniendo un valor con alfa de Cronbach de 0.732, concluyendo que la confiabilidad del instrumento es aceptable y que los ítems del mismo están altamente correlacionados entre sí. Dada la importancia de la identificación del paciente y el nexo estrecho con su seguridad, se consideró como referencia al nivel de apego que sí obtuviera o rebasara una media de 90 puntos al aplicar la cédula de evaluación.

Para el análisis estadístico de datos se utilizaron como soporte los software IBM SPSS Statistics y StatGraphics.

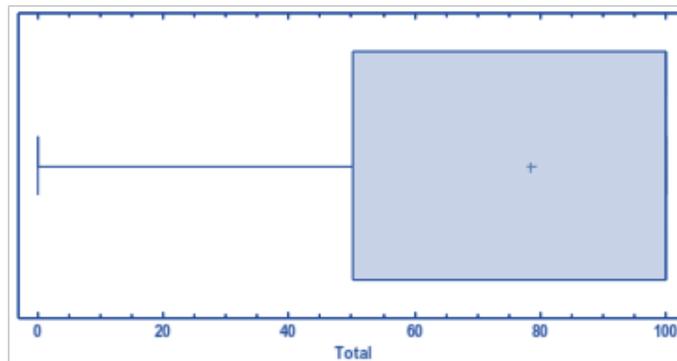
Resultados

Respecto a las características sociodemográficas, el grupo de edad agrupado en clases con mayor frecuencia fue el de 20 a 30 años ($n = 51$) dadas las características de la muestra; respecto al sexo de los pacientes, 50% fueron hombres y 50% fueron mujeres. Con relación a los días de estancia, resalta una media de estancia intrahospitalaria de 9 días (9.009), de igual manera, la presencia de 3 datos atípicos que superan los 30 días de estancia intrahospitalaria.

A evaluar en nivel de apego al proceso de identificación correcta de forma general, resaltan la media (78.59) que se encuentra por debajo de lo establecido para afirmar que existe un adecuado apego (tabla 1 y gráfica 1), así como un mínimo de 0 y máximo de 100 (rango = 100) lo que nos permite establecer que en las cédulas aplicadas existió heterogeneidad en la evaluación, es decir, un desapego y apego total al proceso de identificación.

Tabla 1 y Gráfica 1: Nivel de apego al proceso de identificación

| | |
|---------------------|----------|
| Count | 220 |
| Average | 78.5909 |
| Standard deviation | 26.6778 |
| Coeff. of variation | 33.9451% |
| Minimum | 0 |
| Maximum | 100.0 |
| Range | 100.0 |
| Std. skewness | -6.05122 |
| Std. kurtosis | 0.94506 |

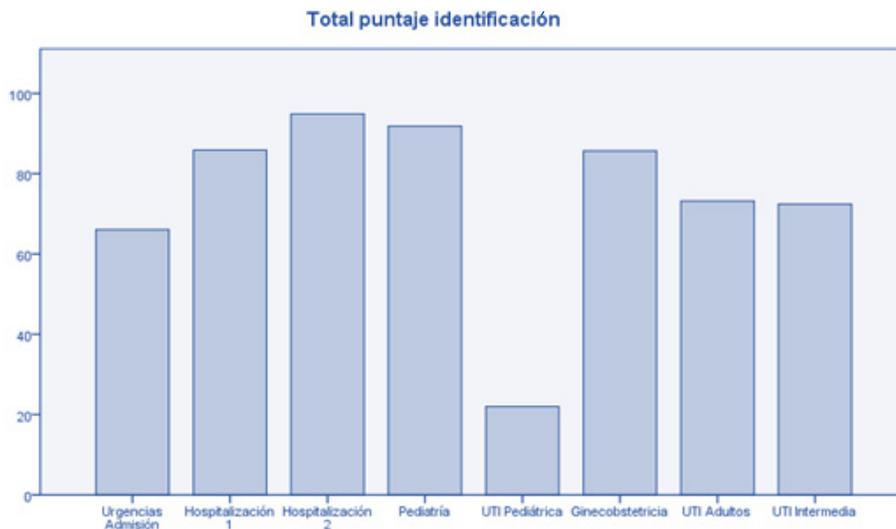


Para verificar si existió diferencia entre los servicios evaluados, se aplicó la prueba de Kuskal Wallis que demostró significancia estadística ($p = 0.000$, $\alpha = 0.05$), teniendo la suficiente evidencia para poder concluir que existe diferencia entre los servicios respecto a la identificación del paciente al comparar las medianas con un nivel del confianza al 95%.

Con relación a las diferencias en los servicios evaluados (tabla 2 y gráfica 2), resalta que las medias más altas registradas en el apego al proceso de identificación corresponden a los servicios de hospitalización 2 (93.75) y pediatría (91.81), en contraste con los servicios de urgencias admisión (66.36) y UTI pediátrica (22) los cuales obtuvieron la medias más bajas.

Tabla 2 y Gráfica 2: Nivel de apego al proceso de identificación por servicios

| Servicio | Count | Average | Standard deviation | Coeff. of variation | Minimum | Maximum |
|--------------------|-------|---------|--------------------|---------------------|---------|---------|
| Ginecobstetricia | 14 | 85.7143 | 23.4404 | 27.3471% | 50.0 | 100.0 |
| Hospitalización 1 | 33 | 86.9697 | 24.3008 | 27.9417% | 0 | 100.0 |
| Hospitalización 2 | 40 | 93.75 | 14.4449 | 15.4078% | 50.0 | 100.0 |
| Pediatría | 22 | 91.8182 | 17.358 | 18.9047% | 50.0 | 100.0 |
| UTI adultos | 26 | 72.3077 | 34.561 | 47.7971% | 0 | 100.0 |
| UTI intermedia | 25 | 72.4 | 30.4521 | 42.061% | 0 | 100.0 |
| UTI pediátrica | 5 | 22.0 | 16.4317 | 74.6894% | 10.0 | 40.0 |
| Urgencias Admisión | 55 | 66.3636 | 19.1837 | 28.9069% | 40.0 | 100.0 |
| Total | 220 | 78.5909 | 26.6778 | 33.9451% | 0 | 100.0 |



En el análisis por ítem de forma general, sobresale que aquellos que se encuentran relacionados con la pulsera como medio de identificación no cumplen con los requerimientos establecidos para la identificación adecuada.

Discusión

Diversos autores han investigado al proceso de identificación correcta y su relación con la seguridad del paciente; Hemesath, et al.,⁹ investigaron

la implementación de estrategias educativas para mejorar la adherencia a la identificación de pacientes mediante el análisis de la pulsera de identificación previo a los cuidados de riesgo; como instrumento usaron un indicador de calidad de los servicios que mide la identificación de los pacientes a través de dos rubros: nombre del paciente y número de identificación; los resultados describen que existió una tendencia al aumento porcentual en sus mediciones a lo largo del periodo estudiado posterior a las intervenciones de reforzamiento educativo. Nuestro estudio

encuentra algunas similitudes con el mismo en cuanto al uso de aspectos para la identificación como es la pulsera de identificación. Uno de los límites de nuestro estudio es el diseño descriptivo; sin embargo, es una fortaleza la factibilidad de medición del proceso de identificación que permita encontrar áreas de oportunidad y mejora, mismas que también encontraron y mejoraron.

Conclusión

Cuadrado-Cenzual, et al.,¹⁰ dieron evaluación y seguimiento a un protocolo para la identificación del paciente en el proceso de toma de muestras sanguíneas, teniendo como resultado en sus mediciones que el error más frecuente es el de identificación del paciente, teniendo como debilidad la identificación inequívoca. A pesar de que los investigadores estudiaron la identificación del paciente en un procedimiento específico en contraste con nuestro estudio que fue de forma general, encontramos similitudes al concluir que no existe una adecuada identificación del paciente, los riesgos que conlleva un desapego a este proceso y la presencia de una gran área de oportunidad que puede tener un potencial beneficio para reducir eventos centinela y adversos derivados de la inadecuada identificación del paciente.¹⁰

Referencias

1. **Murray M, Sundin D, Cope V.** The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *J Clin Nurs* 2017;1-7.
2. **Portal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud** [homepage en Internet]. México: Secretaría de Salud; 2016 [actualizada 20 enero 2016; consultada 24 febrero 2016]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_03.html
3. **Tase TH, Laurecao DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR.** Patient identification in healthcare organizations: an emerging debate. *Rev Gaúcha Enfermagem* 2013;34(2):196-200.
4. **Nava-Galán MG.** Implementación de las diez estrategias por la seguridad del paciente en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Enf Neurol (Méx)* 2013;12(3):116-7.
5. **Secretaría de Salud.** Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Glosario de términos aplicados a seguridad del paciente. 2014.
6. **Secretaría de Salud.** Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Lineamientos y acciones para la identificación correcta de pacientes hospitalizados. 2011.
7. **Reglamento de la Ley General de Investigación en materia de Investigación para la Salud** [homepage en Internet]. México: Secretaría de Salud; 1982 [consultada 03 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>
8. **Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.** Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [homepage en Internet]. México: CONAMED; 1989 [consultada 03 marzo 2016]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
9. **Hemesath MP, Dos Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhaes AMM.** Educational strategies to improve adherence to patient identification. *Rev Gaúcha Enfermagem* 2015;36(4):43-8.
10. **Cuadrado-Cenzual MA, García-Briñón M, DeGracia-Hills Y, González-Estecha M, Collado-Yurrita L, DePedro-Moro JA, Fernández-Pérez C, Arroyo-Fernández M.** Errores en la identificación del paciente y en muestras biológicas en el proceso analítico: ¿es posible la mejora de la seguridad de los pacientes? *Rev Calidad Asisten* 2015;30(6):310-8.



Degrees of resilience that older adults perceive while staying at a mexican hospital

Grados de resiliencia que perciben adultos mayores durante su estancia en un hospital mexicano

María A. García-Jiménez,¹ Luis F. Rivero-Rodríguez,¹ Araceli Monroy-Rojas,¹ María E. Contreras-Garfias,¹ Martín Pantoja Herrera,² María G. Pérez-Hernández.³

Abstract

Throughout life the elderly is immersed in various problems arising from social aspects, cultural, physical, family, among others this takes to develop protective factors that become it resilient: “a protection factor” that favors us the development of resources and qualities that are put in place before the stressful events to confront situations that are happening”. The objective of this research was to evaluate the perception of older adults (OA) are based on the scale of Connor and Davidson in relation to protective factors that promote resilience. As a hypothesis, there is interrelation between the protective factors with the degree of resilience of the OA. This study questioned what the mayor protective factors in the development of the resilience of the OA?

It was an observational research, conducted in a third level hospital. The sample was consisted of 120 OA without cognitive impairment, it found themselves hospitalized at the time of the questionnaire. Where are 62% old elderly based on the WHO classification. This sample, 68% are women, a predominantly social factor for the development of resilience is the economic position where it was found that 61% has a level of income that covers basic needs, 35% perceive that “they are able to adapt easily when there are changes”. Identify the relationship between protective factors and resilience hospitalized older adults have achieved according to indicators of Connor and Davidson.

Keywords: resilience, older adult, risk factors, hospital.

Citación: García-Jiménez M.A., et al., “Grados de resiliencia que perciben adultos mayores durante su estancia en un hospital mexicano”. Revista de Enfermería Neurológica. 2018;17(1):pp. 35-42.

*Correspondencia: ajimenez@correo.xoc.uam.mx

¹ Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, México

² Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Ibarra Ibarra”, México

³ Universidad Autónoma de Colima, México

Recibido: 17 de octubre de 2017.

Aceptado: 18 de abril de 2018.



Resumen

A lo largo de la vida el adulto mayor se encuentra inmerso en diversas problemáticas derivadas de aspectos sociales, culturales, físicos y familiares, entre otros, esto conlleva a que desarrolle factores protectores que lo vuelvan resiliente: la resiliencia se define como “un factor de protección que nos favorece el desarrollo de recursos y cualidades que se ponen en marcha ante los eventos estresantes para poder afrontar las situaciones desagradables que van ocurriendo”.

El objetivo fue valorar la percepción que tienen los adultos mayores (AM) con base en la escala de Connor y Davidson en relación a los factores protectores que favorecen la resiliencia. Como hipótesis, existe interrelación entre los factores protectores con el grado de resiliencia de los AM. Este estudio cuestiona ¿Cuáles son los principales factores protectores presentes en el desarrollo de la resiliencia del AM?

Se trata de una investigación observacional, realizada en un hospital de tercer nivel. La muestra fue de conveniencia conformada por 120 AM sin deterioro cognitivo, que se encontraron hospitalizados al momento de la aplicación del cuestionario. Donde 62% son viejos ancianos con base en la clasificación de la OMS. De esta muestra el 68% son mujeres, un factor social predominante para el desarrollo de la resiliencia es la posición económica en donde se encontró que el 61% cuenta con un nivel de ingreso que cubre sus necesidades básicas, el 35% perciben que “son capaces de adaptarse fácilmente cuando hay cambios”. Se identificó la relación que hay entre factores protectores y grado de resiliencia que tienen los adultos mayores hospitalizados de acuerdo a los indicadores de Connor y Davidson.

Palabras clave: resiliencia, adulto mayor, factores de riesgo, hospital

Introducción

En México, existen aproximadamente 10 millones de personas mayores de 60 años y en los próximos 20 años se estima que esta tasa se duplique, lo que representará el 17.5% de los mexicanos y para el 2050 aumentará a 28% de la población total.¹

El envejecimiento conforma un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos, nuestra condición humana nos hace atravesar a lo largo del ciclo de la vida

por diferentes contingencias, el adulto mayor no queda exento y dado los años que ha vivido, los sucesos son más comunes, relacionados a pérdidas de salud, independencia, seres queridos, roles familiares y sociales, juventud, trabajo, economía, que conlleva a que el adulto mayor se ajuste y sobreviva a innumerables situaciones adversas a través de procesos de adaptación. En ese sentido, la disciplina de enfermería tiene interés en conocer cómo intervenir con base en los factores

protectores y de riesgo en los que se inscribe este segmento de la población.

Según Frankl² “La vida cobra más sentido cuanto más difícil se hace”. Problemática común en el adulto mayor dado que este sentido se pierde por situaciones fortuitas como es la viudez, soledad, pobreza, abandono, maltrato entre otros factores sociales.

La forma de adaptación y sobrevivir a innumerables situaciones de adversidad, mediante la cual los adultos mayores en específico logran conservar un adecuado nivel de equilibrio físico, psíquico, social y espiritual se denomina resiliencia. Dicho término es una castellanización de la palabra inglesa *resilience* o *resiliency* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. La incorporación de este concepto a las ciencias sociales y de la salud es relativamente reciente, ha sido un concepto estudiado a partir de los años noventa en los adultos mayores.³

El pionero del estudio de la resiliencia fue Rutter M,⁴ quien tomó este término de la física al observar la fundición de los metales que adquieren diferentes formas pero no desaparecen porque son resistentes, denotando la capacidad de un cuerpo de resistir, ser fuerte y no deformarse. Adaptado al ser humano la resiliencia es la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades.

Las ciencias de la salud han incorporado el término para describir una serie de procesos complejos que intervienen en la puesta en funcionamiento de los mecanismos biológicos responsables de la resiliencia de un individuo.

Connor y Davidson⁵ estudiaron la resiliencia basándose en diversas dimensiones: competencia personal y tenacidad, la confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo eventos estresantes, aceptación positiva del cambio, control e influencias espirituales. Dichas dimensiones

favorecen el desarrollo de la resiliencia creando individuos que cuentan con factores protectores, como: sentido de la autoestima fuerte y flexible, independencia de pensamiento y de acción, habilidad para dar y recibir en las relaciones con los demás, alto grado de disciplina y de sentido de la responsabilidad, reconocimiento y desarrollo de sus propias capacidades, una mente abierta y receptiva a nuevas ideas, disposición para soñar, refinado sentido del humor, percepción de sus propios sentimientos y de los sentimientos de los demás, capacidad de comunicación asertiva, alta tolerancia y concentración, existencia de un propósito significativo en la vida y la creencia de que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor

La resiliencia ha de reunir dos condiciones esenciales. En primer lugar, la exposición tiene que ser a un daño significativo o severo; y en segundo lugar, tiene que haber una adaptación positiva en el proceso de desarrollo.⁶ La resiliencia promueve que la persona no sólo se adapte a las situaciones, sino que se adapte de manera positiva y manteniendo una buena salud mental, pues se ha demostrado que la mala adaptación y asimilación aumenta las posibilidades de presentar contratiempos diversos desde consumo de drogas hasta graves problemas mentales.⁷

La resiliencia se considera un factor de protección ante los sucesos de la vida, es decir, supone que tenemos unos recursos y cualidades que se ponen en marcha ante los eventos estresantes para poder afrontar las situaciones desagradables que van ocurriendo.^{8,9,10}

Para poder desarrollar la resiliencia existen una serie de factores protectores los cuales son de naturaleza variada y cambian en los diferentes periodos de la vida, además cabe recordar que se encuentran a nivel genético, social, psicológico y biológico. Ejemplo de ello, son características propias de cada persona como autoestima, op-

timismo, afrontamiento o control, familia y entorno social. De la misma manera, si uno de los aspectos se ve amenazado, se activan los demás a modo de protección.³ Otras variables que podemos tener en cuenta al contemplar la resiliencia son algunas como la espiritualidad, buen humor o tener una perspectiva cognitiva flexible ante los problemas.⁶

Entre los factores protectores específicos en el adulto mayor podemos resaltar los actos aprendidos en un proceso transgeneracional, los cuales se han observado y aprendido de generación en generación, entre los principales protectores que han resultado ser favorables ya que actúan como inhibidores de la repetición de patrones de comportamiento del pasado, sobresalen tener un cónyuge apoyador, seguridad financiera, atractivo físico, alto coeficiente intelectual, experiencias escolares positivas, fuertes afiliaciones religiosas, entre otros.

Con relación a los factores protectores de tipo psicológico encontramos, el optimismo, afrontamiento, control personal, autoestima y las emociones positivas.

A nivel biológico, los protectores permiten al organismo adaptarse a las situaciones y a los cambios permanentes; por un lado, mantiene la homeostasis de las funciones biológicas principales. Cuando una persona percibe una situación como distresante se generan una serie de cambios importantes en el organismo, poniendo en marcha mecanismos tanto del sistema nervioso central como del periférico. Incluso, existen elementos de percepción y evaluación que se llevan a cabo en diversas estructuras del sistema nervioso central ante una situación estresante y que determinan la gravedad de la situación.¹¹

En la vejez, mantener un buen funcionamiento en los dominios que son de mayor interés para este grupo etario, es un indicador de

resiliencia, por ejemplo mantenerse saludable, en movilidad, aspectos cognitivos de personalidad, mantener las redes sociales y de apoyo.

El objetivo de este trabajo fue valorar la percepción que tienen los adultos mayores con base en la escala de Connor y Davidson (CD-RISC) en relación a los factores protectores que favorecen su resiliencia. Por tal motivo se desprende la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los principales factores protectores presentes en el desarrollo de la resiliencia del adulto mayor?. La hipótesis planteada: existen interrelación entre los factores protectores con el grado de resiliencia de los AM.

Material y métodos

Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional y observacional, fue realizada en un hospital de tercer nivel ubicado al sur de la ciudad de México, la muestra fue a conveniencia conformada por 120 adultos mayores sin deterioro cognitivo, que se encontraron hospitalizados al momento de la aplicación del cuestionario, mediante una carta de consentimiento informado se les explicó los objetivos del estudio y con éstas se llevó a cabo la aplicación del instrumento que reunían los criterios de inclusión como son estar ubicado en esfera biopsicosocial, mayores de 65 años, sexo indistinto.

Durante septiembre a diciembre del 2016, se hizo la recolección de la información por medio del instrumento denominado escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC10) que fue adaptada y validada por Campbells-Sills and Stein en el 2007, esta escala consta de 10 ítems estructurados en una escala sumativa tipo Likert (0 en absoluto, 1 rara vez, 2 a veces, 3 a menudo y 4 casi siempre) que en su versión original se agrupa

en cinco dimensiones. El rango de la escala va de 0 a 40, no tiene establecido un punto de corte, y a mayor puntuación mayor resiliencia. Se obtienen cinco factores a partir de la escala completa denominados: competencia personal y tenacidad, confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés, aceptación positiva del cambio, control, influencias espirituales¹². Se realizó una prueba piloto para valorar la confiabilidad y validez en la semántica del significado de los ítems, con los cuales se realizó un análisis multivariado.

Resultados

La muestra estudiada pertenece a una área hospitalaria donde acuden pacientes que han sufrido morbilidades y que requieren de atención rehabilitatoria. La muestra estuvo conformada por 120 adultos mayores, en donde el 38% son de edad avanzada, el 62% son viejos ancianos con base en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de esta muestra, 68% son del sexo femenino.

Rodríguez A,¹³ ha considerado 3 tipos de factores de riesgo: individuales, familiares y ambientales. Como ejemplo de riesgos individuales, son los biológicos, psicológicos y fisiológicos; los familiares pueden detonar un estrés crónico de tipo social; y ambientales hacen referencia a la presencia de amenazas o peligros para el medio ambiente como es el estrés laboral.

Dentro de los principales factores de riesgo encontrados en este estudio sobresalen vivir sin pareja en el 51%, el bajo nivel de estudios dado que el 13% no sabe leer ni escribir, lo que ocasiona falta de independencia. Asimismo, llama la atención que el 13% viven solos, lo que significa que viven en un alto riesgo, de este grupo el 7% son fumadores, mientras que el 14% consumen

alcohol. Becoña¹⁴ refiere que aquellas personas que ante circunstancias adversas desarrollan resiliencia tienen un bajo índice de tener depresión o adicciones, ya que éstas son utilizadas como una herramienta para aliviar las heridas emocionales y psicológicas, a largo plazo, causadas por esas experiencias adversas.

Otro factor social predominante para adquirir resiliencia es la posición económica en donde se encontró que el 61% de la muestra estudiada cuenta con un nivel de ingreso que cubre sus necesidades básicas. La aparición de estos factores de riesgo hace aún más compleja la labor del personal de enfermería pues no sólo se debe de tomar atención a la sintomatología, también se debe considerar en cuenta lo que puede en algún momento obstaculizar la pronta recuperación de la salud, por lo que se deben identificar los factores de riesgo que son significativos para desarrollar potencialidades de la resiliencia según sea el caso de cada adulto mayor, considerando su entorno familiar, social y los servicios ambientales.

Con base en los resultados arrojados en la escala de Connor y Davidson,⁵ vemos que los adultos mayores encuestados perciben que “son capaces de adaptarse con facilidad cuando hay cambios” manifestado por el 35%, lo que se relaciona con lo que deduce Frankl² que “la primer fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle sentido a la propia vida a la vida tal cual es y en toda la vida por más adversa que sea siempre tiene algún sentido”.

Para Seligman,¹⁵ el estilo de pensamiento de las personas resilientes se caracteriza por ser realista, exacto y flexible. Cometan menos “errores de pensamiento” (como la exageración o sacar conclusiones precipitadas, sin evidencias que las corroboren) e interpretan la realidad de un modo más exacto que las personas menos resilientes. Por lo que, el 41%, de los sujetos estudiados

percibe que “puede enfrentarse a cualquier situación”.

Stefan Vanistendael¹⁶ indica que una persona resiliente tiene la capacidad como ser humano o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse de manera positiva a pesar de las condiciones de vida difíciles, lo que implica una capacidad de adaptación, resistencia y una facultad de construcción positiva. Dicha afirmación se encontró en un tercio de la muestra estudiada ya que perciben que “casi siempre intentan ver el lado divertido frente a problemas”.

El 38% de los adultos mayores encuestados menciona que casi siempre hay que “enfrentarse a dificultades para hacerse más fuertes”. En este sentido, Rutter⁴ considera que la capacidad de un cuerpo humano es ser fuerte y no deformarse porque tiene la capacidad de prevalecer. Este autor realiza una analogía entre el metal y el ser humano, en donde el metal a pesar de las adversidades tiene la capacidad de adaptarse por su resistencia aunque se deforma pero no se desintegra, por eso se denomina la resiliencia como la capacidad de ser fuerte a pesar de las adversidades, los cambios que se viven en la vida, a pesar de vivir situaciones difíciles lo importante es dar testimonio de la potencialidad humana de transformar la tragedia, enfermedad o fracaso en triunfo personal.

Por lo antes mencionado, se observa que el 34% casi siempre “tienen tendencia a recuperarse pronto de sus enfermedades”, el 38% casi siempre pueden lograr sus objetivos a pesar de los obstáculos a los que se enfrenta, el 21% a menudo bajo presión se centran y piensan claramente.

El 30% a veces “no se desanima con facilidad hacia el fracaso” desde el punto de vista de la psicología positiva, esta propone un cambio del enfoque centrado en la patología, la enfermedad, emociones negativas, malestar, cambio centrado

en las fortalezas, las virtudes, emociones positivas, así como en numerosos constructos relacionados con el bienestar de los individuos, en donde entra el optimismo el cual es entendido como el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubrir lo positivo que tienen las personas, confiar en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda que podemos recibir, por lo que debemos propiciar el entorno individual, familiar y ambiental para que se construya un estado de ánimo optimista, factor protector que presentan las personas resilientes.¹⁷

El 36% casi siempre “se consideran personas fuertes ante retos”, esto es una de las características más importantes de la resiliencia. Hiew Chok,¹⁸ descubrió que las personas resilientes eran capaces de enfrentar estresores y adversidades. También advirtió que la resiliencia reducía intensidad del estrés y producía el crecimiento de signos emocionales negativos, como la ansiedad, depresión, o la rabia, al tiempo que aumentaba la curiosidad y la salud emocional. Por lo tanto, la resiliencia es efectiva no sólo para enfrentar adversidades sino también para la promoción de la salud mental y emocional.

Manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado lo logra realizar el 32% de los adultos mayores hospitalizados, por ello es sumamente importante desarrollar factores protectores a través de conductas que tengan que ver con el enriquecimiento de los vínculos; fijar límites claros y firmes; presentar habilidades para la vida, como cooperación, resolución de conflictos, estrategias de resistencia y asertividad, destrezas comunicacionales; brindar afecto y apoyo, respaldo y aliento incondicional. Brindar oportunidades de participación significativa, algunas de estas conductas se les van limitando socialmente a los adultos mayores.

Como puede deducir con base en los resultados la resiliencia alta está presente en más de la mitad de esta muestra, entendiéndose que es la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.

Discusión

En el desarrollo de este estudio se percibe la influencia de una serie de componentes biológicos como genéticos en donde interactúan variables ambientales y conductas transgeneracionales que les favorecen a la solución de situaciones adversas, por lo que la resiliencia se considera como una función o propiedad compleja de los sistemas biológicos como se observa en los resultados analizados.

En esta muestra la apreciación que tienen los adultos mayores en un rango de 0 a 33 se identificó 10% el nivel de resiliencia bajo, el 37% en el rango medio y sobresale la resiliencia considerada alta en el 53% de los encuestados, esto podría considerarse como refiere Ebner, Freund y Baltes¹⁹ como un puente entre la supervivencia y el desarrollo también como un factor moderado para el afrontamiento de situaciones críticas. Los adultos mayores logran resultados satisfactorios a pesar de los retos y el estrés que han vivido y que son los que comprenden el proceso de resiliencia y los mecanismos subyacentes, ya que se han expuesto, a lo largo de su vida a mayor cantidad de estados de estrés y por tanto acumulan más experiencia de adversidad.

De los resultados analizados se comparan con los que describen Begoña,⁸ en donde en la resiliencia existen una serie de factores protectores, los cuales son de naturaleza variada y que van evolucionando a lo largo de la vida, según

estos investigadores se encuentran inmersos en lo psicológico, social, genético y biológico, los cuales son propios de cada persona y que son protectores en donde influye la espiritualidad, el buen humor o tener una perspectiva cognitiva, flexible ante problemas.³

En relación a los factores protectores del tipo psicológico se perciben el optimismo, afrontamiento, control personal, autoestima y las emociones positivas, estos elementos se ven presentes en los resultados descritos en párrafos anteriores, en el nivel biológico los protectores permiten a los individuos adaptarse a cambios permanentes; y por otro lado, mantienen la homeostasis de las funciones biológicas principales y esto hace que el sistema regrese a su estado previo de funcionamiento fisiológico y adaptativo cuando una circunstancia estresante les provoca daño o alteración.

Del mismo modo, son factores intervinientes en el campo cognoscitivo, percepciones del medio, influencias, apoyos y controles ejercidos por la familia, grupo de pares, valores personales y sociales, el desarrollo personal da lugar a las fortalezas y debilidades cuyo balance se expresa en la mayor o menor resistencia a la adversidad. Esta condición parece influir decisivamente en la posibilidad de que el riesgo afecte la salud, supervivencia y calidad de vida de una persona.

La resiliencia describe la existencia de verdaderos escudos protectores que atenúen efectos negativos y los transformen en elementos de superación personal, por lo tanto desde la enfermería se puede utilizar como un instrumento clínico que exige un cuadro de referencia moral. Esto implica que un individuo debe superar la situación de adversidad dentro de las normas culturales en las que él se desenvuelve. No cabe duda de que, como agentes de salud y/o educadores, debemos discutir sobre lo socialmente aceptable

y ser claros acerca de quiénes son aquellos que definen las normas. Cada situación depende de las circunstancias.

Conclusión

Por ello es imperativo que enfermería realice medidas de promoción y prevención en riegos que ocasionen una baja resiliencia y por ende una pérdida de sentido a la vida orillando a nuestros pacientes geriátricos a desarrollar algunos trastornos emocionales, psicológicos y síndrome de deslizamiento. 🧠

Referencias

1. **Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. México, 2015.
2. **Flankl V.** El hombre en busca de sentido. Duodécima edición. Barcelona: Herder; 1991.
3. **Jiménez MG.** Resiliencia y vejez. Informes portal mayores. 2008; 80:1-17.
4. **Rutter Michael.** Resilience: Some conceptual considerations. *J Adolesc Health* 1993;14(8):626-31.
5. **Connor KM, Davidson JRT.** Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression Anxiety* 2003;18:76-82.
6. **Jiménez MG.** La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Rev Española Geriátrica Gerontología* 2011;46(2):59-60.
7. **Hidalgo M, Miralles B.** Vulnerabilidad y resiliencia: medios y miedos. *Sociedad Española Psicoterapia Técnicas de Grupo* 2014;32:97-105.
8. **Begoña M, Briones A, Ballesteros S.** Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados. *Información Psicológica* 2013;106:41-53.
9. **Ruíz G, López A.** Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos Psicología* 2012;5(2):1-11.
10. **Wild K, Wiles J, Allen R.** Resilience: thoughts on the value of concept for critical gerontology. *Ageing Society* 2013;33:137-58.
11. **D'Alessio.** Mecanismos Neurobiológicos de la resiliencia, Editorial Polemos. 2008.
12. **Serrano D M.** Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados 2013;23 (1):14-21.
13. **Rodríguez M, Pereyra M, Gil E, Jofré M, Labiano L.** Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia. *Revista Evalúa* 2009; 9:72-82.
14. **Becoña, E.** Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Rev Psicopatol Clín* 2006;11(3):125-46.
15. **Seligman MEP, Csiks Zentmihalyi M.** Positive psychology: an introduction. *Am Psychol* 2000; 55:5-14.
16. **Vanistendael S.** Resiliencia y humor. Gedisa. Barcelona, 2013.
17. **Salgado LA.** Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liberabit. Rev Psicol* 2009;15(2):54-75.
18. **Hiew Chok, Chok C, Mari J, Shmigu M, Tominaga M.** Measurement of resilience development: preliminary results with a state trait resilience inventory. *J Learn Develop* 2000; 1:111- 7.
19. **Ebner NC, Freund AM, Baltes PB.** Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: from striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychol Aging* 2006; 21:664-78.