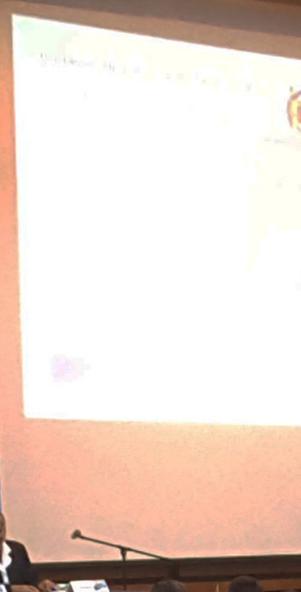


JANASKAKUA



Número especial dedicado al
“Primer congreso Internacional en el Marco de
XL Aniversario de la Facultad de Enfermería”

Año 1. No.1.
Febrero/Junio 2019
Morelia, Michoacán, México
U.M.S.N.H.

“ISSN en trámite”



UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
Cuna de héroes, crisol de pensadores

JANASKAKUA

DEFINICION

Sabiduría indígena, que se logra de todos los conocimientos y surgen de nuevas formas de pensamiento en situaciones nuevas, estos solo pueden ser atendidos en relación a espacios amplios de interés y poder, y recursivos, es decir, están llenos de ciclos de retroalimentación que presenta tanto riesgos como posibilidades.



CONTENIDO

“CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL”	10
“APEGO AL PROCEDIMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, PACIENTE Y/O FAMILIAR”	16
“COMPETENCIAS CLÍNICAS ADQUIRIDAS DURANTE EL PROCESO DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA”	24
“COMPETENCIAS PROFESIONALES INTEGRALES EN PASANTES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO SOCIAL”	30
“CONOCER LA DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE TLAHUELILPAN HIDALGO”	37
“CONOCIMIENTO PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS.”	41
“DESCRIPCIÓN DEL ABANDONO ESCOLAR Y SU COSTO ECONÓMICO EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR”	46
“EFECTO DEL APOYO EDUCATIVO EN CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES DIABÉTICOS PARA EVITAR COMPLICACIONES DE PIES”	52
“IMPACTO EN LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA CON RIESGO DE PADECER SÍNDROME DE BURNOUT”	58
“INFLUENCIA DEL ASESORAMIENTO NUTRICIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS EN LA COLONIA PRESAS EN EL ESTADO DE HIDALGO”	65
“LA TERAPIA PSICOCORPORAL COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU EFECTO EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH”	71
“PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN POR ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO”	80
“ÚLCERAS POR PRESIÓN EN NEONATOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA”	86
“VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO CORRECTO Y LLENADO DE LA HOJA DE CIRUGÍA SEGURA SALVAS VIDA”	93

DIRECTORIO



Rector

Dr. Raúl Cárdenas Navarro

Secretario General

L.E. Pedro Mata Vazquez

Secretario Académico

Dr. Orépani García Rodríguez

Secretario Administrativo

ME en M.F. Silvia Hernández Capi

Difusión Cultural y Extensión Universitaria

Dr. Héctor Pérez Pintor

Secretario Auxiliar

Abogado General

Dr. Juan Carlos Gómez Revuelta

Tesorero

Dr. Rodrigo Gómez Monge

Contralor

Mtro. Rodrigo Tavera Ochoa

Coordinadora de la Investigación Científica

Dr. Marco Antonio Landavazo Arias



Director

M. E. Ana Celia Anguiano Morán

Editor

Dra. María del Carmen Montoya Díaz

Comité editorial o Editores

Dra. Luz María Antonia Tejada Tayabas

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Dra. María De Jesus Ruiz Recéndiz

Dra. José Manuel Herrera Paredes

Diseño

LMI. Tania Anais Solis Lopez

Sitio Web

M.E. Francisco Javier Ferreyra López

Janaskakua revista de divulgación de la Facultad de Enfermería, Año 1, No. 1, Enero-Abirl 2019, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad Michoacan de San Nicolás de Hidalgo a través de la Facultad de Enfermería, Av. Ventura Punte #115, Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55, <http://janaskakua.enfermeria.umich.mx>, carmen_montdiaz@yahoo.com.mx Editor Dra. María del Carmen Montoya Díaz, Derechos de uso exclusivo e ISSN en trámite. Responsable de la última Actualización de este número, comité editorial, Av. Ventura Punte #115, Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55. Fecha de la última modificación 10 de enero del 2019.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Esta revista puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma requiere permiso previo de la institución y del autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución -NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.



EDITORIAL

La Facultad de Enfermería inició como una dependencia de la Facultad de Medicina en 1857 y en 1918 fue creada la Escuela de Enfermería, que fue cerrada en varias ocasiones y transitó desde el nivel técnico hasta la licenciatura, cuando en 1978 el H. Consejo Universitario aprobó el Plan de estudios de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y en 2006 inicia el Programa de Maestría en Enfermería que permitió el cambio de estatus de Escuela a Facultad.

Es así que, desde hace 41 años, la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo se convirtió en líder en la formación de recursos humanos en enfermería que han contribuido en la salud de la población michoacana.

El impacto social de los licenciados y licenciadas en enfermería nicolaitas contribuye a mejorar la salud de las personas y apoyar el crecimiento social desde la realización del servicio social, cuando colabora directamente en el primer y segundo nivel de atención implementando los programas prioritarios del Sistema Nacional de salud.

De igual manera, en estos años la Facultad de Enfermería ha sido reconocida por la calidad de su programa educativo por organismos como el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería, A.C. y el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A.C. y se mantiene comprometida en procesos de evaluación y mejora continua, buscando asegurar la calidad de sus procesos sustantivos, a fin de garantizar que sus estudiantes adquieran las competencias necesarias para brindar un cuidado de enfermería con calidad.

Desde su creación, la Facultad de Enfermería se ha comprometido con fortalecer la investigación en sus estudiantes, egresados y docentes, estableciendo en la Misión de su Plan de Estudios el “Formar profesionales e investigadores de enfermería, competentes, con actitud crítica, creativa, científica, sentido ético y humanístico; capaces de colaborar con el equipo multiprofesional de salud para que a través de su ejercicio profesional contribuyan a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades; siendo pertinentes con el cuidado de la salud y la vida de las personas ante los problemas y necesidades sociales, lo que le permite contribuir con el desarrollo sustentable del país”.

En consecuencia, desde hace 23 años se desarrolla en la Facultad el Foro de Investigación de estudiantes de Licenciatura en Enfermería, donde se presentan los resultados de las investigaciones realizadas por los estudiantes en las unidades de aprendizaje.

Así mismo, en 2018, con motivo del XL aniversario de la dependencia, se celebró el primer Congreso Internacional “El desarrollo científico de la profesión de enfermería” que incluyó conferencias magistrales, ponencias y comunicaciones donde se analizaron los avances de la profesión desde la perspectiva de la docencia-asistencia.

Las comunicaciones de ese evento se convierten en el primer número de la revista Janaskakua, órgano de divulgación de la Facultad de Enfermería. La palabra, de origen purépecha, refleja el surgimiento de nuevas formas de pensamiento, idea siempre presente en la disciplina de enfermería y en el nicolaicismo.

Janaskakua se proyecta como una revista electrónica y gratuita de libre acceso cuyo objetivo será presentar resultados de investigación, casos clínicos y ensayos derivados de la práctica de enfermería que contribuyan al desarrollo de la enfermería michoacana, y sean un referente de los profesionales de enfermería de la región centro occidente del país.

LA PNL COMO INTERVENCIÓN INTEGRADORA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH PARA FAVORECER SU GAUDIBILIDAD.

M.E. Guadalupe Erendira Montoya Ramírez, L.E. Gloria Correa Leyva, M.C.I.E. José Luis Cira Huape, L.E.A. Guadalupe Ortiz Mendoza y DRA. ENF. Mayra Itzel Huerta Baltazar.

INTRODUCCIÓN

Según lo mencionado en el informe del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) en el marco del día mundial del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), en 2014, 36.9 millones de personas en el mundo vivían con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), 1.2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida (ONUSIDA, 2015). En México en diciembre del 2014, 190 mil personas vivían con VIH, en el 2013; 4,965 personas murieron a causa de enfermedades asociadas al sida (CENSIDA, 2015). En Michoacán, las estadísticas del VIH-sida se han mantenido estables al hacer un recuento de 1985 a septiembre de 2015 se contabilizan 5 mil 444 enfermos con VIH en la entidad, el mayor número de pacientes con este padecimiento se ubican en la capital del Estado, Morelia (SSM,2015).

El VIH ataca las células CD4 (cúmulo de diferenciación 4 o cluster of cuadruple differentiation, en inglés) del sistema inmune, ocasionando que el organismo tenga mayor riesgo de contraer enfermedades más graves, como infecciones. La primera implicación en la persona que vive con VIH es el impacto emocional al saberse portador del virus y sentir una profunda angustia de darse cuenta que su vida ya no volverá a ser igual, teniendo entonces un alto riesgo de entrar en estado de depresión por miedo a la muerte inminente, que puede repercutir también a la familia directa.

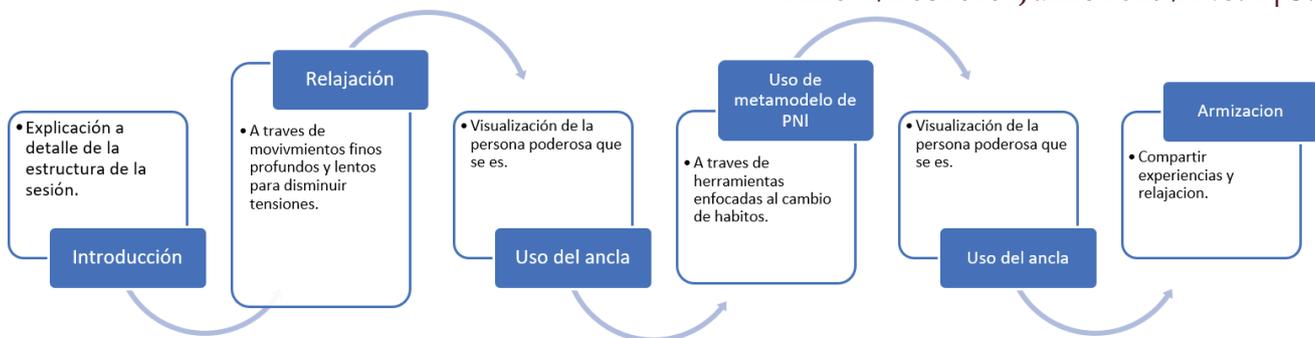
En este sentido el impacto emocional de saberse con VIH, suele ser negativo, caracterizado por tristeza, temor y ansiedad, disminuye a la vez las emociones positivas como optimismo, confianza, amor y esperanza. Cantú y Álvarez (Cantú, 2015), mencionan que puede llegar a amenazar la vida, el bienestar físico y disminuir la autoestima, en donde la depresión en personas que viven con VIH se asocia especialmente a las pérdidas inmediatas y potenciales en cuanto a calidad de vida, sumadas al estigma que recae sobre ellas.

Padrós (2011) señala que las habilidades, creencias, estilos cognitivos y estilos de vida, vislumbran, en el sentido del humor, la capacidad de concentración, la amplitud de intereses, la capacidad para plantearse retos, la confianza en sí mismo y otras características que hacen que una persona disfrute más que otras en las mismas situaciones (Padrós, 2011). Las actividades placenteras han sido identificadas como una de las rutas de acceso al bienestar y dado que la gaudibilidad hace referencia a los moduladores que regulan el disfrute, si una persona tiene elevados niveles de gaudibilidad ello lo predispone a disfrutar frecuentemente con alta intensidad y frente a una gran cantidad de circunstancias que generan felicidad a la persona (Castro, 2011).

De tal modo que, si se aumenta el nivel de gaudibilidad, se aumenta el nivel de disfrute y con ello el nivel de afecto positivo y bienestar subjetivo (Padrós, 2012), situación que se adapta a las personas que viven con VIH, pudiéndose lograr a partir del uso de herramientas psicoeducativas orientadas a reprogramar a la persona para reparar el daño y la prevención de la enfermedad mental.

Este trabajo tuvo como referente teórico a Martha Elizabeth Rogers, quien afirma que, los seres humanos son campos de energía dinámicos, integrados en los campos del entorno. Ambos tipos de campos, obedecen a un patrón y se distinguen por su condición de sistemas abiertos (Anne, 2011), El objetivo de Enfermería según Martha Elizabeth Rogers es fomentar y promover la salud y el bienestar, buscando el balance y armonía entre el hombre y su entorno, con la PNL como actividad de Enfermería se cumple el objetivo de Martha Elizabeth Rogers de favorecer la creatividad de enfermería en el cuidado.

Así mismo los conceptos de la PNL que es el estudio de la experiencia humana subjetiva, cómo se organiza lo que percibe y cómo revisa y filtra el mundo exterior mediante los sentidos (Ferrari, 2016).



Esquema 1. Metodología del taller de PNL, para personas que viven con VIH.

Fuente: Elaboración propia.

El profesional de la enfermería utiliza intervenciones actualizadas, probadas por la investigación y apoyadas por principios científicos, que le permiten actuar de manera independiente para fomentar la salud de la persona con el uso de herramientas alternativas, recordando que el ser humano es un sistema abierto.

Y el concepto de gaudibilidad definido como: “El conjunto de moduladores que regulan el disfrute que las personas experimentan, lo cual repercute en el bienestar y la calidad de vida de las personas” (Padros, 2008). Dado que la gaudibilidad hace referencia a los moduladores que regulan el disfrute, si una persona tiene elevados niveles de gaudibilidad ello lo predispone a disfrutar frecuentemente, con alta intensidad y frente a una gran cantidad de circunstancias que generan felicidad y salud a la persona (Padros, 2014).

Por lo anterior el propósito fue analizar la experiencia vivida en un taller de PNL para favorecer la gaudibilidad de PVVIH.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio cualitativo con diseño fenomenológico. El universo de trabajo fue la Asociación CONVIHVE A.C. de Michoacán, México. Se contó la participación de 12 personas en edad productiva, siendo solo una mujer y once hombres. La Intervención fue un taller de PNL de ocho sesiones cada una de tres horas.

En la primera sesión se trabajó la habilidad para cambiar de estado emocional con el establecimiento de anclas, en la segunda sesión se reafirma la capacidad de tener cada día más emociones positivas y de mayor intensidad, en la tercera sesión se enseñó a direccionar la mente en busca de nuevas y benéficas soluciones, en la cuarta sesión se trabajó para cambiar pensamientos negativos por pensamientos positivos, en la quinta sesión se reafirma la capacidad para cambiar estados negativos, en la sexta sesión se trabajó en sentir y vivir la felicidad, en la séptima sesión se enseñó a entrar a

un estado neutro y en la octava sesión se reafirman todas las herramientas aprendidas para crear un estado de poder, risa, paz y flexibilidad.

Todas las sesiones siguieron la misma metodología para cumplir con una de las premisas de la PNL que es el crear nuevos hábitos, misma que se describe en el esquema 1.

La recolección de datos se realizó a través de las técnicas de; buzón que es, un receptáculo que contiene una apertura adaptada para recolectar papeletas, el objetivo de esta técnica es recabar, por escrito, la experiencia vivida por los participantes. Y la técnica de observación participante que es, la descripción de los seres vivos en su medio natural que, requiere la implicación del investigador en el campo cultural ajeno de trabajo, a través de una inmersión completa a fin de conocer la vida real del grupo, modos de vida, etcétera (Perea, 2004), el tratamiento de los datos fue a través del análisis de contenido.

Para respetar el anonimato de los participantes se les otorgó un seudónimo con nombres de aves a cada uno, donde para asegurar la transparencia de esta investigación se consideraron las leyes, normas y códigos vigentes. Cuidando los principios éticos se informó al participante la naturaleza, duración y propósito del estudio, entregándosele el consentimiento informado donde emitió la aceptación a participar.

Resultados: A la luz de los códigos vivos y como resultados emergen cinco dimensiones mismas que a continuación se describen:

a)Dimensión: Extraordinariamente feliz, utilizar pensamientos y emociones positivas, vivir emociones satisfactorias, de disfrute que llevo al participante a sentir que soy especial, donde el inconsciente se apodera de esa sensación placentera y busca más. Al respecto los participantes expresaron: logré sustituir una emoción desagradable

por una sensación de tranquilidad y de paz (Gorrión), donde las emociones de disfrute se hicieron presentes: me encanta el vaivén de emociones (Cetia), siendo consiente del poder que posee para decidir el tipo de emociones prevalezcan en él: es posible cambiar de estado de ánimo, todo depende de uno mismo (Águila).

b) Dimensión empoderamiento-sintiéndome yo: El participante es consciente de los estados de disfrute que puede llegar a tener: darme cuenta de que soy la mejor (Águila); le recordó esa parte que quizá su inconsciente guardó: creo que tenía tiempo sin sentirme tan emocionado, sintiéndome yo (Bengalía); reactivó un estado poderoso que él poseía ya: que agradable volver a sentirme empoderado y con confianza (Colibrí). Dichas experiencias logradas través de las herramientas de la PNL se cumple una de las premisas que sostiene que, una vez que tu inconsciente se encuentra en la cima difícilmente querrá bajar: quiero seguir así de feliz siempre (Calandria).

c) Dimensión: camino a la plenitud-la mejor versión de mí, al darse cuenta del poder interno que posee para cambiar sensaciones de malestar por sensaciones de bienestar el participante expresó: poder descubrir que mis enojos los puedo hacer a un lado y ser más tolerante y más feliz (Fénix), lo llevo a ser consiente del poder de cambio: me siento muy bien, siento que todo lo puedo (Cetia), logrando así re direccionar la mente para crear nuevos hábitos que le permitan ser una la mejor versión de él: me siento a gusto por sacar todo lo malo, me ayuda a ser mejor persona (Colibrí).

d) Dimensión: nuevo amanecer, trabajar intensamente para generar cambios necesarios en su vida, le permitió al participante anclar nuevos hábitos al inconsciente creando reacciones que le ayudan a renovarse. Al respecto los participantes expresaron: reinterpretó mi vida (Cetia), donde la experiencia de placer se hizo presente: hoy fue diferente, desperté mi mente, estuve flotando en el mar (Gorrión); explotando las capacidades de disfrute que posee: me gusto que ya no me costó trabajo concentrarme (Gavilán).

e) Dimensión: me amo y me apruebo; la felicidad se alcanza cuando la persona descubre los mejores recursos que tiene, y que los puede utilizar en el momento y en el contexto que lo desee, tal como lo expresaron los participantes: estoy seguro que lo lograré, tengo todo para ser feliz (Calandria). Con la ayuda de la PNL se logra vencer los miedos que limitan el disfrute y la plenitud personal que pudieran afectar la felicidad, como lo expresó Bengalía: Vencer mis miedos para

emprender nuevos retos con alegría y optimismo estoy seguro que lo lograré, lo que llevó al participante a generar emociones de gran intensidad: siento en mi pecho una emoción que me fortalece y me anima a vencer mis miedos (Fénix) haciéndolo consciente del poder de disfrute que posee: sentí todo mi cuerpo y mi corazón como latía en mi ser (Gavilán).

DISCUSIÓN: en esta investigación el participante se hizo consciente del poder de cambio que tiene para disfrutar de la vida, con el uso de los recursos que fueron adquiridos durante el taller de PNL, se reactivaron emociones placenteras que los condujeron a la felicidad; en torno a esto, Vázquez (2013) en su investigación titulada “La Felicidad y la Percepción de la Salud”, comenta que los problemas de tipo psicológico están mucho más relacionados con la infelicidad que los problemas físicos (Vázquez, 2013).

Las intervenciones de enfermería despertaron en los participantes la tendencia natural de la mente que es pensar y la tendencia natural del cuerpo que es sanarse a sí mismo, se crearon nuevos hábitos para orientar sus acciones o pensamientos a la generación de placer, donde día a día creció la habilidad de los participantes para permanecer en un estado de mayor bienestar, evidencia que no fue posible compararla con otras investigaciones, ya que no se encontró estudios que abordaran estos aspectos, por lo tanto, se ha generado un nuevo conocimiento que fortalecerá a las personas que viven con VIH y a las intervenciones de enfermería.

Se ratifica uno de los postulados de Martha Elizabeth Rogers (2011) que dice; “La salud dependerá de las circunstancias y experiencias a lo largo de la vida de cada ser humano y la capacidad de este para lidiar y alcanzarla”.

CONCLUSIÓN: siguiendo el objetivo de enfermería de fomentar y promover la salud y el bienestar, buscando el balance y armonía entre el hombre y su entorno, la presente investigación se centró en la totalidad de la persona de modo humanístico, abstracto, juicioso y compasivo sin perder la creatividad y la inventiva en cada intervención, con la PNL como intervención de enfermería se cumple dicho objetivo, y con ello se contribuyó a la apertura de nuevos campos de acción para la enfermería, donde se favoreció la gaudibilidad de las personas que viven con VIH, las cuales reavivaron emociones para el disfrute como; la risa, la paz, el poder interior y el bienestar. Estas, favorecieron el generar cambios positivos en los patrones de comporta-

miento, lo que determinó la efectividad de la PNL como intervención de enfermería por lo que se propone se promueva la utilización de esta en el cuidado de personas con otras condiciones crónicas degenerativas, del mismo modo se recomienda continuar en la generación de evidencias que permitan sustentar esta intervención para ser incluida en la clasificación del NIC como intervención.

BIBLIOGRAFÍA:

Anne, G. 2011. Fundamentos de Enfermería. 5ta ed. Barcelona: Editorial Diorki Servicios Integrales de edición, 2011. p. 98 Accessed April 2015. [Online]. Available: <http://enfermeriaactodecuidaryamar.blogspot.mx/2011/11/martha-rogers-su-teoria-para-enfermeria.html>

Cantú R, and J. Álvarez, 2015. Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, Vol. 22, Núm. 2: 163-172, julio-diciembre de 2012. Accessed may 2015. [Online]. Available: http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Rodrigo%20Cant%FA%20Guzm%E1n_2.pdf

Castro, A. 2011. Las rutas del acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaimónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 26(2), 117-139. 2011. Accessed May 2015. [Online]. Available: [http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/\[in=psyke2.in\]/?format=breve&boolean=%5BNR:11353848](http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/[in=psyke2.in]/?format=breve&boolean=%5BNR:11353848)

CENSIDA, 2015. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, "Panorama de la respuesta nacional al VIH México 2015". 1º de diciembre de 2015. Accessed december 2015. [Online]. Available: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/diamundial/Panorama_nacional_de_la_respuesta_a_la_epidemia_de_VIH2015_1.pdf

Ferrari, L. 2016. El poder de tu mente. No te imaginas lo que tu mente puede hacer por ti. 2014. Tus buenos libros. com Accessed April 2016. [Online]. Available: http://www.tusbuenoslibros.com/resumenes/el_poder_de_tu_mente.pdf

ONUSIDA, 2015. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, "El SIDA en cifras 2015". Día mundial del SIDA 2015. 20 Avenue Appia CH-1211 Ginebra 27 Suiza Accessed november 2015. [Online]. Available: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf

Padrós F. 2011. Nivel de Gaudibilidad en pacientes esquizofrénicos: un estudio piloto. *Salud Ment* vol.34 no.6 México nov./dic. 2011. Accessed May 2013. [Online]. Available: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600007

Padrós, F. 2012. Disfruté y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la Gaudibilidad. Departamento de Psicología en Educación, Facultad en Psicología, Universidad de Barcelona 2012. Accessed may 2013. [Online]. Available: <http://www.revistas.unc.edu.ar>

</index.php/revaluar/article/download/.../448>

Padrós F and J. Fernández, 2013. Proposal to measure a modulator of the experience of enjoyment: The gaudiebility scale. *Internacional J Psychology Psychological Therapy* 2008;8(3):413–430. Accessed may 2013. [Online]. Available: <http://www.ijpsy.com/volumen8/num3/214/a-proposal-to-measure-a-modulator-of-the-EN.pdf>

Padrós, F. 2014. Gaudiebility Group Therapy in Depressed Patients: A Pilot Study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 1, 59-69, 2014 Printed in Spain. All rights reserved. 2014. Accessed february 2014. [Online]. Available: <http://www.ijpsy.com/volumen14/num1/374/gaudiebility-group-therapy-in-depressed-EN.pdf>

Perea, Q, 2004. Educación para la salud: (Reto de nuestro tiempo) Observación Participante. Ediciones Diaz De Santos, S.A. Doña Juana de Castilla, 22. 28027 Madrid España. ISBN: 84-7978-644-2. 2004.

SSM, 2015. Secretaria de Salud de Michoacán, "Informe anual 2015" Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA 2015. Accessed november 2015. [Online]. Available: <http://www.moreliaymas.com/incrementan-casos-de-vihsida-en-michoacan/>

Vázquez, C. 2013. La Felicidad y la Percepción de la Salud. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Millward Brown España. Accessed December 2014. [Online]. Available: <https://es.scribd.com/document/75236405/La-felicidad-y-la-percepcion-de-la-salud>

“CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL”

Areli Contreras García, América Abril Jiménez Escamilla, Mariela López García, Karina López Hernández, Julia López Martínez y Claudia Atala Trejo García

aaaje_23297@hotmail.com

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior de Tlahuelilpan

Introducción: La Parálisis Cerebral Infantil es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la principal causa de discapacidad, desencadenando múltiples eventos traumáticos y estresantes, que modifican el estilo de vida de los cuidadores.

Objetivo General: Analizar la capacidad de afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, participaron 28 cuidadores de niños con Parálisis Cerebral. Se utilizó el instrumento ESCAPS (Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación Versión Modificada al Español) constituido por 47 ítems, agrupados por 5 factores tres de ellos miden el comportamiento generado frente a un estímulo estresante y los otros 2 miden el tipo de estrategia de afrontamiento, cuenta con una confiabilidad de 0,88 Por Alpha de Cronbach.

Resultados: La edad promedio de la población en estudio fue 33.21 ± 7.1 , el promedio de tiempo de asistencia de los cuidadores fue de 2.00 ± 1.18 meses, el 89% de los cuidadores son de género femenino, en cuanto al parentesco predominaron las madres con un 89%, el 36% tiene un grado de escolaridad de nivel secundaria. En relación a la capacidad de afrontamiento y adaptación un 75% de la población se encontró con un grado de alta capacidad, un 14% con muy alta capacidad y el 11% poseen una mediana capacidad.

Conclusión: los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil poseen capacidad de afrontamiento y adaptación, sin embargo es necesario implementar acciones para mantenerlas y/o potencializarlas.

Palabras claves: Parálisis cerebral infantil, Adaptación, Afrontamiento, Enfermería, Cuidadores

Abstract: Introduction: Infantile Cerebral Palsy is a public health problem in the world, It is the main cause of disability, triggering multiple traumatic and stressful events that modify the lifestyle of the people who take care of the children.

General Objective: To know the capacity of coping and adaptation of take care of children with Cerebral Infantile Paralysis

Material and methods: Quantitative, descriptive, non-experimental study, 28 caregivers of children with Cerebral Palsy participated. We used the instrument ESCAPS (Scale of Measurement of Coping and Adaptation Process Modified Version to Spanish) constituted by 47 items, grouped by 5 factors three of them measure the generated behavior in front of a stressful stimulus and the other 2 measure the type of strategy of coping, it has a reliability of 0.88 By Alpha de Cronbach.

Results: The average age of the studying population was 33.21 ± 7.1 , the average time of attendance of the caregivers was 2.00 ± 1.18 months, 89% of the caregivers are female, in terms of kinship mothers predominated. 89%, 36% have a secondary level of education. In relation to coping and adaptation capacity, 75% of the population was found with a high capacity degree, 14% with very high capacity and 11% with a medium capacity

Conclusion: caregivers of children with infantile cerebral palsy have the ability to cope and adapt, however it is necessary to implement actions to maintain and / or potentiate them.

Keywords: Infant cerebral palsy, Adaptation, Coping, Nursing, Caregivers children.

Introducción: El presente trabajo de investigación tiene como objetivo central analizar la capacidad de afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil de 0 a 5 años de edad del Centro de Rehabilitación Integral de Tula de Allende Hidalgo, puesto que, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la

participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

La definición más aceptada de la enfermedad es la propuesta por un comité de expertos en el año 2005 que señala: la Parálisis Cerebral Infantil es un trastorno del desarrollo del tono postural y del movimiento de carácter persistente (aunque no invariable) que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una lesión no progresiva en un cerebro inmaduro. El impacto de la llegada de un hijo con Parálisis Cerebral, desencadena en el núcleo familiar múltiples eventos traumáticos y estresantes, que modificarán el estilo de vida de los miembros de una familia, especialmente de padres y cuidadores, quienes estarán a cargo de cada uno de los cuidados necesarios. Se utilizó el modelo de Callista Roy, teórica de Enfermería que estudió los procesos de afrontamiento para la adaptación, tiene un interés central porque su eficacia depende del mantenimiento y recuperación de la salud. Este proceso hace referencia a todos los esfuerzos que realiza una persona para controlar los estímulos del medio ambiente, así como a las diferentes estrategias que utiliza permanentemente para afrontarlos.

Se utilizó metodología con enfoque cuantitativo, el estudio se llevó a cabo en 28 cuidadores, como instrumento se utilizó un cuestionario denominado Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, en su versión en español con una alta validez y confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.88.

Material y métodos: Tipo de estudio: Este trabajo fue de aplicabilidad básica y se utilizó la metodología con enfoque cuantitativo, con base en la medición numérica, y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento. Se fundamentó en la medición de variables y conceptos contenidos en la hipótesis, se hizo uso de procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica y su interpretación constituyó una explicación de cómo los resultados reflejaron el conocimiento existente. El alcance de la Investigación fue de tipo descriptivo porque busco especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno que se analizó y permitió describir las tendencias de un grupo o población. Diseño

Metodológico: De diseño no experimental porque una vez obtenidos los datos y realizado el concentrado de la información que otorgo el instrumento, no se ejecutó intervención alguna. La forma de recolección de datos fue de tipo prolectivo, porque fueron directamente obtenidos de fuentes primarias de sujetos de investigación. De medición transversal porque únicamente se efectuó una medición de variables. Límites de tiempo y espacio: El desarrollo del presente protocolo de investigación se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación Integral de Tula de Allende, Hidalgo. Universo: El universo consto de 28 cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil, que acudieron a terapias en el Centro de Rehabilitación Integral de Tula de Allende, Hidalgo. Muestra: Para determinar la muestra a estudiar del presente trabajo de investigación se utilizó la muestra no probabilístico la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación ya que el diseño corresponde solo a un grupo de sujetos obteniendo así el tamaño de la muestra que fue de 28 cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil. Criterios de inclusión: Todos los padres de niños con Parálisis Cerebral Infantil que acudieron al Centro de Rehabilitación Integral de Tula de Allende, Hidalgo y autorizaron su participación dentro de la investigación a través de la otorgación de su firma en la carta de consentimiento informado. Criterios de exclusión: Cuidadores que no tienen hijos con Parálisis Cerebral Infantil y que no acudan al Centro de Rehabilitación Integral de Tula de Allende, Hidalgo. Criterios de eliminación: Cuidadores que no firmaron la carta de consentimiento informado y que no contestaron al cien por ciento el instrumento que se les aplico para la concentración de datos de la Instrumento: Se utilizó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS), que permitió identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar la situación y promover su adaptación. Este instrumento fue de medición ordinal, conformado por 47 ítems, agrupados por 5 estilos y estrategias denominadas por Roy como factores y con un formato tipo Likert de 4 criterios: nunca=1, rara vez=2, casi siempre=3 y siempre=4; cada ítem fue una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil

Identifico los estilos, estrategias y niveles del proceso cognitivo en cada factor. El factor uno consta de diez ítems y evaluó los comportamientos personales recursivo y centrado; el factor dos consta de 14 ítems, resalta reacciones físicas; el factor tres comprendió 9 ítems, se enfocó en el proceso de alerta; el factor cuatro con seis ítems, describió el procesamiento sistemático; y el factor cinco de ocho ítems, conoció y relaciono las estrategias de cada persona.

El factor 1: recursivo y centrado (10 ítems) reflejo los comportamientos personales y los recursos, se concentró en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información; considero actitudes con respecto a la solución de problemas como el ser creativo y buscar resultados. Siendo recursivo el “estilo” y “centrado” la estrategia. Este factor agrupo ítems que presentaron comportamientos siempre positivos e implicó una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento.

El factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems) resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones. El estilo fue “reacciones físicas” y la estrategia “enfocado”; a su vez, este factor tuvo un puntaje inverso, porque califico negativamente el comportamiento o la actitud.

El factor 3: proceso de alerta (9 ítems) represento los comportamientos del yo personal y físico y se enfocó en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, mantuvo la combinación de estilos y estrategias.

El factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems) describió las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente; los factores 3 y 4 fueron estrategias

El factor 5: conocer y relacionar (8 ítems) describió las estrategias que uso la persona para utilizarse a sí misma y a otros, con ayuda de la memoria y la imaginación. El estilo fue “conociendo” y la estrategia fue “relacionando”.²⁵

Se proponen cuatro categorías para cada factor y un puntaje global, relacionadas con el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación, la conforman, baja capacidad con un puntaje global 47 a 82, mediana capacidad de 83-118, alta capacidad 119-153 y muy alta capacidad de 154-188.

Procedimientos: Recolección de datos: Se acudió al Centro de Rehabilitación Integral de Tula de Allende, Hidalgo y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se aplicó el cuestionario y se realizó la recolección de datos. De reclutamiento: Se solicitó la autorización del director del Centro de Rehabilitación Integral de Tula de Allende, Hidalgo y de los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral de 0 a 5 años de edad para participar en el protocolo de investigación. Análisis estadístico: Una vez que los datos se codificaron fueron transferidos en una matriz y se procedió a analizarlos a través del paquete estadístico para las ciencias sociales desarrollado por la Universidad de Chicago (SPSS) versión 19 el cual fue instalado en el sistema operativo Windows.

Resultados: De acuerdo a la población encuestada el promedio de edad fue de 33.21 ± 7.1 , siendo el rango de edad más frecuente de 32-37 años.

El promedio del tiempo de asistencia de los cuidadores fue de 2.00 ± 1.182 meses, el rango predominante de asistencia fue de 1 a 11 meses. (ver tabla 1, 3).

El número de personas que habitan con los cuidadores correspondió a una 3.18 ± 1.219 . (ver tabla 1, 3).

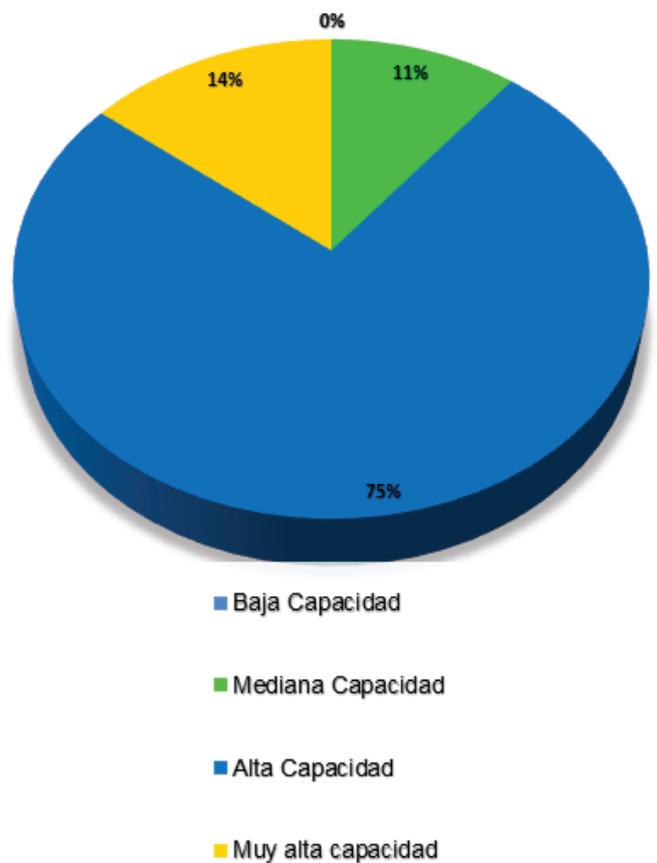
Tabla 1. Variables sociodemográficas de cuidadores de niños con PCI de 0 a 5 años de edad.

Variable	Dato Mínimo	Dato Máximo	$\bar{X} \pm DE$
Edad	0	50	33.21 ± 7.1
Tiempo de asistencia a rehabilitación	1	5	2.00 ± 1.182
Personas que viven con usted	1	6	3.18 ± 1.219

Fuente: Ficha de Identificación del Instrumento ES-CAPS Versión modificada al Español.

Tabla 2. Variables sociodemográficas de cuidadores de niños con PCI de 0 a 5 años de edad.

Variable	f	%
Edad		
20-25	4	14
26-31	6	21
32-37	10	36
38-43	6	21
44-50	2	7
Genero		
Femenino	25	89
Masculino	3	11
Parentesco		
Madre	25	89
Padre	1	4
Abuelo	1	4
Tío	1	4
Estado Civil		
Casado (a)	21	75
Viudo (a)	6	21
Soltero (a)	1	4
Escolaridad		
Primaria	1	4
Secundaria	10	36
Preparatoria	9	32
Universidad	8	29
Religión		
Católica	25	89
Cristiana	1	4



Fuente: Ficha de Identificación del Instrumento ESCAPS Versión modificada al Español. n=28

La muestra de 28 sujetos que participaron en esta investigación, correspondió al género femenino 89% (n=25), en tanto que el 11% (n=3) fue del género masculino.

En cuanto al parentesco predominaron las madres con el 89% (n=25), 4% (n=1) correspondió al padre, 4% (n=1) al abuelo y finalmente el 4% (n=1) al tío.

El 75% (n=21) de la población estudiada son casados, el 21% (n=6) son solteros y el 4% (n=1) son viudos.

De acuerdo al grado de escolaridad el 36% (n=10) tienen nivel secundaria, 32% (n=9) preparatoria, 29% (n=8) universidad y el 4% (n=1) solo tuvieron primaria. Con respecto a las creencias religiosas el 89% (n=25) profesa la religión católica, 7% (n=2) creyente y el 4% (n=1) cristiana. (Ver Tabla 2).

Gráfico 1. Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en cuidadores de niños con PCI de 0 a 5 años de edad del Centro de Rehabilitación Integral de Tula de Allende, Hgo.

Fuente: Instrumento ESCAPS Versión modificada al Español.

El 75% (n=21) de la población se encontró con un grado de Alta Capacidad, un 14% (n=4) con muy Alta Capacidad y el 11% (n=3) equivalente a Mediana Capacidad.

Tabla 3. Descripción de factores de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación versión modificada al español

Fuente: Instrumento ESCAPS Versión modificada al Español. n=28

Variable	F	%
Factores		
Factor 1: Recursivo y Centrado		
Baja capacidad	0	0
Mediana Capacidad	7	25
Alta Capacidad	15	54
Muy Alta Capacidad	6	21
Factor 2 : Reacciones Físicas y Enfocadas		
Baja capacidad	0	0
Mediana Capacidad	5	18
Alta Capacidad	19	68
Muy Alta Capacidad	4	14
Factor 3: Proceso de Alerta		
Baja capacidad	0	0
Mediana Capacidad	9	32
Alta Capacidad	16	57
Muy Alta Capacidad	3	11
Factor 4 : Procesamiento Sistemático		
Baja capacidad	0	0
Mediana Capacidad	2	7.1
Alta Capacidad	13	46.4
Muy Alta Capacidad	13	46.4
Factor 5: Conocer y Relacionar		
Baja capacidad	0	0
Mediana Capacidad	1	3.6
Alta Capacidad	15	53.6
Muy Alta Capacidad	12	42.9

En la tabla 3 muestra que los resultados obtenidos representaron diferencias en los 5 factores y demostraron que ningún participante tuvo baja capacidad de afrontamiento y adaptación

El factor 1 recursivo y centrado refleja los comportamientos personales y de recursos, considerando actitudes con respecto a la solución de problemas con un 54% (n=15) los cuidadores mostraron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación lo que significa que su estilo es activo, con estrategias centradas en el problema.

El factor 2 tiene un puntaje inverso califica las reacciones físicas y enfocadas y la fase de salida durante el

manejo de las situaciones manteniendo alta capacidad con un 68% (n=19) para regular los aspectos emocionales, confrontar la realidad, maneja las consecuencias y usar la aceptación como estrategia flexible lo que refleja esfuerzo para regular los aspectos emocionales y buscar mantener el equilibrio efectivo.

Factor 3 proceso de alerta representa los comportamientos del yo personal y físicos, se enfoca en los 3 niveles del procesamiento de la información entradas, procesos centrales y salidas con el 57%(n=16) en alta capacidad, manteniendo la combinación de estilos y estrategias que van dirigidas a confrontar la realidad y a manejar sus consecuencias.

Factor 4 procesamiento sistemático, describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente por lo cual los cuidadores resultaron con Alta y Muy Alta Capacidad con 46.4%(n=13) ya que aceptan la responsabilidad en el origen mantenimiento y las consecuencias del problema.

Factor 5 conocer y relacionar muestra las estrategias que utiliza la persona para utilizarse así mismo y a otros dando un 53.6%(n=15) en Alta Capacidad buscando el apoyo social y manejando es estilo estresor en forma directa, actuando frente al problema que las persona considera es susceptible de modificar.

Conclusiones: De los resultados obtenidos, los cuidadores de niños con Parálisis Cerebral Infantil poseen una alta capacidad de afrontamiento y adaptación principalmente en situaciones estresantes, centradas y recursivas utilizando estrategias de afrontamiento sistemáticos, la población presento características conductuales que les permiten desarrollar estrategias para mejorar y elevar su capacidad de adaptación el tiempo y la frecuencia de asistencia al Centro de Rehabilitación Integral de Tula de Allende, Hidalgo propician a tener una mejor capacidad y generar estrategias de afrontamiento y adaptación en los cuidadores.

Al demostrar no tener baja capacidad de afrontamiento y adaptación disminuye el riesgo de presentar estrés post traumático bajo.

Aunque en el estudio no se encontraron cuidadores con baja capacidad de afrontamiento y adaptación estos deben de ser preparados psicológica y emocionalmente para atender y afrontar con responsabilidad sus funciones como cuidadores.

Referencias bibliográficas

- Alligood, M. a. (s.f.). Modelos y Teorías en Enfermería. En M. a.-A. Tomey. España.M. and Marriner Tomey, A. (s.f.). Modelos y Teorías en enfermería. En A. M. and Marriner Tomey, Modelos y Teorías en enfermería (pág. 344). España.
- Anthony L. (Febrero de 2012). Niñas y niños en un mundo urbano. UNICEF. Recuperado de: https://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC-2012-Main-Report-LoRes-PDF_SP_01052012.pdf
- Ana M, M. (s.f.). La parálisis cerebral. Observatorio de la Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Obtenido de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO8993/paralisis_cerebral.pdf
- Carolina Gutiérrez López, M. d. (JUNIO de 2007). Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Obtenido de Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento
- CBM. Ayudando a niños y niñas con Parálisis Cerebral. Hesperian Health Guides. (25 de Enero de 2012). Obtenido de https://www.cbm.org/article/downloads/54741/2._CP_Manual_SPANISH_CBM_Help_Chn_CP_May_2014_.pdf
- Código de Nuremberg, (22 de febrero de 2011). Juramento hipocrático, código internacional de ética medica. Obtenido de <https://eticayvaloresii.wordpress.com/2011/02/22/codigo-de-nuremberg-juramento-hipocratico-codigo-internacional-de-etoca-medica/>
- C.R, A. (2013). Enfermería para todos. Callista Roy: Modelo de adaptación. Obtenido de <http://enfermeria-para-todos.blogspot.com/>
- Cristina C, V., & Carlos V, R. (5 de Noviembre de 2017). Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2014/op141b.pdf>
- Declaración de Helsinki de la Amm – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (21 de marzo de 2017). Obtenido de: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Felipe de Jesus, C. P. (30 de mayo de 2011) Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad texto vigente. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación. Obtenido de: http://www.sct.gob.mx/fileadmin/Direcciones-Grales /DGAF/DGA_Normas/Terminales/2._Ley_General_de_Inclusi%C3%B3n_de_las_Personas_con_Discapacidad.pdf
- Fernando F, A. (2014) Trabajando con las familias de las Personas con discapacidad. OEA. Instituto Interamericano del Niño. Obtenido de: [Trabajar%20con%20las%20familias%20de%20las%20personas%20con%20discapacidades%20\(2002\).pdf](http://www.oa.org/publicaciones/Trabajar%20con%20las%20familias%20de%20las%20personas%20con%20discapacidades%20(2002).pdf)
- Guadalupe del Rosario B, C; Shirley L, Z; Rosa Marina M, L. (Marzo 2018) El desarrollo emocional de las madres con hijos diagnosticados con parálisis cerebral infantil en el instituto de educación especial “Ana Luz Solís”. Revista Caribeña de Ciencias Sociales. Obtenido de: www.eumed.net/2/rev/caribe/2018/03/desarrollo-emocional-madres.html
- Gutiérrez López C. del Mar Veloza Gómez M. Moreno Fergusson ME. Durán de Villalobos MM. López de Mesa C. Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy Aquichán vol.7 no.1 Bogotá. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100005
- Gutiérrez, M. (2007). Adaptación y Cuidado en el ser Humano. Sabana. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- H.S., R. (2014. 170-194.). Metodología de la Investigación. En R. H.S., Metodología de la Investigación. (págs. 170-194). Mc. Graw Hill. Sexta Edición.
- Cerebral Infantil con comorbilidades neurológicas y musculoesqueléticas. . Obtenido de <https://es.scribd.com/document/269026303/IMSS-420-10-GER-ParalisisCerebralInfantil-CN-pdf>
- INEGI. (2015) Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (3 de diciembre).. Aguascalientes, Ags. Obtenido de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/discapacidad0.pdf>
- López, C. G. (5 de octubre de 2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: Una propuesta metodológica para su interpretación. Obtenido de: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1742/1890>
- Margaret, C; Mr Robert B Z. (2011)Resumen sobre el informe mundial de discapacidad. OMS. Ginebra 27, Suiza. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1
- M, R ., L. and A, O., A. (2018). Comparación de la calidad de vida de padres cuidadores primarios informales de niños con Parálisis Cerebral Infantil que acuden al Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Aguascalientes, y los que no acuden. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Obtenido de: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1036/387309.pdf>
- M.S, M. (5 de Noviembre de 2017). Parálisis Cerebral Infantil (PCI). Obtenido de <https://neuropediatra.org/2015/03/04/tipos-de-paralisis-cerebral-infantil/>
- NINDS. Parálisis cerebral: Esperanza en la investigación. (15 de Julio de 2016). Obtenido de <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm#4>
- Rodríguez, S. (2 de mayo de 2010). Teorías y Modelos en enfermería. Obtenido de: <http://teorias-modelos.blogspot.com/2010/06/sor-callista-roy.html>
- Salud, S. D. GOB.MX. (2015) Ley General de Salud. 1st ed. Obtenido de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/ley-general-de-salud>
- Secretaría de Salud (17 de agosto de 2015) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º.Obtenido de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4>
- Vega, L. R. (2016). Percepción de las madres sobre la influencia de un hijo con discapacidad en la dinámica familiar en los pacientes del área de medicina física y rehabilitación del hospital Belén de Trujillo . Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNI-TRU/10159/ROJAS%20VEGA%20LIZZETH%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

“APEGO AL PROCEDIMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, PACIENTE Y/O FAMILIAR”

*Ángeles Ávila Gloria, Monroy Martínez María De Los Ángeles, Díaz Bernal Blanca, Rafael Antonio Griselda y Torres Peña Anayelly gloangelesavila@gmail.com
Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMex.*

RESUMEN

En la actualidad la modalidad de diálisis peritoneal más utilizada en México es la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) tratamiento sustitutivo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), la forma en que se realiza este tratamiento dialítico es manual, es continua porque la cavidad abdominal permanece llena de líquido en todo momento, y ambulatoria porque se ejecuta en el domicilio del paciente (Coronel F, Macía M, 2016). **Objetivo:** Evaluar el apego al procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria del paciente y/o familiar. **Metodología:** Es un estudio observacional, transversal y descriptivo, con enfoque cuantitativo, universo de 200 pacientes inscritos al programa de DPCA, en un hospital de tercer nivel de atención. La muestra fue no probabilística, el instrumento fue una lista de cotejo con 30 ítems; **Técnica:** Observación, se observará al paciente o su familiar durante la realización del procedimiento de diálisis peritoneal, de acuerdo a la técnica que se les enseñó en la institución de salud. **Resultados:** El paciente es quien más realiza el procedimiento de diálisis peritoneal con un 52%, mientras que el familiar lo realiza en un 48%, En cuanto a la incidencia de peritonitis se observa en el cuadro No.7 que los pacientes el 64% ha tenido esta complicación mientras que el 36% no la ha presentado. **Conclusiones:** se observó que existe un apego al procedimiento de DPCA en el domicilio del paciente, tanto el paciente como familiares lo realizan de una manera adecuada, siendo mínimos los aspectos incorrectos durante el procedimiento.

Palabras clave: Apego, Dialisi Peritoneal Continua Ambulatoria

SUMMARY

Currently, the peritoneal dialysis modality most used in Mexico is Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), a substitute treatment for Chronic Renal Disease (CKD), the way in which this dialysis treatment is performed is manual, it is continuous because the abdominal cavity it remains full of liquid at all times, and ambulatory because it runs in the patient's home (Coronel F, Macía M, 2016).

Objective: To evaluate the adherence to the ambulatory continuous peritoneal dialysis procedure of the patient and / or family member. **Methodology:** This is an observational, cross-sectional and descriptive study, with a quantitative approach, universe of 200 patients enrolled in the CAPD program, in a third-level care hospital. The sample was not probabilistic, the instrument was a checklist with 30 items; **Technique:** Observation, the patient or his family member will be observed during the peritoneal dialysis procedure, according to the technique that was taught to them in the health institution. **Results:** The patient performs the most peritoneal dialysis procedure with 52%, while the relative performs it in 48%. Regarding the incidence of peritonitis, it is observed in table No.7 that 64% of patients has had this complication while 36% has not presented it. **Conclusions:** it was observed that there is an attachment to the CAPD procedure in the patient's home, both the patient and family members perform it in an adequate manner, with minimal incorrect aspects during the procedure.

Key words: Attachment, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC), es un problema de salud grave que impacta en forma muy significativa a los pacientes, sus familiares, la sociedad y los sistemas de salud, en las últimas décadas ha aumentado la incidencia de esta enfermedad, y por lo tanto también los costos para el paciente y su familiar a nivel físico, psicológico, social y económico en el tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal como la diálisis peritoneal y hemodiálisis (Alcázar R, Orte L, Otero A., 2012: 28). La elección de la técnica corresponde en última instancia al paciente y a su familiar, siempre que no existan impedimentos técnicos o médicos para alguna de ella (Martín J, Cirera F, Reina M., 2008: 1139).

La prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema grave a nivel mundial de salud pública, ya que ha aumentado pro-

porciones epidémicas internacionalmente y la región hispanoamericana no es una exclusión. La alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas mal controlados entre los que destacan la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, son los motivos más habituales de la enfermedad renal crónica, esto ha llevado a un elevado número de pacientes a ingresar al programa de diálisis peritoneal principalmente en los países en vías de desarrollo. Se espera que la enfermedad renal crónica (ERC), crezca considerablemente en las próximas décadas, generando impacto en la morbi-mortalidad y el costo para los sistemas de salud

. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre los años 2005 y 2012 en El Salvador aumentaron un 50% las hospitalizaciones por enfermedad renal crónica, y es la primera causa de muerte hospitalaria.

El 10% de la población mundial padece Enfermedad Renal Crónica (ERC), 2.6 millones de pacientes con enfermedad renal terminal (ESRD) recibieron diálisis en 2010 en todo el mundo. Se prevé que este número se duplique a 5.4 millones en 2030, organizaciones como la OPS y La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) pretenden aumentar el índice de tratamiento de la enfermedad renal hasta 700 pacientes por millón de habitantes en cada país de Latinoamérica para 2019.

Después del diagnóstico de la enfermedad renal crónica es necesario que el paciente inicie una alternativa del tratamiento como la diálisis y hemodiálisis, tratamientos que sustituyen parcialmente las funciones del riñón. En México 91% de estos pacientes, 50% del Reino Unido, 38% de Canadá y 16% de Estados Unidos, participan en programas de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA).

En la actualidad la diálisis peritoneal domiciliar se brinda alrededor del 12% de los pacientes en Latinoamérica. La cifra supera el 30% en algunos países, pero en otros es aproximadamente del 6%. La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) promueve aumentar ese porcentaje al 20% para 2019 en cada país.

Conforme a la Fundación Mexicana del Riñón existen actualmente entre: 8 y 9 millones de individuos con Enfermedad Renal en la República Mexicana, en etapas tempranas, 109,000 individuos con Insuficiencia Renal Crónica (estadio 5) y cerca de 60,000 individuos con tratamiento sustitutivo de la función renal (ya sea

diálisis peritoneal o hemodiálisis). El INEGI ha comunicado que actualmente la Enfermedad Renal es la 5ta Causa de Muerte con mayor importancia entre la población mexicana, debido a que cada año fallecen cerca de 12 mil individuos por complicaciones provenientes de la enfermedad renal. Enfatizó que los estados con mayor incidencia son: el Estado de México con mil 487 fallecimientos, el Distrito Federal con 948 y Jalisco con 920.

En el estudio “Epidemiología de la Insuficiencia Renal en México”, señala que al menos cada año aumentaban, por lo menos, 40,000 de pacientes con Insuficiencia Renal en el país, dado a conocer por la Secretaría de Salud en el 2010.

En lo que respecta al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) de seguir con el aumento de los índices de personas con Enfermedad Renal para el 2025 existirán alrededor de 212,000 pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal, de los cuales morirán 160,000 cada año. México es uno de los países en todo el mundo en el que utiliza más la diálisis peritoneal, se estima la siguiente distribución de la modalidad en la que se practica la diálisis peritoneal, por cada millón de habitantes hay 377 pacientes que padecen falla renal crónica, de los cuales el 75 % de la población con falla renal crónica se dializa por este tratamiento, es decir 282 pacientes por cada millón de habitantes de ese total, la diálisis peritoneal es el método sustitutivo de la función renal más accesible ya que genera menor costo en comparación con hemodiálisis.

En la actualidad la modalidad de diálisis peritoneal más utilizada en México es la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) tratamiento sustitutivo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), la forma en que se realiza este tratamiento dialítico es manual, es continua porque la cavidad abdominal permanece llena de líquido en todo momento, y ambulatoria porque se ejecuta en el domicilio del paciente (Gómez A, Sánchez J, Ojeda A., 2016:23).

El paciente o su familiar deben conocer el procedimiento de la técnica de diálisis peritoneal (DP), sus complicaciones y que hacer en caso de presentarlas. Por estos motivos, la información que reciba el paciente y su familia antes de iniciar el tratamiento en su domicilio es muy importante, ya que será la base fundamental para el éxito del mismo a corto mediano y largo plazo. “Las desventajas de la diálisis perito su

domicilio es muy importante, ya que será la base fundamental para el éxito del mismo a corto mediano y largo plazo. “Las desventajas de la diálisis peritoneal son la presencia de un catéter abdominal, menor supervisión de la técnica, incidencia considerable de peritonitis, requiere apoyo del familiar especialmente en pacientes con limitaciones físicas y cambios de las condiciones básicas de higiene y espacio físico en su casa (Carballo M, Ramírez N, Lizárraga E, Julia, 2017:13).” La enfermera/o ejerce un papel fundamental en la continuidad de los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), ya que desarrolla funciones de enseñanza sanitaria, entrenamiento a los pacientes y familiares, identificando problemas secundarios a la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), de igual forma la enfermera/o puede ser muy útil en la evaluación del procedimiento de diálisis peritoneal mediante la visita domiciliaria (Soto V, Mena V, Miranda, V, Eduard L, Manresa D., 2017)

Los pacientes que realizan el procedimiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) pueden ocasionar la aparición de peritonitis la cual es la complicación secundaria más frecuente de la enfermedad renal crónica, por lo que puede originar una infección grave, con alto riesgo de mortalidad. “La adherencia individual y familiar al procedimiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) es trascendental para el éxito del procedimiento” (Ordoñez T., 2014).

En el hospital de tercer nivel, de donde participaron los sujetos de estudio, se lleva el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA); es obligatorio que dos familiares de cada paciente reciban capacitación sobre el procedimiento de diálisis peritoneal, considerando temas como: inducción a la enfermedad renal (ERC), cuidados del catéter Tenckoff, características de las bolsas dialíticas gemelares, signos de alarma del sitio de salida del catéter Tenckoff, dicha capacitación dura una semana con un tiempo de tres horas diarias, se les brinda de manera presencial, explicativa y demostrativa por el capacitador; posteriora ello los familiares y paciente hacen la devolución del plicativa y demostrativa por el capacitador; posterior a ello los familiares y paciente hacen la devolución del procedimiento bajo la supervisión del personal de enfermería o del capacitador de la empresa productora de las bolsas para diálisis peritoneal; después de la capacitación se les programa una cita para evaluación final que realiza el personal de enfermería que asiste al paciente y familiares capacitados. En la evaluación

la enfermera observa el procedimiento que realiza el familiar al paciente o el mismo paciente por sí solo. Se valora si el familiar es apto para realizarlo en su hogar o no, en caso de ser apto se manda el material a su hogar y comienza el tratamiento dialítico en su domicilio, en caso de no ser apto tienen que volver a retomar la capacitación.

Una vez que el paciente inicia el tratamiento dialítico en su domicilio no se vuelve a evaluar el procedimiento hasta que acuden al hospital por alguna complicación. Sin embargo se identifica un alto índice de pacientes con peritonitis, al reevaluar la técnica en el hospital se identifica que los familiares no lo realizan como se les capacitó. La peritonitis infecciosa es una inflamación de la membrana peritoneal causada por una infección predominantemente bacteriana, la mayoría de las veces originada por bacterias gram positivas. Es la complicación más importante derivada de la propia técnica dialítica. Ocasiona prolongadas estancias hospitalarias, incremento de los costos de la atención médica y serios inconvenientes a los pacientes y sus familiares.

Por lo tanto, la finalidad de esta investigación es darle seguimiento al paciente, evaluar el procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en el domicilio del paciente y así conocer las deficiencias en la técnica y proponer estrategias que incidan en la disminución de peritonitis en los pacientes en un hospital de tercer nivel. De igual forma impactará en la disminución de los días de estancia hospitalaria de los pacientes, así como el costo de tratamiento por complicaciones de enfermedad renal, al paciente garantizando una atención profesional de calidad, disminuyendo los gustos por complicaciones de la enfermedad, para el personal de enfermería mejorando el seguimiento y control de los pacientes en el programa de DPCA, así como fomentar la detección temprana de complicaciones a causa de la ERC.

Así mismo la prevención es una estrategia fundamental para reducir el riesgo de peritonitis, se debe de actuar sobre las vías de entrada de los microorganismos a la cavidad peritoneal (acceso peritoneal, sistemas de conexión, soluciones de diálisis), educación al paciente, estrategias de entrenamiento y visitas a domicilio (Alarcón M., 2017).

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el apego al procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria del paciente o su familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los aspectos sociodemográficos de los pacientes.
- Observar si el área física cumple con los requisitos establecidos para iniciar el procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria por el paciente o su familiar.
- Verificar la selección del material y equipo para iniciar el procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria por el paciente o su familiar.
- Valorar la técnica de conexión y drenaje del procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria por el paciente o su familiar.
- Identificar la técnica de infusión y desconexión del procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria por el paciente o su familiar.
- Constatar que el registro del procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria por el paciente o su familiar sea correcto. (Balance parcial y total, características de los baños).

MÉTODO

El estudio es de tipo: Observacional, transversal y descriptivo, con un enfoque cuantitativo, de acuerdo a Sampieri Hernández 2014.

Universo de trabajo: constituido por 200 pacientes inscritos en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) en un hospital de tercer nivel en Toluca, Estado de México.

Muestra: integrada por 50 pacientes que se dializan en su domicilio mediante el programa de (DPCA) en un hospital de tercer nivel en Toluca, Estado de México. Muestreo no probabilístico por conveniencia del investigador.

La Técnica para la recolección de datos fue a través de la observación no participante, a través de una lista de cotejo como instrumento, con 30 ítems, que evalúan el procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) además de aspectos sociodemográficos y básicos para el cumplimiento del procedimiento como: preparación del área física, preparación de material y equipo, conexión de bolsa, drenaje de líquido, purgado del sistema, infusión de solución, desconexión y registro.

Respecto a los criterios de inclusión, se tomó en cuenta a los pacientes y familiares que forman parte del programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulato-

ria (DPCA) y que desearon participar en el estudio.

En cuanto a los criterios exclusión, se tomaron en cuenta los pacientes que no cumplieron con los ítems en un 80%.

Procedimiento de investigación:

Fase teórica: La recolección de la información se obtuvo durante varias semanas, de bibliotecas de la Universidad Autónoma del Estado de México, uso bases de datos de la biblioteca virtual, integrando el marco referencial de esta investigación.

Fase empírica: la investigación se llevó a cabo a partir de la observación al paciente o su familiar en el hogar, durante la realización del procedimiento de diálisis peritoneal, de acuerdo a la técnica que se les enseñó en la institu-

ción de salud de tercer nivel de atención, efectuando el registro del mismo

Se adaptó el instrumento validado por expertos en una institución de tercer nivel en Toluca, Estado de México.

Fase analítica: Una vez recabada la información, se elaboró una base de datos, para ser procesado en el programa estadístico SPSS versión 22 para realizar el análisis y su presentación en tablas. Con base a los resultados del estudio, se presentan conclusiones y sugerencias.

Aspectos bioéticos.

Aspectos legales y bioéticos de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en la materia de investigación para la salud. TITULO QUINTO investigación para la salud, CAPITULO ÚNICO, Artículo100.-la investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;
- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo.

RESULTADOS.

De acuerdo a los resultados obtenidos en relación a los datos sociodemográficos, se identificó que el género de los pacientes que predominó fue el femenino con un 54%. El estado civil de los sujetos de estudio fue casados con un 66% y solo el 20% solteros. La ocupación se distribuyó en un 28% se dedica al hogar, el 24% trabaja y solo el 12% es jubilado. El grado de estudios de los pacientes fue: primaria con un 50%, secundaria con un 36% y un 14% estudió hasta el nivel medio superior. La edad de los pacientes se presentó en un rango de 20-24 con un 14% y de 55-59 con un 14%.

Cuadro No. 1

ITEMS	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Preparación del área física.				
El espacio físico es el adecuado para el procedimiento.	25 5	0	25 5	0
Cierra puertas y ventanas, coloca cubrebocas (paciente y cuidador) y realiza su lavado de manos.	39 7	8	11 2	2
Preparación del material y equipo.				
Reúne los materiales necesarios (Bolsa gemela, con temperatura corporal, una pinza roja y tapón minicap).	38 7	6	12 2	4
Verifica la concentración, fecha de caducidad, no fugas, el puerto de medicamentos y tapón de anillo estén en su lugar.	14 2	8	36 7	2
Realiza la asepsia de la mesa de trabajo.	41 8	2.0	9 1	8.0
Coloca la bolsa de diálisis en el área gris, prepara pinza y tapón minicap, abre el sobre envoltura de la bolsa.	37	74.0	13	26.0
Expone la línea de transferencia del paciente verificando que se encuentre cerrada	47 9	4.0	3	6.0

Fuente: Instrumentos aplicados, Agosto 2017.

Antes de realizar el procedimiento Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

Respecto a quien realiza el procedimiento, el paciente, es quien más lo realiza con un 52% mientras que el familiar lo realiza en un 48%. La incidencia de peritonitis en los pacientes, fue de 64%.

En el cuadro No. 1 se muestran los ítems relacionados con la preparación del área física, en donde se muestra que el 25% de los pacientes el espacio físico es adecuado y el otro 25% es inadecuado. El 78% de los pacientes cierra puertas y ventanas, coloca cubrebocas, y realiza el lavado de manos, y el 22% no lo realiza. En la preparación del material y equipo el 76% reúne los materiales necesarios para realizar el procedimiento y el 24% no los reúne. Mientras que el 28% verifica la concentración, fecha de caducidad de la bolsa de diálisis y el 72% no lo realiza. En la asepsia de la mesa de trabajo el 82% lo realiza mientras que el 18% no lo realiza. El 74% coloca la bolsa de diálisis en el área gris, prepara pinza y tapón minicap, abre el sobre envoltura de la bolsa, y el 26% no lo realiza. El 94% expone la línea de transferencia del paciente verificando que se encuentre cerrada y el 6% no lo realiza.

Cuadro No.2

Durante el procedimiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

ITEMS	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Conexión de bolsa.				
Realiza lavado, secado de manos.	43	86	7	14
Extrae la bolsa sin tocar el sobre envoltura, la coloca en área blanca y separa líneas de la bolsa del sistema.	42	84	8	16
Sujeta en su mano la línea de transferencia y tapón de anillo de la bolsa, retira el tapón minicap, libera el tapón del anillo y conecta de inmediato.	49	98	1	2
Cuelga la bolsa de solución, y baja la bolsa de drenaje a su recipiente.	46	92	4	8
Drenaje de líquido.				
Abre llave de la línea de transferencia para drenar líquido en cavidad peritoneal (10 minutos).	50	100	--	--
Cierra llave de la línea de transferencia	50	100	--	--
Purgado del sistema.				
Coloca la pinza en la línea de drenaje fractura frangible verde, despinza durante 5 segundos, deja que el líquido arrastre el aire hasta la bolsa de drene y pinzar.	48	96	2	4.0
Infusión de solución.				
Abre la llave de la línea de transferencia para infundir el líquido nuevo a cavidad peritoneal.	50	100	--	--
Al término cierra la llave de la línea de transferencia y pinzas las dos líneas del sistema.	50	100	--	--

Fuente: Instrumentos aplicados, Agosto 2017.

En el cuadro No. 2 se muestran los ítems relacionados durante el procedimiento de los cuales en la realización de lavado de manos el 86% si lo realiza y el 14% no lo realiza. El 84% extrae la bolsa sin tocar el sobre envoltura, la coloca en área blanca y separa líneas de la bolsa del sistema y el 16% no lo realiza. El 98% sujeta en su mano la línea de transferencia y tapón de anillo de la bolsa, retira el tapón minicap, libera el tapón del anillo y conecta de inmediato y solo el 2% no lo realiza. El 92% cuelga la bolsa de solución, y baja la bolsa de drenaje a su recipiente y el 8% no lo realiza. En el drenaje del líquido el 100% transferencia para drenar líquido en cavidad peritoneal (10 minutos) y cierra la llave de la línea de transferencia. En el purgado del sistema el 96% coloca la pinza en la línea de drenaje fractura frangible verde, despinza durante 5 segundos, deja que el líquido arrastre el aire hasta la bolsa de drene y pinza y solo el 4% no lo realiza.

En la infusión de la solución el 100% abre la llave de la línea de transferencia para infundir el líquido nuevo a cavidad peritoneal, y al término cierra la llave de la línea de transferencia y pinza las dos líneas del sistema.

Cuadro No. 3

Después del procedimiento de Diálisis Peritoneal
Continua Ambulatoria.

ITEMS	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Desconexión.				
Destapa tapón minicap.	43 8	6	7	14
Realiza lavado de manos.	44 8	8	6	12
Toma tapón minicap revisa que contenga en su interior la esponja de yodopovidona.	23 4	6	27	54
Toma la línea corta y desconecta, coloca tapón minicap inmediatamente.	49 9	8	1	2
Dejar cómodo a paciente y brindar los cuidados a su línea de transferencia.	49 9	8	1	2
Registro.				
Pesar la bolsa, observar características de líquido	40 8	0	10	20
Realizar anotación en su libreta.	47 9	4	3	6

Fuente: Instrumentos aplicados, Agosto 2017.

En el cuadro No. 3 se muestra los ítems relacionados después del procedimiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. De los cuales el 86% destapa tapón minicap y el 14% no lo realiza. El 88% realiza el lavado de manos y el 12% no lo realiza. El 46% toma tapón minicap revisa que contenga en su interior la esponja de yodopovidona y el 54% no lo realiza. El 98% toma la línea corta y desconecta, coloca tapón minicap inmediatamente y el 2% no lo realiza. El 98% deja cómodo a paciente y brindar los cuidados a su línea de transferencia y solo el 2% no lo realiza. En el registro el 80% pesa la bolsa, observa las características de líquido y el 20% no lo realiza. El 94% realiza la anotación en su libreta y el 6% no lo realiza.

CONCLUSIONES.

De acuerdo al objetivo sobre Identificar los aspectos sociodemográficos de los pacientes se observa que predomina el género femenino, la mayoría son casados, por su estado de salud, 36% son incapacitados, los mismos pacientes son quienes se realizan el procedimiento de diálisis, la mitad de los pacientes solo

tienen un grado de estudios de primaria, más de la mitad de los sujetos de estudio han presentado peritonitis durante su tratamiento.

Respecto a si el área física cumple con los requisitos establecidos para iniciar el procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria por el paciente o su familiar la mitad si los cumplen, así como las tres cuartas partes de la población adecua al área y ocupa su equipo de protección así como su lavado de manos. En relación a la selección adecuada del material para la realización de la DPCA, las tres cuartas partes lo hace de forma correcta.

De acuerdo a la valoración la técnica de conexión y drenaje del procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria por el paciente o su familiar se observa que las tres cuartas partes coloca la bolsa de diálisis en el área gris, prepara pinza y tapón minicap, abre el sobre envoltura de la bolsa. Se pudo observar que los pacientes a un tienen un déficit de conocimiento en el lavado de manos y el y preparación del espacio para el procedimiento.

REFERENCIAS

Alcázar R, Orte L, Otero A. Enfermedad Renal Crónica Avanzada. Neurología.

Madrid:[internet]. 2012;(28): agosto 2010. available from: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-enfermedad-renal-crónica-avanzada--x0211699508032379> .(ultimo acceso 1 de agosto 2017)

Alarcón M. Modelo de Adaptación: Aplicación en Pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Medigraphic Artemisa. 2017 15 (3): (155-160) <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073g.pdf>. (ultimo acceso 4 de agosto 2017)

Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Colombia: Universitas Psychologica [internet].;(5):487-499. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf> .(ultimo acceso 1 de agosto 2017)

Coronel F, Macía M. Indicaciones y Modalidades de Diálisis Peritoneal. Nefrología.

España: 8[internet]. 2016;(1). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-indicaciones-modalidades-dialisis-peritoneal-52> .(ultimo acceso 1 de agosto 2017)

Carballo M, Ramírez N, Lizárraga E, Julia D. Adherencia Individual y Familiar al tratamiento de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continúa. Medigrap. Colombia: [internet]. 2008 [Citado 29 Octubre 2017];(16):13-18.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim081d.pdf> .(ultimo acceso 2 de agosto 2017)

Fundación Para el Niño Enfermo Renal –Fundanier. “Día Mundial del Riñón 2017”

Enfermedad Renal y Obesidad una Vida Sana Para Tener Riñones Sanos. putoguate. 12-08-2017. sitio web: <http://www.puntoguate.com/2017/03/dia-mundial-del-rinon-2017-enfermedad.html> .(ultimo acceso 4 de agosto 2017)

Gómez A, Sánchez J, Ojeda A. Programa de Entrenamiento de Diálisis Peritoneal. La Visita Domiciliaria. Experiencia de nueve años. 1st ed. Due Nefrología. España: Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla; 2016. p. 2-3. http://www.revistasden.org/files/3318_programa%20de%20entrenamiento%20de%20di%C3%A1lisis%20peritoneal.%20la%20visita%20domiciliaria.pdf .(ultimo acceso 1 de agosto 2017)

Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaria de Salud Guía de Referencia Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos. México: Cenetec; 2010:9 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/319_imss_10_peritonitis_infecciosa/grr_imss_319_10.pdf .(ultimo acceso 2 de agosto 2017)

Martín J, Cirera F, Reina M. Formación Proporcionada a los Pacientes de Diálisis Peritoneal Domiciliaria en España. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica [internet]. 2008;(11):1139-1375. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s113913752008000100003&lng=es.%20\[%c3%baltimo%20acceso%20agosto%202017\]](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s113913752008000100003&lng=es.%20[%c3%baltimo%20acceso%20agosto%202017]) .(ultimo acceso 1 de agosto 2017)

Martín J, Cirera F, Reina M. Formación Proporcionada a los Pacientes de Diálisis Peritoneal Domiciliaria en España. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica [internet]. 2008;(11):1139-1375. Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s113913752008000100003&lng=es.%20\[%c3%baltimo%20acceso%20agosto%202017\]](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s113913752008000100003&lng=es.%20[%c3%baltimo%20acceso%20agosto%202017]) .(ultimo acceso 1 de agosto 2017)

“COMPETENCIAS CLÍNICAS ADQUIRIDAS DURANTE EL PROCESO DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA”

*L.E Silvia Graciela Ortega, Pérez, Dra Ana Celia Anguiano Morán
silvi_83@outlook.es*

Facultad de Enfermería UMSH, Facultad de Enfermería UMSH.

Introducción. Las competencias son procesos complejos de desempeño con idoneidad en determinados contextos, integrando diferentes saberes (saber ser, saber hacer, saber conocer y saber convivir), para realizar actividades y/o resolver problemas con sentido de reto, motivación, flexibilidad, creatividad, comprensión y emprendimiento, dentro de una perspectiva de procesamiento meta-cognitivo, mejoramiento continuo y compromiso ético. (Tobón, 2008). **Objetivo:** identificar las competencias clínicas adquiridas durante el proceso de formación académica de los estudiantes de licenciatura en enfermería. **Material y métodos:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, no experimental. Universo de 2117 estudiantes, muestra probabilística de 501 estudiantes de 9º semestre. Se utilizó el Instrumento Cuestionario de Competencias Clínicas ($\alpha=0.8$) que contiene dos partes, la primera con 16 ítems referentes a los comportamientos profesionales de enfermería, la segunda parte con 31 ítems que corresponden a las habilidades profesionales de enfermería, utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos. **Resultados** el 67.8% (305) se sienten competentes al seguir las precauciones de salud y seguridad, el 77.6% (349) cumplen con los principios éticos y la confidencialidad del paciente, 62.2% (280) aceptaban críticas constructivas, 62.1% (293) orientan a los pacientes y familiares sobre los cuidados, y dentro la dimensión de competencias y habilidades el 72.7%(327) realizan higiene y cuidados de rutina, el 58.7%(264) evalúan las eliminaciones, 67.8% (305) realizan cambio de posición al paciente, 71.1%(320) ofrecen apoyo emocional y psicosocial. **Conclusión** La facultad de enfermería, cuenta con un nivel alto en competencias clínicas adquiridas por los estudiantes, que han adquirido a lo largo de su formación académica

Palabras clave: Competencias clínicas, formación académica, estudiantes.

Introduction. Competencies are complex performance processes with suitability in certain contexts, integrating different knowledge (knowing how to be, knowing how to do, knowing how to know and coexisting), to carry out activities and / or solve pro-

blems with a sense of challenge, motivation, flexibility, creativity, understanding and entrepreneurship, within a perspective of meta-cognitive processing, continuous improvement and ethical commitment. (Tobón, 2008). **Objective:** to identify the clinical competences acquired during the academic training process of undergraduate students in nursing. **Material and methods:** quantitative, descriptive, transversal, non-experimental study. Universe of 2117 students, probabilistic sample of 501 students of 9th semester. The Clinical Competency Questionnaire Instrument ($\alpha = 0.8$) was used, which contains two parts, the first with 16 items referring to professional nursing behaviors, the second part with 31 items that correspond to professional nursing skills, uses a standard scale Likert of five points.

Results 67.8% (305) feel competent to follow health and safety precautions, 77.6% (349) comply with ethical principles and patient confidentiality, 62.2% (280) accepted constructive criticism, 62.1% (293) they orient patients and family members about care, and within the skills and abilities dimension, 72.7% (327) perform hygiene and routine care, 58.7% (264) evaluate eliminations, 67.8% (305) perform position changes To the patient, 71.1% (320) offer emotional and psychosocial support. **Conclusion** The nursing faculty has a high level of clinical competences acquired by students, which they have acquired throughout their academic training.

Key words: Clinical competences, academic training, students.

Introducción. Las competencias son procesos complejos de desempeño con idoneidad en determinados contextos, integrando diferentes saberes (saber ser, saber hacer, saber conocer y saber convivir), para realizar actividades y/o resolver problemas con sentido de reto, motivación, flexibilidad, creatividad, comprensión y emprendimiento, dentro de una perspectiva de procesamiento meta cognitivo, mejoramiento continuo y compromiso ético, con la meta de contribuir al desarrollo personal, la construcción y afianzamiento procesamiento meta cognitivo, mejoramiento conti-

nuo y compromiso ético, con la meta de contribuir al desarrollo personal, la construcción y afianzamiento del tejido social, la búsqueda continua del desarrollo económico-empresarial sostenible, y el cuidado y protección del ambiente y de las especies vivas (Tobon,2008).

La Facultad de enfermería tiene como misión Formar profesionales e investigadores de enfermería, competentes, con actitud crítica, creativa, científica, sentido ético y humanístico; capaces de colaborar con el equipo multi-profesional de salud para que a través de su ejercicio profesional contribuyan a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades; siendo pertinentes con el cuidado de la salud y la vida de las personas ante los problemas y necesidades sociales, lo que le permite contribuir con el desarrollo sustentable del país.

Para poder llevar acabo la misión es necesario identificar las competencias adquiridas a lo largo de la formación académica, es importante conocer las apreciaciones que tienen los futuros licenciados en enfermería sobre estas competencias, para la práctica laboral, ver las necesidades del aprendizaje y facilitar la inserción laboral; no obstante, es poca la investigación que se tiene al respecto.

Material y métodos, estudio cuantitativo, pues solo se trabajó con frecuencias y porcentajes, de diseño descriptivo, transversal, no experimental puesto que no se manipulan las variables. Universo fueron todos los estudiantes de la Facultad de enfermería con un número total de 2117, muestra probabilística de 450 estudiantes de 9º semestre. Como variable independiente: competencias clínicas, definida como procesos complejos de desempeño con idoneidad en determinados contextos, integrando diferentes saberes (saber ser, saber hacer, saber conocer y saber convivir), para realizar actividades y/o resolver problemas con sentido de reto, motivación, flexibilidad, creatividad, comprensión y emprendimiento. (Tobon,2008). , Como variable dependiente: estudiantes de la Facultad de enfermería. Dentro de los criterios de selección, se incluirán a todos los estudiantes que estén cursando el 9no semestre, se excluirán a todos los estudiantes que no se encuentren dentro de la facultad o realizando

Material y métodos, estudio cuantitativo, pues solo se trabajó con frecuencias y porcentajes, de diseño des-

criptivo, transversal, no experimental puesto que no se manipulan las variables. Universo fueron todos los estudiantes de la Facultad de enfermería con un número total de 2117, muestra probabilística de 450 Material y métodos, estudio cuantitativo, pues solo se trabajó con frecuencias y porcentajes, de diseño descriptivo, transversal, no experimental puesto que no se manipulan las variables. Universo fueron todos los estudiantes de la Facultad de enfermería con un número total de 2117, muestra probabilística de 450 estudiantes de 9º semestre. Como variable independiente: competencias clínicas, definida como procesos complejos de desempeño con idoneidad en determinados contextos, integrando diferentes saberes (saber ser, saber hacer, saber conocer y saber convivir), para realizar actividades y/o resolver problemas con sentido de reto, motivación, flexibilidad, creatividad, comprensión y emprendimiento. (Tobon,2008). , Como variable dependiente: estudiantes de la Facultad de enfermería. Dentro de los criterios de selección, se incluirán a todos los estudiantes que estén cursando el 9no semestre, se excluirán a todos los estudiantes que no se encuentren dentro de la facultad o realizando sus prácticas clínicas o comunitarias y se eliminara a los estudiantes que no deseen participar en la investigación y las encuestas incompletas. Se utilizó el Instrumento Cuestionario de Competencias Clínicas ($\alpha=0.8$) de autores Danielle Ritter Kwiatkoski, Maria de Fátima , Mantovani, Evani Marques Pereira, Carina Bortolato-Major y Angela Taís Mattei, contiene dos partes, la primera con 16 ítems referentes a los comportamientos profesionales de enfermería, la segunda parte con 31 ítems que corresponden a las habilidades profesionales de enfermería, utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos donde 1 = no sé qué significa, 2= conozco en la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica, 3=conozco la teoría, la realizo parcialmente en la práctica, 4= conozco la teoría, la realizo en la práctica pero precisó de supervisión, 5=conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión. Para caracterizar la población se utilizaran las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo y lugar de procedencia. Con un análisis estadístico donde se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 22. Para el objetivo general se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central de dispersión frecuencias y porcentajes, y para los objetivos específicos se utilizara estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes.

Resultados: En esta investigación, sobre competencias clínicas adquiridas en los estudiantes de la Facultad de enfermería, con una población total de 450 estudiantes de 9no encuestados se obtuvo lo siguiente: la población total se encuentra distribuida de la siguiente manera, se encontró que el mayor porcentaje corresponde a las mujeres con 74.2% (334), mientras que el menor porcentaje corresponde a los hombres con un 25.8% (116).

Tabla Núm. 1 distribución de población total.

Tabla Núm. 1	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	116	25.8%
Mujer	334	74.2%
Total	450	100.0%

En lo que a frecuencia y porcentaje del promedio en los estudiantes de 9no semestre, se encontró que el mayor porcentaje fue de 30.8% (154) de 8.5 a 9.0, luego con el 28.6% (146) con 8.0 a 8.5, después con un 13.7% (62) 7.5 a 8.0, con un 13.4% (16) 9.0 a 9.5, con 3.2% (16) con promedio de 9.5 a 9.9, y con el menor porcentaje 1.7% (8) 7.0 a 7.5 de promedio en total de la carrera. Como se muestra en la tabla núm. 2.

Tabla Núm. 2. Frecuencia y porcentaje de promedio total.

Tabla Núm. 2	Frecuencia	Porcentaje
7.0 a 7.5	8	1.7%
7.5 a 8.0	62	13.7%
8.0 a 8.5	143	28.6%
8.5 a 9.0	154	30.8%
9.0 a 9.5	67	13.4%
9.5 a 9.9	16	3.2%
Total	450	100.0

En frecuencia y porcentaje de los alumnos que contestaron si la carrera de enfermería había sido su primera opción, con el mayor porcentaje de 73.8% (369) contesto sí, sin embargo solo el 18% (81) contesto no haber sido si primera opción entrar a la facultad de enfermería.

Tabla Núm. 3 frecuencia y porcentaje de los estudiantes que eligieron enfermería como su primera opción

Tabla Núm. 3	Frecuencia	Porcentaje
No.	81	18.0
Si.	369	73.8
Total	450	100.0

Dentro de la dimensión, comportamientos profesionales de enfermería, se encontró que el mayor porcentaje de los estudiantes que siguen las precauciones de salud y seguridad fue de 67.8% (305), que contestaron, conozco la teoría, soy competente en la práctica y no necesito de supervisión, después con 23.3% (105) contesto conozco la teoría la realizo en la práctica pero preciso de supervisión, con 6.9% (31) conozco la teoría, la realizo parcialmente en la práctica, después .9% (4) conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica y sin embargo con el menor porcentaje de 1.1% (5) contesto no sé lo que significa.

Tabla núm. 4 frecuencia y porcentaje de los estudiantes que siguen precauciones de salud y seguridad.

Tabla Núm. 4	Frecuencia	Porcentaje
No sé lo que significa.	5	1.1 %
conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica	4	.9%
Conozco la teoría, la realizo parcialmente en la práctica.	31	6.9%
Conozco la teoría, la realizo en la práctica pero precisó de supervisión.	105	23.3%
Conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión.	305	67.8%
Total	450	100.0%

Por una parte los estudiantes que se encontraron, que previenen la ocurrencia y eventos adversos al cuidar al paciente, el mayor porcentaje fue de 57.3% (258) que respondieron, conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión, el 33.6% (151) respondieron conozco la teoría, la realizo en la práctica pero preciso de supervisión, con el 1% (37) respondió conozco la teoría, la realizo parcialmente en la práctica, .9% (4) conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica, y ningún estudiante respondió no saber lo que significaba prevenir la ocurrencia de eventos adversos al cuidar del paciente.

En la siguiente tabla núm. 6 se muestra, sobre los estudiantes que cumplen con los principios éticos del siglo y la confidencialidad del paciente contestaron con el mayor porcentaje 77.6% (349), conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión, con el 16.9% (76) contestaron conozco la teoría, la realizo en la práctica, pero preciso de supervisión, 4% (18), contestaron conozco la teoría la realizo parcialmente en la práctica, 1.3% (6), conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica y con tan solo el .2% (1) contesto no saber lo que significa cumplir con los principios éticos del siglo y la confidencialidad del paciente.

Tabla Núm. 5, frecuencia y porcentaje de los estudiantes que previenen la ocurrencia y eventos adversos al cuidar al paciente

Tabla núm. 6 frecuencia y porcentaje de los estudiantes que cumplen con los principios éticos del siglo y la confidencialidad del paciente.

Tabla Núm. 6	Frecuencia	Porcentaje
No sé lo que significa.	1	.2%
Conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica.	6	1.3%
Conozco la teoría, la realizo parcialmente en la práctica.	184	.0%
Conozco la teoría, la realizo en la práctica pero precisó de supervisión.	76	16.9%
Conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión.	349	77.6%
Total	450	100.0 %

En seguida en la pregunta sobre si los estudiantes mantienen la apariencia, vestimenta, y conductas adecuadas con el mayor porcentaje de 82.7% (372), contesto conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión para realizarla, con 12.9%(58) contesto conozco la teoría, la realizo en la práctica pero preciso de supervisión, con el 3.8%(17) contesto conozco la teoría, la realizo en la práctica, .4% (2) no saber lo que significa, y con .2%(1) conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica.

Tabla núm. 7. Frecuencia y porcentaje de los estudiantes que mantienen la apariencia, vestimenta y conductas adecuadas.

Tabla Núm. 7	Frecuencia	Porcentaje
No sé lo que significa	2	.4%
Conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica	1	.2%
Conozco la teoría, la realizo parcialmente en la práctica	17	3.8%
Conozco la teoría, la realizo en la práctica pero precisó de supervisión	58	12.9%
Conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión	372	82.7%
Total	450	100.0%

A lo que corresponde a la dimensión sobre la aplicación de competencias, en las habilidades profesionales de enfermería, en la pregunta sobre si los estudiantes responden a las preguntas de los pacientes y familiares, el mayor porcentaje con 58.2%(262) contesto conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión, con el 34.2%(154) contesto conozco la teoría, la realizo en la práctica pero preciso de supervisión, 6.2%(28), contesto conozco la teoría, la realizo parcialmente en la práctica, 1.3%(6), conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica, y ningún estudiante contesto no saber lo que la pregunta significaba.

Tabla núm. 8 frecuencia y porcentaje de los estudiantes que responden a las preguntas de los familiares y pacientes.

Tabla Núm. 8	Frecuencia	Porcentaje
Conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica	6	1.3%
Conozco la teoría, la realizo parcialmente en la práctica	28	6.2%
Conozco la teoría, la realizo en la práctica pero precisó de supervisión	154	34.2%
Conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión	262	58.2%
Total	450	100.0

La frecuencia y porcentaje de los estudiantes que contestaron sobre si desarrollan el plan de cuidados para los pacientes, el mayor porcentaje fue 32.4%(146), que contesto, conozco la teoría, la realizo en la práctica pero preciso de supervisión, con 6.4%(29), conozco la teoría la realizo parcialmente en la práctica, con 5.9%(26), contesto conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión, con 1.6%(7) conozco la teoría, pero no estoy totalmente seguro en la práctica y con el menor porcentaje de .2%(1), contesto no saber lo que significa.

Tabla Núm. 9 Frecuencia y porcentaje de los estudiantes que desarrollan el plan de cuidados para los pacientes.

Tabla Núm., 9	Frecuencia	Porcentaje
No sé lo que significa	1	.2%
Conozco la teoría , pero no estoy totalmente seguro en la práctica	7	1.6%
Conozco la teoría, la realizo parcialmente en la práctica.	29 6	.4%
Conozco la teoría, la realizo en la práctica pero precisó de supervisión.	146 3	2.4%
Conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión.	26 5	.9%
Total	450	100.0%

En lo que a la frecuencia y porcentaje de los estudiantes que contestaron, si realizan higiene y cuidados diariamente, el mayor porcentaje 72.7%(327) contesto conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión, con el 22.2%(100) contesto conozco la teoría, la realizo en la práctica pero preciso de supervisión, 4%(18), contesto conozco la teoría , la realizo parcialmente en la práctica, .9%(4), conozco la teoría , pero no estoy totalmente seguro en la práctica , y .2%(1) contesto no saber lo que la pregunta significaba.

Tabla núm. 10 frecuencia y porcentaje de los estudiantes que realizan higiene y cuidados diariamente.

Tabla Núm. 10	Frecuencia	Porcentaje
No sé lo que significa	1	2%
Conozco la teoría , pero no estoy totalmente seguro en la práctica	4	.9%
Conozco la teoría , la realizo parcialmente en la práctica	18 4	.0%
Conozco la teoría , la realizo en la práctica pero precisó de supervisión	100	22.2%
Conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión	327	72.7%
Total	450	100.0%

Respecto a la frecuencia y porcentaje de los alumnos que contestaron sentirse competentes al evaluar el estado nutricional y el balance hídrico del paciente, con el mayor porcentaje que fue 45.3%(204), contesto conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión, con el 39.8%(179) contesto conozco la teoría, la realizo en la práctica pero preciso de supervisión, 12.7%(57), contesto conozco la teoría , la realizo parcialmente en la práctica, 2.2%(4), conozco la teoría , pero no estoy totalmente seguro en la práctica , y ningún estudiante contesto no saber lo que la pregunta significaba.

Tabla núm. 11 frecuencia y porcentaje de los estudiantes que evalúan el estado nutricional del paciente y el balance hídrico.

Tabla Núm., 11 F	Frecuencia	Porcentaje
Conozco la teoría , pero no estoy totalmente seguro en la práctica	10 2	.2%
Conozco la teoría , la realizo parcialmente en la práctica	57 1	2.7%
Conozco la teoría , la realizo en la práctica pero precisó de supervisión	179	39.8%
Conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión	204	45.3%
Total	450	100.0%

En cambio la frecuencia y porcentaje de la población encuestada que contesto si evalúa eliminaciones del paciente, fue la siguiente, con el mayor porcentaje contesto 58.7%(264), conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión, con el 29.6%(133) contesto conozco la teoría, la realizo en la práctica pero preciso de supervisión, 10.2%(46), contesto conozco la teoría , la realizo parcialmente en la práctica, 1.3%(6), conozco la teoría , pero no estoy totalmente seguro en la práctica , y .2%(1) contesto no saber lo que la pregunta significaba.

Referente a la pregunta sobre si los estudiantes auxilian a las actividades de movilidad y cambio de posición del paciente, los estudiantes contestaron, con el mayor porcentaje 67.8%(305), contesto , conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión, con el 25.8%(116) contesto conozco la teoría, la realizo en la práctica pero preciso de supervisión, 6%(27), contesto conozco la teoría , la realizo parcialmente en la práctica, .2%(1), conozco la teoría

Tabla Núm. 12 frecuencia y porcentaje de los estudiantes que evalúan eliminaciones del paciente

Tabla Núm. 12	Frecuencia	Porcentaje
No sé lo que significa 1	.	2%
Conozco la teoría , pero no estoy totalmente seguro en la práctica	6	1.3%
Conozco la teoría , la realizo parcialmente en la práctica	46	10.2%
Conozco la teoría , la realizo en la práctica pero precisó de supervisión	133	29.6%
Conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión	264	58.7%
Total	450	100.0%

pero no estoy totalmente seguro en la práctica , y con el mismo resultado .2%(1) contesto no saber lo que la pregunta significaba.

Tabla Núm. 13 frecuencia y porcentaje de los estudiantes que auxilian a las actividades de movilidad y cambio de posición del paciente.

Tabla Núm. 13	Frecuencia	Porcentaje
No sé lo que significa 1	.	.2%
Conozco la teoría , pero no estoy totalmente seguro en la práctica	1	.2%
Conozco la teoría , la realizo parcialmente en la práctica	27	6.0%
Conozco la teoría , la realizo en la práctica pero precisó de supervisión	116	25.8%
Conozco la teoría soy competente en la práctica y no necesito de supervisión	305	67.8%
Total	450	100.0%

Conclusión: Como hemos comentado gran parte de la práctica de enfermería se relaciona con los conocimientos técnicos , es decir, con el aprendizaje de los motivos para realizar las técnicas necesarias , en esta investigación , el nivel de competencias más elevado fue dentro de la dimensión , de competencias y habilidades que es la segunda parte de aplicación del instrumento , teniendo más relevancia , los Hábitos higiénicos diarios aplicados en la práctica, auxiliar a las actividades de movilización del paciente, administración de medicamentos , el orientar al paciente y sus familiares sobre cuidados y enfermedad , los cuidados curativos , en cambio las competencias más deficientes fueron en la aplicación de transfusiones y sus derivados , en la inserción de catéter urinario, en enemas y lavados gástricos , cuidados de traqueotomía.

Sin embargo ningún estudiante contesto, no saber prevenir la ocurrencia de eventos adversos al cuidar del paciente, siendo este un rubro importante al igual que contestaron que desarrollan el plan de cuidados para los pacientes que es una de las etapas del proceso de enfermería para un mejor diagnóstico y evolución del paciente.

La Facultad de Enfermería cuenta con excelente nivel de competencias adquiridas, a lo largo de la formación academia de los estudiantes, que les permite cubrir las necesidades actuales, y les permite responder con eficacia a los nuevos desafíos del mundo cambiante.

Referencias bibliográficas:

- Caires, E., Santana, L., & Oliveira, E. La enseñanza superior de enfermería : implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(2): 0-9.
- Campos, M., Marli, V., (2008). Competencias para la acción educativa de la enfermería. *Rev. Latino* 16(2), 2-7 pág.
- Cano, E., (2012). Aprendizaje basado en competencias: una propuesta para la autoevaluación del docente. *Revista de Currículum y Formación del Profesorado* 2012; 16 (2):374-86.
- Harrison L, Ray A, Cianelli R, Rivera MS, Urrutia M. Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana. *Ciencia y enfermería* 2005;21(1):59-71.
<http://www.index-f.com/para/n27/076.php>
- Parra, D., Tiga, D., Domínguez , C., Navas, J., (2016). Evaluación de las competencias clínicas en estudiantes de enfermería. *Revista CUIDARTE*, Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359546229004>> ISSN 2216-0973.
- Tiga, C., Parra, D., Domínguez D., (2014). Competencias en proceso de enfermería en estudiantes de práctica clínica. *Rev. Cuid.* 2014; 5(1): 585-94. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.96>
- Tobón S.(2013). Formación Integral y Competencias; pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación. Bogotá D.C. Eco Ediciones. 2010; 288-33.
- Tobón, S. (2002). Modelo pedagógico basado en competencias. Medellín: Corporación Lasallista.
- Tobón, S. (2005). Formación basada en competencias. Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica, 2 ed. Bogotá: ECOE Ediciones.
- Tobón, S. (2008). La formación basada en competencias en la educación superior. El enfoque completo. Guadalajara México, UMAM .

“COMPETENCIAS PROFESIONALES INTEGRALES EN PASANTES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO SOCIAL”

*Lucero Vallejo Gómez, Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz, Ma. Lilia Alicia Alcantar Zavala, Mayra Itzel Huerta Baltazar y Vanesa Jiménez Arroyo
lucerin1825@hotmail.com*

Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen

El servicio social (SS) es una etapa fundamental para que el pasante de Enfermería en Servicio Social (PESS) adquiera competencias profesionales (CP) en materia de cuidado a la persona, familia y comunidad. La Facultad de Enfermería (FE) estructura su Plan de Estudios en Competencias Profesionales Integrales. Este trabajo de investigación tiene como objetivo identificar las CP de los (PESS) con base en los niveles de Patricia Benner. Estudio no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal; muestra no probabilística de 143 PESS de Licenciatura de la FE promoción 2017-2018. Se utilizó el instrumento Clinical Competence Questionnaire (CCQ, $\alpha=.958$) que consta de 48 ítems y dos dimensiones: Comportamientos profesionales de enfermería (CPE) y Habilidades Profesionales (HP) y tres subdimensiones de HP: Rendimiento general (RG), Habilidades básicas (HB) y Habilidades avanzadas (HA); emplea escala tipo Likert de cinco puntos que va de 1 a 5. A mayor puntuación, es mayor el mayor el nivel de competencia. Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias y porcentajes en SPSS v25. Resultados. Mayoría sexo femenino (75.5%), 67.8% en rango de edad 20-24 años, 21.7% realizó SS en la FE, 53.8% obtuvo un resultado Satisfactorio en el examen de EGEL Ceneval, 81.1% son casados, 41.3% realizaron el SS en segundo nivel de atención. En cuanto a las CP, se encontró que la mayoría se percibe como experto: CCQ= 83.2%, CPE=90.9%, HP=86%, RG=90.9%, HB=87.4% y HA=78.3%. Conclusión: Los PESS refieren tener nivel de CP de experto al concluir su pasantía en servicio social.

Palabras clave: Pasantes de enfermería, Servicio social, Competencias de enfermería, Morelia, Michoacán, Competencias profesionales

Abstract

Social Service is a fundamental period for nurse interns (SSNI) to achieve professional competences (PC) related to person, family and community care. This Nursing Faculty (NF) structures its curricula on integral Professional Competences. This investigation objective is to identify the PC of SSNI based on theorist Patrice Benner levels. A descriptive, prospective, transversal, non-experimental study; with a non-probabilistic sample of 143 SSNI bachelors from the Nursing Faculty 2017-2018 promotion. The clinical competence questionnaire was applied (CCQ, $\alpha=.958$) which consists of 48 items and two dimensions: Professional Nurse Behavior (PNB) and Professional Skills (PS) and three sub-dimensions of PS: General Performance (GP) Basic Skills (BS) and Advanced Skills (AS); with a Likert scale of five points from 1 to 5. Higher punctuations mean higher competence level. Descriptive statistics such as central tendency and dispersion measures, frequencies and percentages were used with SPSS v25. Results: 75.5 % of sample were female, age range of 20-24 years (67.8%) 21.7% of sample fulfill the social service in the NF, 53.8% achieved a satisfactory result on the EGEL exam (CENEVAL), 81.1% of sample are married, 41.3 % fulfill their social service on the second level of medical attention. In respect of the PC most participants perceived themselves as experts: CCQ= 83.2%, PNB=86%, GP=90.9% and AS=78.3%. Conclusion: SSNI refer a CP level of expert at the end of their social service internship.

Keywords: Nurse interns, Social service, Nursing competencies, Morelia, Michoacán, Professional competences

Introducción

Los procesos formativos y el desarrollo de profesionales competentes, con habilidades para enfrentar nuevos retos de la profesión, influyen en la atención que se da a la población, proporcionando seguridad y calidad en los servicios de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso la reorientación de la educación permanente del personal de salud, incluyendo la evaluación de las competencias con el objetivo de obtener información del comportamiento profesional del trabajador durante su actividad laboral (Díaz, 2013).

Con base en lo anterior, algunos países de América Latina iniciaron la certificación de competencias para el medio laboral, así como la formación basada en competencias que apuntan a mejorar la certificación, así como incorporar el enfoque de competencia laboral con fines de actualización de los programas de salud (Díaz, 2013).

En la actualidad muchos programas de Licenciatura de Enfermería tienen un enfoque de competencias y consideran no solamente la adquisición de conocimientos, sino también los valores y destrezas (Soto, Reynaldos, Martínez y Jerez, 2012). Es por esto que muchos programas de licenciatura en Enfermería incluyen el Servicio Social en su malla curricular dado que en él, se conforma la formación integral del estudiante que le permite aplicar sus conocimientos, destrezas, aptitudes, actitudes y valores, comprender el compromiso social de su perfil académico, realizando funciones educativas, asistenciales, administrativas, de investigación y difusión (Lineamientos Generales de Servicio Social, 2016).

En 2009 los pasantes representaban un 9.17% del personal de salud en contacto directo con los pacientes, lo que se confirma la importancia de los pasantes en las instituciones de salud. Por tanto, la supervisión de las actividades a desarrollar en el SS compete tanto a las instituciones educativas como a las instituciones de salud. En México algunas instituciones de salud han implementado la aplicación de una estrategia educativa “aprendizaje basado en problemas”, que supone una mejor y asesoría académica, sin embargo la mayoría de los pasantes no están debidamente supervisados, y esto repercute, por una parte, en la seguridad de los pacientes y por otra parte a la evaluación y el aprovechamiento de las actividades de los Pasantes en Servicio social (PSS) (Vázquez, 2010).

En el ámbito internacional el SS ha variado de acuerdo a las necesidades particulares de cada país, en México se instauró para responder a la escasez de médicos en las zonas rurales y desde entonces, este servicio se considera una de las más nobles labores de desarrollo social y los estudiantes de universidades públicas lo asumen como una forma de retribuir a la sociedad la oportunidad que ésta les ha brindado para realizar sus estudios (Vázquez, 2010).

Para la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, es de suma importancia establecer un programa académico de SS que permita que los pasantes de esta carrera desarrollen las competencias profesionales en el cuidado de salud del individuo, familia y comunidad en los tres niveles de atención. Para cumplir con este objetivo se busca la vinculación con el sector salud, involucrándole en una formación integral que depende en gran medida de las bases teóricas y metodológicas de las disciplinas adquiridas, así como de las experiencias adquiridas en los procesos de aprendizaje, de enseñanza, de salud-enfermedad, del cuidado de enfermería y de la investigación (Plan de Estudios Licenciatura en Enfermería 2008).

La Secretaría de Salud en el período 2009-2013 (Boletín de Información Estadística, Recursos Humanos para la Salud, 2013) desglosa el personal con el que cuenta para el funcionamiento de las unidades de salud de todo el país y menciona que México cuenta con un total de 107,462 enfermeras, tanto especialistas como generales, pasantes y auxiliares de enfermería. De éstos, 9860 son pasantes de enfermería, quienes realizan su servicio social en las diferentes instituciones de salud de primer y segundo nivel de atención; el 51% de los pasantes se encuentran en unidades clínicas de primer nivel, 33% en hospitales de atención general y 16% en hospital de atención especializada.

De acuerdo a datos de la Coordinación Estatal de Servicio Social de Enfermería (2018), en Michoacán, el diagnóstico de plazas de servicio social ha sido el siguiente: 2029 en 2016, 2018 en 2017 y 1962 en 2018. Para el período 2009-2013, Michoacán contaba con 677 pasantes de enfermería en servicio social, de los cuales el 64% correspondía a un centro de salud del estado, 24% realizó el SS en un hospital general y 12% en un hospital de especialidad; así mismo en Morelia se contaba con un total de 225 pasantes de enfermería (SSA 2009-2013).

Definir las competencias es un tema que ha tomado mayor auge en los últimos años debido a la importancia de definir las cualidades específicas propias de los profesionales, Gómez-Rojas (2015) define las competencias profesionales como el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados con la profesión en todas las situaciones que se pueden enfrentar en la práctica profesional. Charirria, Sarsosa, Uribe, López y Arenas (2011) consideran que no son suficientes las competencias profesionales para lograr un adecuado desempeño en el trabajo, pues se requiere trascenderlas y mostrar en el mercado como se desarrollan y relacionan directamente con comportamientos que ocurren en el contexto laboral y que permiten ser más empleable, lo que da lugar a la definición de competencias laborales.

Un profesional es competente no sólo porque manifieste conductas en el plano cognitivo (conocimientos y habilidades) que le permiten resolver adecuadamente los problemas profesionales sino también porque siente y reflexiona acerca de la necesidad y el compromiso de actuar en correspondencia con sus conocimientos, habilidades, motivos y valores, manifiesta una motivación profesional sustentada en intereses y valores profesionales y dispone de recursos personales que le permiten funcionar con flexibilidad, reflexión personalizada, iniciativa, perseverancia, autonomía, perspectiva futura en su actuación profesional de manera tal que posibilitan un desempeño profesional eficiente y responsable. (González y Ramírez, 2011).

El licenciado de enfermería, es un profesional que brinda cuidado holístico, con actitud crítica y reflexiva a las personas, familias y grupos de la comunidad, en sus distintas etapas evolutivas. Este cuidado lo fundamenta en el conocimiento de la disciplina y de otras ciencias humanas, sociales y de la salud, respetando los principios éticos y la diversidad cultural, siendo capaz de utilizar una segunda lengua en el ejercicio de su profesión. En el cuidado, incluye, además la gestión de los recursos, la educación y la investigación para el desarrollo y aplicación del conocimiento en la práctica (Muñoz, 2013).

El profesional de enfermería, ejerce su rol con liderazgo y responsabilidad social, en beneficio de la equidad y solidaridad, en el contexto de la calidad de vida y entorno seguro. Se desempeña en instituciones de la salud pública y privada, empresarial, política-administrativa, docente e investigativa, interactuando con equipos interdisciplinarios y multisectoriales, en un ámbito globalizado, para lo cual requiere del dominio de una segunda lengua y de las tecnologías de la información y la comunicación. Del mismo modo puede tener un ejercicio independiente de la práctica profesional. (Muñoz, 2013).

Patricia Benner es una de las teóricas más importantes de enfermería que estableció diversos niveles de adquisición de destrezas en la práctica de la enfermería, deriva su teoría del modelo Dreyfus de adquisición de habilidades. Benner utilizó descripciones sistemáticas de cinco etapas: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. Ha estudiado la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Mantiene que el conocimiento que aumenta con el tiempo en una disciplina práctica y que se desarrolla a través del diálogo en relación y contextos situacionales, estableciendo que existe una diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico y que el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica “consiste en ampliar el conocimiento práctico el saber práctico” mediante investigaciones científicas basadas en la teoría.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos considera que el SS es el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el Estado (2016, Lineamientos Generales). Para la Secretaría de Salud, el servicio social se concibe como la actividad práctica que ejecutan con carácter temporal y obligatorio, mediante beca o gratuitamente los estudiantes y profesionistas en interés de la Sociedad y del Estado. En el servicio social se conforma la formación integral del estudiante, que le permite, aplicar sus conocimientos, destrezas, aptitudes, actitudes y valores, comprender el compromiso social de su perfil académico, realizando funciones educativas, asistenciales, administrativas, de investigación y difusión, para el desarrollo de la profesión en beneficio de la sociedad (2016, Lineamientos Generales).

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo considera que el SS es una actividad que coadyuva a la formación integral del alumnado universitario, representando para éste una oportunidad para poner en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas durante sus estudios de educación superior (Reglamento General de SS UMSNH, 2016).

El Servicio Social de Enfermería es el período académico obligatorio de proyección social se desarrolla en unidades de primer y segundo nivel de atención, en el que el pasante aplica los conocimientos, destrezas y aptitudes adquiridas en los ciclos escolarizados, de igual manera favorece que el pasante adquiera habilidades y destrezas y por ende seguridad profesional en cada una de sus intervenciones en el ámbito asistencial docente administrativo y de investigación (Reglamento de SS de Enfermería, 2016)

La Secretaría de Salud establece que el SS se realizará en doce meses, en un periodo, existen dos promociones al año: la primera será del primero de febrero al treinta y uno de enero y la segunda del primero de agosto al treinta y uno de julio. Los programas de servicio social deben contribuir a la protección de la salud de la población del país, brindando servicios de calidad, para cumplir los siguientes propósitos:

- Fortalecer preferentemente el primer nivel de atención.
- Aplicar la estrategia de atención primaria a la salud, especialmente en población dispersa con tiempo exclusivo
- Participar en los programas prioritarios de salud comunitaria.
- Apoyar las acciones estipuladas en el Programa Nacional de Salud vigente.
- Establecer vínculos de compromiso entre las instituciones educativas y de salud, en la corresponsabilidad de las acciones profesionales, que se desarrollen durante el servicio social.

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo contempla que la prestación del SS favorece una vinculación directa del prestador con su entorno, permitiéndoles extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad, contribuyendo asimismo al desarrollo del Estado en sus diversos rubros, a través de su participación en los sectores gubernamental, productivo y social. (Reglamento General de SS UMSNH)

Material y métodos

Se trató de un estudio de tipo no experimental, descriptivo y transversal, realizado en la Facultad de Enfermería dependiente de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. El universo de estudio estuvo constituido por 413 PSS, con un muestreo no probabilístico a conveniencia de 143 PSS de la promoción del 1 de agosto del 2017 al 31 de julio del 2018, se incluyeron a todos los pasantes que se encontraban realizando el SS, excluyéndose a quienes no desearon participar, que hayan renunciado o se les haya cancelado el SS. Se utilizó el instrumento Clinical Competence Questionnaire ($\alpha=.926$), elaborado por Liou Shwu-Ru y Cheng Ching-Yu; y traducido y adaptado al portugués por Ritter et al (2017). El instrumento es de autollenado y utiliza una escala de tipo Likert de cinco puntos, los cuales varían entre “no tengo la menor idea” (punto 1) y “sé la teoría y soy competente en la práctica, inclusive sin cualquier supervisión” (punto 5).

Para determinar las competencias clínicas, los autores proponen hacer una sumatoria del puntaje que va de 48 a 240; siendo así que a mayor puntaje, es mayor el nivel de competencia; el instrumento consta de dos dimensiones que son: comportamientos profesionales de la enfermería ($\alpha=.915$) y habilidades profesionales ($\alpha=.948$). Para fines de esta investigación se decidió categorizar la dimensión de habilidades profesionales en tres subdimensiones que son: rendimiento general ($\alpha=.862$), habilidades básicas ($\alpha=.881$) y habilidades avanzadas ($\alpha=.860$). Se realizó una clasificación de las competencias quedando de la siguiente manera: novato, principiante, avanzado, competente y experto.

Los resultados se analizaron utilizando estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, mediana y moda), frecuencias y porcentajes en el programa estadístico SPSS versión 24. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para valorar la normalidad de los datos y se definió el uso de pruebas no paramétricas dado que no hubo normalidad. Para determinar la consistencia interna del instrumento se empleó el Alfa de Cronbach y se reconfirmó con dos mitades de Guttman. La ética de estudio, se apegó a la Ley General de Salud en materia de investigación.

Resultados

La media de edad de los participantes fue de 23.970 años, el 75.5% son mujeres, el 81.1% de los participantes es soltero, la mayoría (85.3%) de los participantes son nacidos en el estado de Michoacán; el 60.3% durante el servicio social tenían su residencia en Morelia, 41.3% de los pasantes realizaron su SS en la Secretaría Salud de Michoacán, mismo porcentaje que corresponde al segundo nivel de atención. De acuerdo a las competencias desarrolladas por los pasantes, en la gráfica 1 se puede observar que la mayoría de los PSS refieren tener un nivel de experto (83.2%), lo mismo se encontró en las dimensiones y subdirecciones del instrumento.

Las competencias de los PSS con respecto a el resultado obtenido en el Examen General para el Egreso de la Licenciatura (EGEL-Ceneval) se encontró que el 100% del sexo masculino se consideran con un nivel avanzado en la escala total; mismo porcentaje que se observa en las dimensiones comportamiento y habilidades. En las subdimensiones se puede observar que los participantes del sexo masculino se consideran más competentes en relación con el sexo femenino (Gráfico 2)

Con respecto a las competencias en los PSS se encontró que en la dimensión de habilidades profesionales comparado con el tipo de unidad de salud en la que realizaron el SS el 100% de los pasantes que lo realizaron en un primer nivel de atención se consideran con un nivel avanzado de competencias. Para la subdimensión de habilidades básicas comparado con el tipo de unidad de salud en la que realizaron el SS se encontró que el 100% de los PSS que realizaron el SS en una unidades de primer y segundo nivel de atención se consideran principiantes y avanzados respectivamente.

Existe un alta probabilidad (100%) de que los pasantes que realizaron el SS en un primer nivel de atención se consideren novatos ($\chi^2=14.898$, $gl=6$, $p=.021$) en la subdimensión de habilidades avanzadas, así mismo los participantes que estuvieron en un primer nivel y segundo nivel de atención tienen un probabilidad de 45.5% de ser competentes en la misma subdimensión

Conclusiones

En esta investigación se encontró que la mayoría de los participantes fue de sexo femenino, solteros, media de edad de 23.97 años, la mayoría son nacidos en el Estado de Michoacán y residente en el municipio de Morelia. Sólo el 11.2% vivió en un albergue universitario durante la carrera, el 41.3% realizó el servicio social en los Servicios de Salud de Michoacán y el mismo porcentaje seleccionó plaza en segundo nivel de atención.

En cuanto a la variable de estudio competencias clínicas, los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los pasantes se consideran expertos de acuerdo a la escala total, las dimensiones de comportamiento profesional y habilidades y las subdimensiones rendimiento general, habilidades básicas y habilidades avanzadas. Cuando se analizaron las competencias, se encontraron diferencias en la dimensión habilidades profesionales y subdimensión habilidades básicas por tipo de unidad de salud, así como en la subdimensión habilidades avanzadas por el resultado obtenido en el Examen EGEL de Ceneval.

En relación con la variable de competencias y el lugar de nacimiento se observa que todos los pasantes extranjeros se consideran expertos, los pasantes que son nacidos en otro estado se consideran expertos en un mayor porcentaje que los que son nacidos en el estado Michoacán. En cuanto al lugar de residencia, la mayoría de los pasantes que residen en otro municipio diferente a Morelia se consideran expertos en la escala total y en las dos dimensiones. En cuanto a la edad se puede observar que a mayor edad se consideran más expertos en competencias profesionales de enfermería; los pasantes que obtuvieron un desempeño Satisfactorio en el EGEL – CENEVAL se consideran expertos en la escala total y en las dos dimensiones.

Grafico 1.- Competencias Profesionales en el Servicio Social

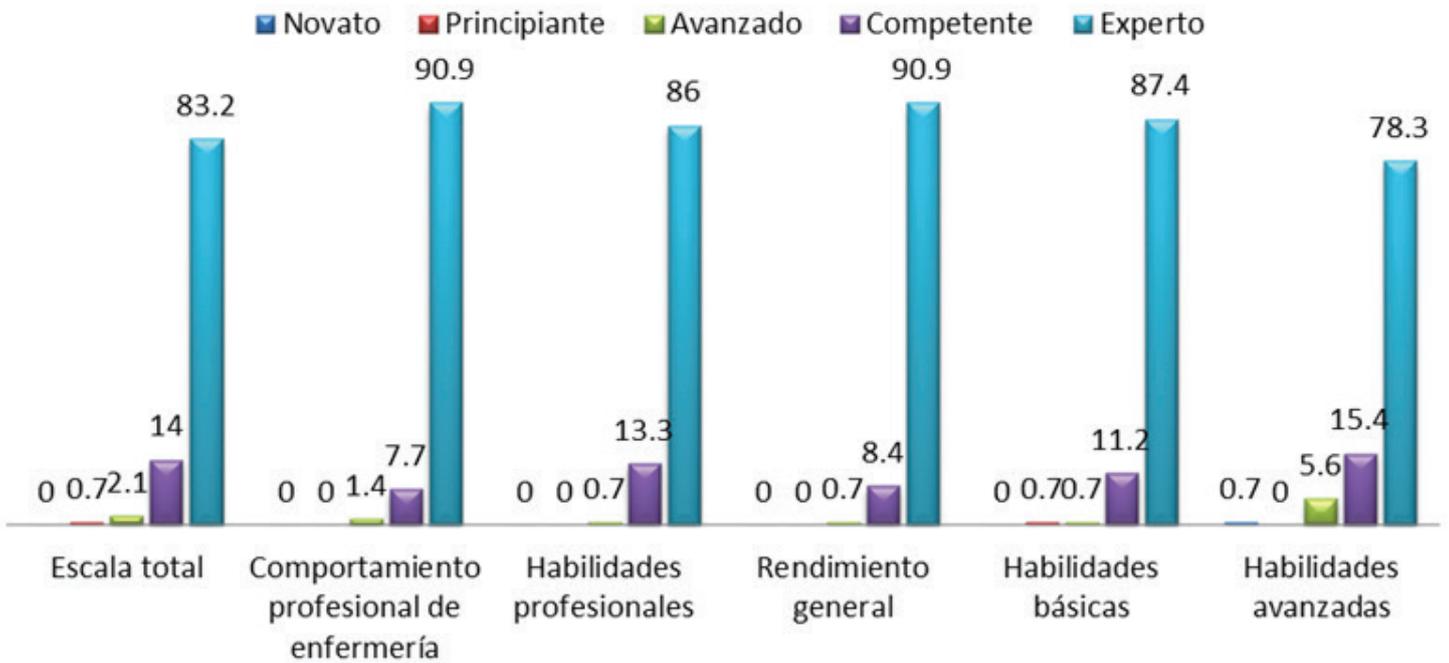
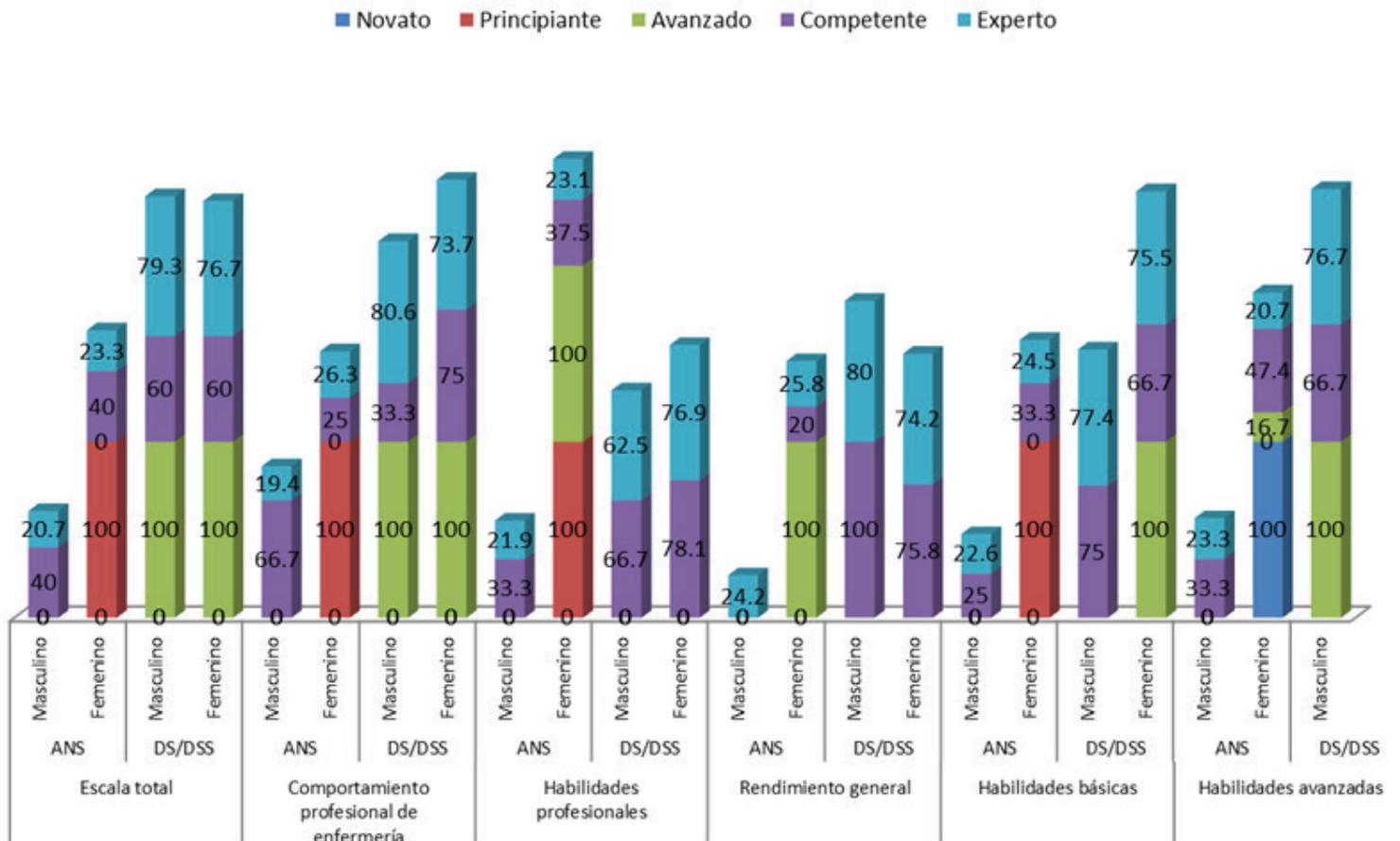


Grafico 2.-Competencias profesionales integrales por resultado de EGEL y sexo



- Arriaga, R. M., Cruz, A., Morales, F. y Vicente, P. Y. (2016). Desempeño de los prestadores de servicio social de licenciatura en enfermería de la DACS-UJAT en las instituciones receptoras del sistema estatal de salud. *Rev. Horizonte sanitario*, 15(1), 37-41. Disponible en http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/viewFile/1006/pdf_4
- Boru, B., Assefa, B., Tadesse, B., Mekonnen, M., y Habte, N. (2016). Perceived Clinical Competence among Undergraduate Nursing Students in the University of Gondar and Bahir Dar University, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Institution Based Study. *Advances in Nursing*, 1-7. doi.org/10.1155/2016/9294673
- Charria, V., Sarsosa, K., Uribe, A., López, C., y Arenas, F. (2011). Definición y clasificación teórica de las competencias académicas, profesionales y laborales. Las competencias del psicólogo en Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 28, 133-165. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21320758007>
- De Souza, M. C. y Mariscal, M. I. (2016). Competencias y entorno clínico de aprendizaje en enfermería: autopercepción de estudiantes avanzados de Uruguay. *Rev. Enfermería Global*, 15(41), 121-134. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100006
- Escamilla, S, Córdoba, MA, Campos, EM. (2012). Auto-percepción de competencias profesionales de alumnos de la Licenciatura en Enfermería. *Revista CONAMED*, 17 (2): 67-75. Disponible en <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2857Nv4vdAhVkJ94MKHbjSAJ4Q-FjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fdialognet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3971719.pdf&usq=AOvVaw0oLsZyBraN1GFW380KtonZ>
- Galdeano, C., y Valiente A. (2010). Competencias profesionales. *Rev. Educación Química*, 21(1), 28-32. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eq/v21n1/v21n1a4.pdf>
- Gómez, M., y Laguado, E. (2013). Propuesta de evaluación para las prácticas formativas en enfermería. *Revista CUIDARTE*, 4 (1), 502-509. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v4i1.10>
- González, González, M. y Ramírez, I. (2011). La formación de competencias profesionales: un reto en los proyectos curriculares universitarios. *Odiseo*, revista electrónica de pedagogía, 8 (16). Recuperado el {día, mes y año} a partir de: <http://www.odiseo.com.mx/2011/816/gonzalez-ramirez-formacion-competencias.html>
- González, P., Matus, R. y Fernández, V. (2017) Factores determinantes en la formación de pasantes en servicio social. Construcción y validación de un instrumento. *Rev. Enfermería Universitaria.*; 14(1):3-9 disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.10.003>
- Guzmán, A. (2010). Las competencias: otra mirada a la formación universitaria de la enfermería. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 10 (1), 1-28. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44713068016>
- Hernández, J., Cárdenas, S., Maya, A., Gabriel, J., Negrete, M. y Cervantes, E. (2009). Evaluación de competencias en proceso enfermero durante el servicio social. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17(1), 3-9. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091b.pdf>
- Kwiatkoski, D.R., Mantovani, M.F., Pereira, E.M, Botolato, C., Mattei, A.T. y Peres, AM. Traducción y adaptación transcultural del Clinical Competence Questionnaire para uso en Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:e2898. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1757.2898>.
- Moreno, M., Prado, E. y García, D. (2013), Precepción de los estudiantes de Enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas clínicas *Rev. Cuidarte*, 444-449 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533224003>
- Oltra, E., Rich, M., Orts, M. I., Sánchez, D. y González, P., (2013). Competencias de investigación en las especialidades de Enfermería. *Revista Enfermería Clínica*. 23(5), 225-230. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.07.006>
- Parra, D.I., Tiga, D.C., Domínguez, C.C. y Navas, J. (2016) Evaluación de las competencias clínicas en estudiantes de enfermería. *Rev Cuidarte*; 7(2): 1271-8. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.322>
- Sánchez, J., Guzmán, C. G. y Baeza, G. C. (2018). Nivel de correspondencia entre la formación profesional y desempeño en el servicio social de los alumnos de la Licenciatura en Enfermería de una Universidad Pública en Tabasco. *Revista CONAMED*. 23(1), 17-20
- Valenzuela, J., Espinoza, M.T., Lizalde, A., Marín, M. M., Álvarez, C.G., Ruiz, M.J. (2017). Condiciones de los pasantes de enfermería en servicio social en el Estado de Michoacán. *Revista Parainfo Digital*. 10(25), 1-6. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n25/410.php>
- Vázquez, F.D. (2010). Competencias profesionales de los pasantes de enfermería, medicina y odontología en servicio social en México. *Rev Panam Salud Pública*, 28(4), 298-304. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n4/298-304/es>

"CONOCER LA DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE TLAHUELILPAN HIDALGO"

*Leisly Estefani Martínez García, Ilse Arely Reséndiz Ortiz, Benjamín López Nolasco
y Ariana maya Sánchez
Estafania988@gmail.com*

Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo Escuela Superior De Tlahuelilpan

Introducción:

El proceso de envejecimiento se acompaña de la disminución de las funciones generales del organismo como son cambios del sistema motor, que pueden ser pérdida de la fuerza muscular y comprometer la movilidad del individuo. Para evaluar el estado funcional es necesario determinar el nivel de dependencia para llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria.

Objetivos: Conocer el nivel de dependencia a través del modo de adaptación de función del rol de Sor Callista Roy, en las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor (A.M.) mediante la escala de Lawton y Brody.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal, en el cual participaron 44 adultos mayores. Se evaluó el nivel de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria utilizando la escala de Lawton y Brody.

Resultados: El promedio de edad fue 73.08 años con una desviación estándar de 8.356, predominando el género femenino con un 64%, con una escolaridad de primaria incompleta del 100% y una ocupación del 72% al hogar. Los (A.M.) presentaron dependencia total con un porcentaje del 16 %, dependencia severa un porcentaje del 12%, dependencia moderada con un porcentaje de 20%, dependencia ligera un porcentaje de 36% y el nivel de independencia obtuvo una frecuencia del 4 y un porcentaje del 16%

Conclusiones: Se identificó que predomina la dependencia ligera con un porcentaje del 36%.

Palabras claves: Nivel de dependencia, adulto mayor.v

Abstrac

Introduction: The aging process is accompanied by a decrease in the general functions of the organism such as changes in the motor system, which can be loss of muscle strength and compromise the mobility of the individual. To assess the functional status it is necessary to determine the level of dependence to carry out the instrumental activities of daily life.

Objectives: To know the level of dependence through the mode of role adaptation of the role of Sister Callista Roy, in the instrumental activities of daily life of the elderly (A.M.) through the scale of Lawton and Brody. **Material and methods:** Longitudinal descriptive study, in which 44 older adults participated. The level of dependence in the instrumental activities of daily life was evaluated using the Lawton and Brody scale.

Results: The average age was 73.08 years with a standard deviation of 8.356, with the female gender predominating with 64%, with an incomplete primary education of 100% and an occupation of 72% at home. The (AM) presented total dependence with a percentage of 16%, severe dependence a percentage of 12%, moderate dependence with a percentage of 20%, light dependence a percentage of 36% and the level of independence obtained a frequency of 4 and a percentage of 16%

Conclusions: It was identified that light dependence predominates with a percentage of 36%.

Palabras claves: Nivel de dependencia, adulto mayor.

Abstrac

Introduction: The aging process is accompanied by a decrease in the general functions of the organism such as changes in the motor system, which can be loss of muscle strength and compromise the mobility of the individual. To assess the functional status it is necessary to determine the level of dependence to carry out the instrumental activities of daily life.

Objectives: To know the level of dependence through the mode of role adaptation of the role of Sister Callista Roy, in the instrumental activities of daily life of the elderly (A.M.) through the scale of Lawton and Brody. **Material and methods:** Longitudinal descriptive study, in which 44 older adults participated. The level of dependence in the instrumental activities of daily life was evaluated using the Lawton and Brody scale.

Results: The average age was 73.08 years with a standard deviation of 8.356, with the female gender predominating with 64%, with an incomplete primary education of 100% and an occupation of 72% at home. The (AM) presented total dependence with a percentage of 16%, severe dependence a percentage of 12%, moderate dependence with a percentage of 20%, light dependence a percentage of 36% and the level of independence obtained a frequency of 4 and a percentage of 16%

Conclusions: It was identified that light dependence predominates with a percentage of 36%.

Keywords: Dependence level, older adult

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio.¹

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), señala que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, las cuales tendrán una proporción de adultos mayores de 32 por ciento.² El proceso de envejecimiento se acompaña de disminución de las funciones generales del organismo. En lo referente a los cambios del sistema motor, estos pueden ser de origen fisiológico o patológico, en que dichas modificaciones se aceleran después de los 60 años, llevando a la atrofia, pérdida de la fuerza muscular, la acumulación de grasa que puede comprometer la movilidad del individuo. Además, algunos trastornos como enfermedades degenerativas centrales, osteoporosis, hiperglucemia y las secuelas del accidente cerebrovascular causan impacto negativo en el rendimiento motor y en deambulación de los ancianos.³ Para evaluar el estado funcional es necesario determinar el nivel de dependencia para llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria, entre los instrumentos para evaluar la capacidad de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria esta la escala de Lawton y Brody, que es una prueba ampliamente utilizada por ser rápida y fácil de aplicar.

Este estudio se pretende realizar con una población de adultos mayores del Centro Gerontológico Integral de Tlahuelilpan de Ocampo Hidalgo, con el fin de evaluar el nivel de dependencia en la muestra ya mencionada anteriormente.

Material y métodos

TIPO DE ESTUDIO

Enfoque: Cuantitativo ya que se pretende conocer el nivel de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor mediante la escala de Lawton y Brody para la obtención de datos estadísticos

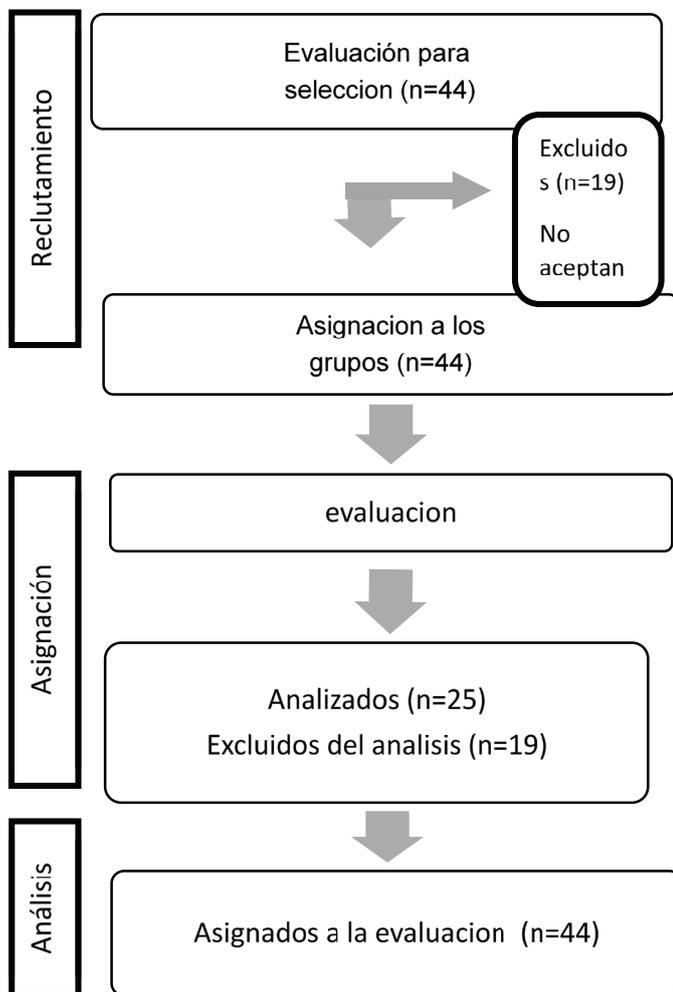
DISEÑO METODOLÓGICO

Descriptivo: ya que se pretende evaluar la dependencia del adulto mayor sin influir sobre el de ninguna manera

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio el cual fue realizado en una muestra de 44 adultos mayores, grupo de intervención 25 del Centro Gerontológico Integral de Tlahuelilpan Hidalgo, en el siguientes orden: Características del grupo intervención, descripción de las variables de estudio y prueba de hipótesis.

Figura 3. Diagrama de flujo del proceso de la evaluación.



Fuente: Elaboración propia L. Martínez e I. Reséndiz, 2018

Tabla 1: Características socio demográficas de la población de estudio

Variable	f	%
EDAD		
60	2	8.0
62	1	4.0
63	1	4.0
64	1	4.0
65	1	4.0
67	1	4.0
68	1	4.0
69	1	4.0
70	2	8.0
72	1	4.0
73	1	4.0
74	2	8.0
76	1	4.0
78	1	4.0
79	2	8.0
80	1	4.0
82	1	4.0
83	1	4.0
85	1	4.0
86	1	4.0
88	1	4.0
OCUPACIÓN		
Hogar	18	72.0
Campo	5	20.0
Comerciante	2	8.0
ESCOLARIDAD		
Primaria incompleta	25	100.0
SEXO		
Masculino	9	36.0
Femenino	16	64.0

Fuente: Elaboración propia L. Martínez e I. Reséndiz, 2018
n=44

En la tabla 1 se muestran las variables correspondientes a las características socio demográficas de la población de estudio donde se puede observar que 64% de los adultos mayores corresponden al género femenino, de acuerdo a la escolaridad el 100% de adultos mayores tiene estudios de primaria incompleta y de acuerdo a la ocupación, el 72% de los adultos mayores que participan en el estudio se dedican al hogar.

Tabla 2: Datos sociodemográficos de la población de estudio. Conclusiones

Variable	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Mdna	DE
Edad 6	0	88	73.08	73.00 8	.356
Escolaridad	1	1	1.00	1.00	.000
Ocupación	1	3	1.36	1.00	.638

Fuente: Elaboración propia L. Martínez e I. Reséndiz, 2018n=44

En la tabla 2 se muestran los resultados de las características cuantitativas de la población de estudio donde se observa que el promedio de edad fue 73.08 años (DE=8.356) correspondiente al número de adultos mayores que participaron en la investigación

Tabla 3: Datos del nivel de dependencia

Nivel de dependencia	f	%
Dependencia total	4	16
Dependencia severa	3	12
Dependencia moderada	5	20
Dependencia ligera	9	36
Independencia	4	16
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia L. Martínez e I. Reséndiz, 2018 n=44

En la tabla 3 se muestran los resultados de la evaluación. Dentro de la tabla se muestra la estratificación de los niveles de dependencia, encontrando en el nivel de dependencia total una frecuencia de 4 (16%), en el nivel de dependencia severa se muestra una frecuencia de 3 (12%), en dependencia moderada encontramos una frecuencia de 5 (20%), en el nivel de dependencia ligera una frecuencia de 9 (36%), y por último en el nivel de independencia encontramos una frecuencia de 4 (16%).

Los resultados obtenidos en la evaluación demostraron que el 36% de los adultos mayores tenían una dependencia ligera, de acuerdo a nuestro objetivo general donde se pretendió conocer la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor mediante la escala de Lawton y Brody, se logró demostrar la hipótesis de trabajo que se estableció como: “el nivel de dependencia influye de manera integral en las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor”, rechazándose así la hipótesis nula, respaldada por los resultados arrojados.

Referencias bibliográficas

- Alvarado A, Salazar Á. Análisis del concepto de envejecimiento [Internet]. Scielo.isciii.es. 2014 [cited 4 September 2018]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Política social, seguridad social y temas de población [internet] organización de las naciones unidas 2013 [cited 10 september 2018] available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/97925/VIII_Politica_Social__Seguridad_Social_y_Temas_de_Poblacion_-_octubre_2013.pdf
- Leite M, Castioni D, Kirchner R, Rosane M, Hildebrandt L. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Revista Enfermería Global 2015; 37 (1):1-11. [cited 10 september 2018] available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001

“CONOCIMIENTO PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS.”

*Claudia Guadalupe Álvarez Huante
Ma. Martha Marín Laredo*

Resumen

Introducción. Hablar de la prevención del cáncer cérvico uterino, es complicado debido a que requiere de cambios en el estilo de vida y en el ejercicio de la sexualidad. **Metodología.** Se utilizó enfoque cuantitativo, estudio descriptivo, observacional, muestra de 100 mujeres que acudieron a realizarse el papanicolaou, cuestionario sobre el conocimiento y factores de riesgo que aumentan las posibilidades de desarrollar el cáncer cervico. Para el procesamiento de los datos se utilizo un paquete estadístico SPSS (22). Alpha Cronbach .800. **Resultados.** Cabe destacar que a pesar que la mayoría de la población sabe que es el cáncer cervicouterino, con un 54% no sabe cómo prevenirlo y el 46 % si sabe cómo prevenirlo. **Conclusiones.** Debido a la investigación que se realizó en el centro de salud urbano de Morelia nos muestra que las pacientes requieren de información y orientación sobre que es el cáncer cervicouterino.

Palabras Clave: Cáncer cervicouterino, Virus de papiloma humano, Prevención, Educación.

Introducción

El cáncer cervicouterino, también conocido como cáncer de cuello de la matriz, es un tumor maligno que inicia en el cuello de la matriz y es más frecuente en mujeres mayores de 30 años, sin embargo continúa siendo un problema importante de salud pública en el mundo, la Organización Mundial de la Salud¹. Ha estimado que aparecen 500,000 casos nuevos por año, de los cuales el 90% ocurren en países en desarrollo siendo una de las causas de muerte más frecuente por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 a 60 años. En los últimos años se realizaron investigaciones que han permitido el avance, en el conocimiento de la etiología, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvicouterino, que han impactado en el decremento de las tasas de morbilidad y mortalidad por esta patología.

Es importante mencionar la tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino cuyo objetivo es asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, esta tasa es un indicador que mide el efecto de las acciones que la Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, para detectar y atender el cáncer cérvicouterino en forma oportuna. Programa Sectorial de Salud².

La detección oportuna de cáncer cervicouterino permite identificar lesiones precancerosas por prueba de Papanicolaou, lo cual ha reducido significativamente este padecimiento en países desarrollados, el principal problema es la baja calidad del sistema de diagnóstico; por ello se requieren nuevas técnicas más sensibles y específicas, a pesar de que la citología cervical es de gran utilidad en la detección de cáncer cervicouterino, la identificación de lesiones tempranas y de alto grado sigue siendo una limitante.

Factores de riesgo para desarrollar Cáncer Cervicouterino.

El cáncer cérvicouterino, es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero manifestándose con lesiones precursoras de lenta y progresiva

evolución, que se pueden desarrollar en etapas intraepiteliales, evolucionando hasta cáncer invasivo, las lesiones se desarrollan en diferentes etapas: displasia leve, moderada, severa, y de acuerdo a diversas investigaciones, aproximadamente diez años después avanza hasta convertirse en cáncer invasor.

Los diferentes factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino son los siguientes:

- Mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano.
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer).
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencias.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico.

Sin embargo el factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH). El virus del papiloma Humano es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papilomas, lo que se conoce más comúnmente como verrugas. Chavaro N3.

El virus del papiloma Humano puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisitan los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones, una forma en la que se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral, ciertos tipos de virus del papiloma Humano pueden causar verrugas que pueden aparecer en o alrededor de los órganos genitales y en el área del ano. Estas verrugas pueden ser apenas visibles o pueden tener varias pulgadas de diámetro. Se conocen como verrugas genitales o condiloma acuminado. Los dos tipos de virus del papiloma Humano que causan la mayoría de los casos de verrugas genitales son el VPH 6 y el VPH 11. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados al cáncer del cuello uterino. A otros tipos de virus del papiloma Humano se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo

cánceres de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer anal y oral tanto en hombres como en mujeres. Los tipos de alto riesgo incluyen VPH 16, VPH 18, VPH 31, VPH 33 y VPH 45, entre otros. Puede que no se presenten signos visibles de infección por un virus del papiloma Humano de alto riesgo hasta que se originen cambios precancerosos o cáncer. Esmo4.

Prevención del cancer cervicuterino.

La manera más eficaz de prevenir el cáncer de cuello uterino es a través de las pruebas de Papanicolaou periódicas, que permiten diagnosticar las lesiones precancerosas, la prevención de los precánceres implica controlar los posibles factores de riesgo, mediante medidas como retrasar el inicio de la actividad sexual hasta el fin de la adolescencia o después, limitar el número de compañeros sexuales, evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchos compañeros sexuales, evitar las relaciones sexuales con personas que obviamente presentan verrugas genitales u otros síntomas de enfermedades venéreas, tener relaciones sexuales usando preservativos reducirá el riesgo de infección, dejar de fumar y finalmente la prueba de Papanicolaou. Aranda, F5.

Aludiendo a lo anterior se pueden implementar las siguientes medidas:

- Aplicar a las niñas, entre los 9 y los 13 años, dos dosis de la vacuna contra los papilomavirus humanos (PVH) para prevenir la infección por estos virus causantes del cáncer cervicouterino
- Utilizar las pruebas de detección de virus del papiloma Humano como método de cribado para prevenir el cáncer cervicouterino. Con las pruebas de detección la
- frecuencia del cribado disminuirá. Si el resultado de la prueba de detección es negativo, la mujer no tendrá que someterse de nuevo a la prueba al menos durante cinco años, aunque sí deberá repetirla antes de que transcurran diez años.
- Difundir información de forma más amplia, a las mujeres mayores de 29 años, se establezca una comunicación con un público más amplio: adolescentes, padres, educadores, líderes y profesionales de la salud a todos los niveles, de modo que las mujeres reciban información en todas las etapas de su vida. Secreteraria de salud6.

Referente a esta investigación se planteo la siguiente pregunta:

¿Cuál es el conocimiento que tienen las mujeres de 25 a 60 años a cerca del cáncer cervicouterino del centro de salud del Carmen en Morelia Michoacan. ?

Objetivo General:

Identificar el conocimiento para la prevención oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 60 años que acuden a consulta al centro de salud del Carmen en Morelia, Michoacán.

Objetivos específicos:

Identificar los factores que influyen en la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 25 años.

Asociar variables sociodemográficas con el conocimiento que tienen las mujeres mayores de 25 años.

Metodología

Se utilizó enfoque cuantitativo, estudio descriptivo, observacional, diseño transversal. La muestra no probabilística, con la participación de 100 mujeres que acudieron a realizarse el papanicolau en el centro de salud del Carmen en Morelia Michoacán. Los criterios de inclusión fueron aquellas mujeres de un rango de edad de 25 a 60 años, criterios de exclusión son aquellas mujeres menores de 25 años y mayores de 61 años. Se utilizó un cuestionario ya elaborado con autoría de la Dra. dulce María Godoy Páez. El cuestionario ya elaborado es sobre el conocimiento y factores de riesgo que aumentan las posibilidades de desarrollar el cáncer cervicouterino, las opción de respuesta fue dicotómica y se conformo por las siguientes preguntas: ¿Usted sabe que es el Cancer? ¿Sabe qué es el Cáncer cervico uterino? ¿Sabe por qué se origina el Cáncer cervico uterino? ¿Ha recibido información necesaria acerca del Cáncer cervico uterino por medio del personal de salud? ¿Cree usted que si las mujeres recibirán más información acerca del Cáncer cervico uterino sería menor el índice del virus? ¿Sabe cuál es el tratamiento para el Cáncer cervico uterino? ¿Alguien de tu familia ha padecido Cáncer cervico uterino?

Para la obtención de datos encuestados se pido autorización al jefe y enfermera del centro de salud del Carmen con consentimiento individual para encuestar a las mujeres mayores de 25 a 60 años de edad. Para la recolección y análisis de los datos y procesamiento de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 22).

El cuestionario se valido mediante las 100 muezres encuestadas del Centro de Salud del Carmen en Morelia Michoacán obteniendo un alpha de Cronbach de .800.

Resultados

De las 100 mujeres encuestadas de acuerdo a la pregunta. El conocimiento acerca del cáncer que tiene la población que acude al centro de salud.

Con el 79% corresponde a que si tiene conocimiento, y con un 21% no tiene conocimiento.

De acuerdo a la población femenil encuestada con un 54% sabe que es el cáncer pero no sabe cómo prevenirlo y el de las mujeres encuestadas el 46 % si sabe cómo prevenirlo.

Encontramos que el 54% no sabe cuáles son las causas por las cuales se origina el cáncer cervicouterino y el 36% de las mujeres encuestadas si conoce las causas por las cuales se origina.

Respecto a que si la población encuestada de este centro de salud ha recibido información o platicas preventivas acerca del cáncer cervicouterino con un 51% contesto que ha tenido acceso a este tipo de información mientras que el 49% no ha recibido información. Al analizar y tomar conciencia de la problemática de esta enfermedad el 83% de ellas creen que si recibieran más información acerca del cáncer cervicouterino el índice sería menor de presentar cáncer cervicouterino y con un 17% contesto que no es necesario.

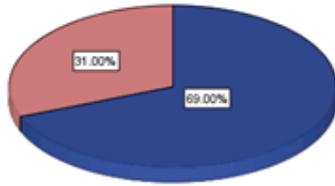
Respecto al conocimiento que tienen las mujeres encuestadas de cual es el tratamiento para el cáncer cervicouterino contestaron con un 73% que no sabe cual es el tratamiento para el cáncer cervicouterino, y el 27% si lo conoce a cerca del tratamiento.

De acuerdo a que si las mujeres encuestadas presentan antecedentes familiares e 76% menciono no presentar antecedentes familiares de cáncer cervicouteriono, y con un 24% si presentan antecedentes familiares.

Respecto a la pregunta. Ha recibido información necesaria acerca del Cáncer cervico uterino por medio del personal de salud Vs Sabe cuál es el tratamiento para el Cáncer cervico uterino. De acuerdo a esta asociación de Chi cuadrado presento una significancia de .002 lo cual nos indica que es importante la difusión y orientación por parte del personal del centro de salud a la población femenil ya que da conocimiento de cual

es el tratamiento del cáncer cervicouterino.

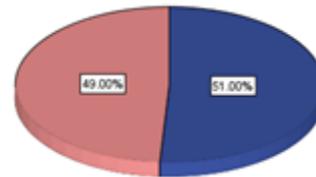
SABE QUE ES EL CANCER CERVICOUTERINO



sabe cuáles son los síntomas del cáncer cervicouterino	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	31.0
No	69	69.0
Total	100	100.0

Fuente: 100 mujeres encuestadas en el Centro de Salud Morelia.

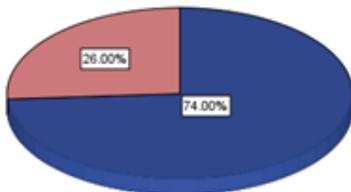
A RECIBIDO INFORMACIÓN NECESARIA ACERCA DEL CANCER CERVICOUTERINO POR EL PERSONAL DE SALUD



conoce las medidas preventivas para el cáncer cervicouterino	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	46.0
No	54	54.0
Total	100	100.0

Fuente: 100 mujeres encuestadas en el Centro de Salud Morelia.

ALGUNA VEZ USTED SE HA REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



Discusión

La OMS7. Refiere que el Cáncer cervico uterino se considera una enfermedad de la pobreza de acuerdo a los resultados el seis de cada diez encuestadas refirió presentar un nivel socioeconómico bajo, y cuatro de cada diez encuestadas contesto que no es bajo su nivel socioeconómico. se tiene que hacer mas énfasis en dar mar orientación por parte del personal de salud sobre cáncer cervicouterino y cómo prevenir en la población más alejada y con falta de recursos para ir periódicamente a un centro de salud.

Mercedes J8. Refiere que es importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, lo cual se logrará mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos. Respecto a la investigación, cinco de cada diez mujeres encuestadas a sido capacitada sobre el cáncer cervicouterino. Informar a través de los medios de enformacion, la importancia de la asistencia de las mujeres a las medicas para realizarse los estudios y lograr un aumento en la tasa de respuestas para acceder aq los servicios médicos preventivos.

Conclusiones

Debido a la investigación que se realizó en el centro de salud urbano de Morelia nos muestra que las pacientes encuestadas requieren de información y capacitación para prevenir el cancer cervicouterino, así mismo siete de cada diez mujeres encuestadas tiene conocimientos a cerca de los síntomas de esta patología sin embargo comentaron que les interesaría tener mas conocimiento sobre ello. Aludiendo a lo anterior un dato importante fue que la promoción y prevención por parte del equipo de salud es indispensable para tener el conocimiento y estar alerta a cualquier signo o síntoma de esta patología.

Concluyendo que la participación de enfermería en los centros de salud es de suma importancia ya que puede ayudar a la prevención o tratamiento de esta patología, mediante el diseño de talleres informativos, plenarias donde se resalte la importancia de prevenir esta enfermedad mediante el diagnosticos entre ellos el Papanicolaou.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Cáncer Cervicouterino. 2005. [Consultado el 16 agosto 2016] Disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Programa Sectorial de Salud. Diario Oficial de la Federación. 2013-2018. [Consultado el 10 de Agosto 2016] Disponible en <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/programaDOF.pdf>
- Chavaro, N. Cáncer cervicouterino. México, D.f.: Del Centro Médico ABC American British Cowdray 2009. [Consultado el 19 de Agosto 2016] Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>
- Esmo. Cáncer de cuello uterino. Guía de práctica clínica para pacientes. 2012. [Consultado el 5 de Mayo 2016] Disponible en <https://www.esmo.org/content/download/6673/115548/file/ES-Cancer-de-Cuello-Uterino-Guia-para-Pacientes.pdf>
- Aranda, F. Gaceta mexicana de oncología. Madrid: Elsevier. 2009 Vol.14, pag. 3-4 [Consultado en agosto 2016] Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305>
- Secretaria de salud. Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervico uterino en México. 2010. [Consultado el 12 de Agosto 2016] Disponible en <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>
- Organización Mundial de la Salud. Cáncer Cervicouterino. 2005. [Consultado el septiembre 2016] Disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Mercedes J. Sistema Nacional de Salud. 2014. [Consultado el 20 de mayo 2016] Disponible en http://www.senado.gob.mx/comisiones/seguridad_social/docs/Mesa05_2.pdf
- Godoy, M. factores de riesgo que predominan en mujeres con cancer cervicouterino en el hospital general de Zona No 24. 2012. [Consultado el 17 de Junio 2017] Disponible en <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iW205B4IZPMJ:www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/protocolo-godoy.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx>

“DESCRIPCIÓN DEL ABANDONO ESCOLAR Y SU COSTO ECONÓMICO EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR”

Alma Rosa Quiroz Guerra, Irma Andrade Valles, José Luis Hernández Torres, Susana Facio Arciniega, Laura Alemán de la Torre, María del Refugio Valerio Candela y Ángeles Saavedra Nieto
quirozguerraalmarosa@gmail.com

Universidad Autónoma de Coahuila Escuela de Licenciatura en Enfermería Unidad Torreón

Resumen

Introducción: La evaluación de la educación formal se determina a partir de los resultados de la triada de indicadores de: reprobación, abandono y eficiencia terminal. La reprobación entendida como la no demostración de la adquisición de conocimientos mínimos establecidos en la currícula, propicia el abandono, así como los factores propios del alumno ajenos a la currícula, repercutiendo ambas situaciones en el indicador de eficiencia terminal lo que conlleva a un dispendio económico. **Objetivo:** Determinar el porcentaje global, por semestre, por cohorte generacional y costo económico del abandono escolar en una escuela pública de nivel superior. **Material y método:** Estudio descriptivo, retrospectivo con una muestra no probabilística de 4365 alumnos del periodo de agosto 2010 a junio de 2017, se realiza análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** El promedio de matrícula por semestre es de 312 alumnos, con el 3.00% de abandono en el periodo de estudio, correspondiendo el 0.30% al nuevo ingreso, con una fluctuación por semestre de 0.7% al 5.7% y el 2.20% por cohorte generacional. El dispendio económico estimado en pesos en el periodo es de \$9,001,764 con un promedio de costo por alumno de \$69,411.00. **Conclusiones:** El abandono tiene un costo económico alto no recuperable, el costo que no es factible de estimar es la oportunidad perdida para los aspirantes rechazados, que en promedio es el 84%, cabe aclarar que en ningún momento se rebasó el índice estatal y nacional. Por lo que es relevante implementar mecanismos de recuperación al ingreso que permitan abatir el dispendio económico.

Palabras claves: Abandono, Indicador, Costo Económico

Introducción

El éxito o fracaso escolar se estima de manera cuantitativa a partir de la valoración de la triada de indicadores conformada por reprobación, abandono total (AT) y eficiencia terminal (ET). Entendida esta última como el porcentaje de alumnos que culminan satisfactoriamente el nivel educativo durante el tiempo ideal (Secretaría de Educación Pública (SEP), 2014), el indicador es afectado cuando no es posible demostrar los conocimientos adquiridos en el aula denominado reprobación y el abandono escolar intra e Intercurricular (De los Santos, 2004).

En México citado por López. S.A., Albiter. A. R. y Ramírez. R.L. (2008) según la ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior) la ET de la educación superior es del 39% concordando con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en 2013 y se incrementa al 72% de acuerdo con la OCDE (2017) en sus Países miembro. En tanto en el Programa Sectorial de Educación 2013-2018 maneja una línea base de 32.1 % con una meta para el 2018 - 2019 del 40% las estrategias para el logro de la ET se deben enfocar en favorecer la permanencia y la retención escolar.

A nivel Nacional el AT en el 2004 se estimó en el 8.6%, para el 2014 presento un descenso de 0.4% y para el 2017 se ubica en 7.2%. En el Estado de Coahuila en el 2004 el AT fue del 7.2% para el 2014 presenta un incremento de 2.6% y en el 2017 se estimo en 7.7% (Dirección General de Planeación y Estadística Educativa (DGPEE) 2013 y 2014, Sistema Nacional de Información Estadística Educativa (SNIEE) 2017), observándose una tendencia a la baja que es lo esperado más aun por el costo económico que este fenómeno representa pues se estima para el 2017 un costo por alumno de \$72.208 (SEP, 2013 y 2014).

Justificación

De acuerdo con el Programa Sectorial de Educación 2013-2018 (2013) es responsabilidad de la sociedad en su conjunto el implementar acciones que favorezcan la permanencia, sin embargo, son pocos los estudios que abordan el costo socioeconómico (González y Uribe, 2005) del fenómeno de AT. Por lo que se propone la realización de este estudio como punto de partida para contar con información estadística concreta y fidedigna del fenómeno que nos permita la emisión de juicios de valor que sustenten la implementación de programas de retención con el objeto de disminuir el índice del AT e incrementar la ET para favorecer la efectividad educativa y por consiguiente disminuir el impacto socioeconómico (Himmel,2002).

Objetivo General

Determinar el porcentaje global, por semestre y por cohorte generacional del indicador de abandono escolar en la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Licenciatura en enfermería Unidad Torreón de la Universidad Autónoma de Coahuila, durante el periodo de agosto 2010 a junio del 2017.

Objetivos particulares

Analizar cuantitativamente el abandono escolar y estimar la utilización de indicadores cualitativos.

Interpretar el fenómeno de abandono escolar en relación con la demanda de ingreso.

Documentar el impacto económico propiciado por el abandono escolar.

Definición de conceptos

Abandono total. Total de alumnos que abandonan las actividades escolares antes de concluir algún grado o nivel educativo, expresado como porcentaje del total de alumnos inscritos en el ciclo escolar, que corresponde a la suma del abandono intracurricular e intercurricular (SEP, 2014, DGPEE, 2013 y 2014, SNIEE, 2017)

Metodología

Diseño

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal

Población, Muestreo y Muestra

La población está integrada por el total de personas aspirantes a ingresar a la carrera de Licenciatura en Enfermería en la Unidad Torreón de la Universidad

Autónoma de Coahuila, con una muestra no probabilística consecutiva

Metodología

Diseño

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal

Población, Muestreo y Muestra

La población está integrada por el total de personas aspirantes a ingresar a la carrera de Licenciatura en Enfermería en la Unidad Torreón de la Universidad Autónoma de Coahuila, con una muestra no probabilística consecutiva

de 4365 alumnos que corresponde a la matrícula total de inscritos en los semestres comprendidos en el periodo de agosto 2010 a julio 2017.

Medición e Instrumentos

Abandono total. Entendido como el total de alumnos que abandonan las actividades escolares antes de concluir algún grado o nivel educativo, expresado como porcentaje del total de alumnos inscritos en el ciclo escolar se estima a partir de las siguientes formulas. $\text{Abandono total} = (\text{Abandono total} / \text{matricula total}) * 100$ (SEP 2014).

Matricula total del ciclo actual. Total de alumnos inscritos en el semestre que no tengan adeudo económico ante la universidad y la escuela, además de haber realizado el registro de las materias a cursar en el semestre (UAdeC, 1986).

Matrícula de nuevo ingreso del ciclo actual. Total de alumnos que se admiten en la Universidad Autónoma de Coahuila posterior a la presentación y aprobación del examen de admisión, de la selección en relación con los lugares ofertados por semestre y cubrir el pago económico de admisión, cuotas internas e inscripción al semestre (UAdeC, 1986).

Alumno egresado. Alumnos que hayan cubierto íntegramente el plan de estudios correspondiente a 10 semestres (UAdeC, 1986 y UAdeC, 2005).

Recolección de la información

A partir de los Resultados de la evaluación de aspirante emitido por la Dirección de asuntos académicos, del sistema y la plataforma electrónica de inscripción académica se determina el total de alumnos de nuevo ingreso y el total de la matrícula por semestre. El total de alumnos egresados por ciclo escolar se determina a partir de la plataforma electrónica del Sistema de

administración para la prestación del servicio social.

Se elaboran cuadros de concentración para la documentación de la información en programa electrónico de Excel, se insertan funciones y formulas.

Blindaje

Estrategias implementadas para la pureza en la recolección de información; solo se documenta información de fuentes oficiales, se verifica la operacionalización de las funciones y formulas en cuadros de Excel y se valida la información al azar con proceso manual.
Plan de análisis estadístico

Los datos se analizarán con estadística descriptiva en frecuencia, por ciento mínimas, máximas para contrastar con los Medias Nacionales y Estatales.

Resultados

El objetivo del presente estudio es determinar el AT, por semestre, por cohorte generacional y su impacto económico durante el periodo de estudio en la Unidad Académica (UA). En primer término, se describen los resultados del AT por ciclo escolar efectuando un comparativo con la Media Nacional y Estatal, posteriormente se relaciona con la demanda de ingreso y la oferta académica, se continua con los resultados encontrados del AT por cohorte generacional y se concluye con el costo económico por semestre en relación con el fenómeno de estudio.

Se analizaron un total de 14 semestres comprendidos de agosto 2010 a junio 2017, con una matrícula total de 4365 alumnos y un promedio de matrícula por semestre de 312 alumnos por ciclo escolar, con un promedio del 3.0% de AT, como se puede observar en la Tabla 1 muy por abajo de las referencias de AT de la Media Nacional de 7.4 y de la Media Estatal de 8.8.

Tabla 1 En la Gráfica 1, se contrasta la Media de AT Nacional y Estatal contra el AT por semestre de la UA y en ningún momento se rebasa los valores correspondientes al AT de la Media Nacional y Estatal.

Gráfica 1

<i>Abandono total en valores absolutos y relativos por ciclo escolar</i>					
Ciclo escolar	Media		Matricula total	Abandono	% de abandono
	Nacional	Estatal			
Agosto-diciembre 2010	7.4	8.1	301	17	5.6%
Enero-junio 2011	7.4	8.1	295	14	4.7%
Agosto-diciembre 2011	7.9	9.7	301	8	2.7%
Enero-junio 2012	7.9	9.7	294	2	0.7%
Agosto-diciembre 2012	7.4	8.1	284	11	3.9%
Enero-junio 2013	7.4	8.1	271	13	4.8%
Agosto-diciembre 2013	8.2	9.8	286	8	2.8%
Enero-junio 2014	8.2	9.8	280	10	3.6%
Agosto-diciembre 2014	6.9	9.5	294	4	1.4%
Enero-junio 2015	6.9	9.5	279	16	5.7%
Agosto-diciembre 2015	7.0	8.7	371	19	51%
Enero-junio 2016	7.0	8.7	369	6	1.6%
Agosto-diciembre 2016	7.2	7.7	368	3	0.8%
Enero-junio 2017	7.2	7.7	372	0	0.0%
Promedio	7.4	8.8	312	10	3.0%

Nota: Sistema de inscripción académica, Sistema de administración para la prestación del servicio social, DGPEE 2013 y 2014 y SNIEE 2017.

En la Gráfica 1, se contrasta la Media de AT Nacional y Estatal contra el AT por semestre de la UA y en ningún momento se rebasa los valores correspondientes al AT de la Media Nacional y Estatal.

Gráfica 1

Porcentaje de abandono total por ciclo escolar y la Media Nacional y Estatal

Nota: Sistema de inscripción académica, Sistema de administración para la prestación del servicio social, DGPEE 2013 y 2014 y SNIEE 2017.

En cuanto a la oportunidad perdida en relación con los lugares ofertados y la demanda de ingreso es del 84% y el 2.5% corresponde a los alumnos que no concretan su proceso de admisión, en la Tabla 2 se describe el porcentaje de oportunidad perdida al ingreso por ciclo escolar, el número de aspirantes en el periodo corresponde a 6840, con un valor mínimo de 100 y el valor máximo de 684 y un promedio por ciclo de 302 aspirantes, la ocupación al ingreso oscilo entre el 29% y el 7% en relación a los aspirantes, en el ciclo enero-junio 2011 la ocupación rebasa la oferta a razón de que en el lugar 30 tres personas lograron la misma calificación, en estos casos se incrementan los lugares ofertados.

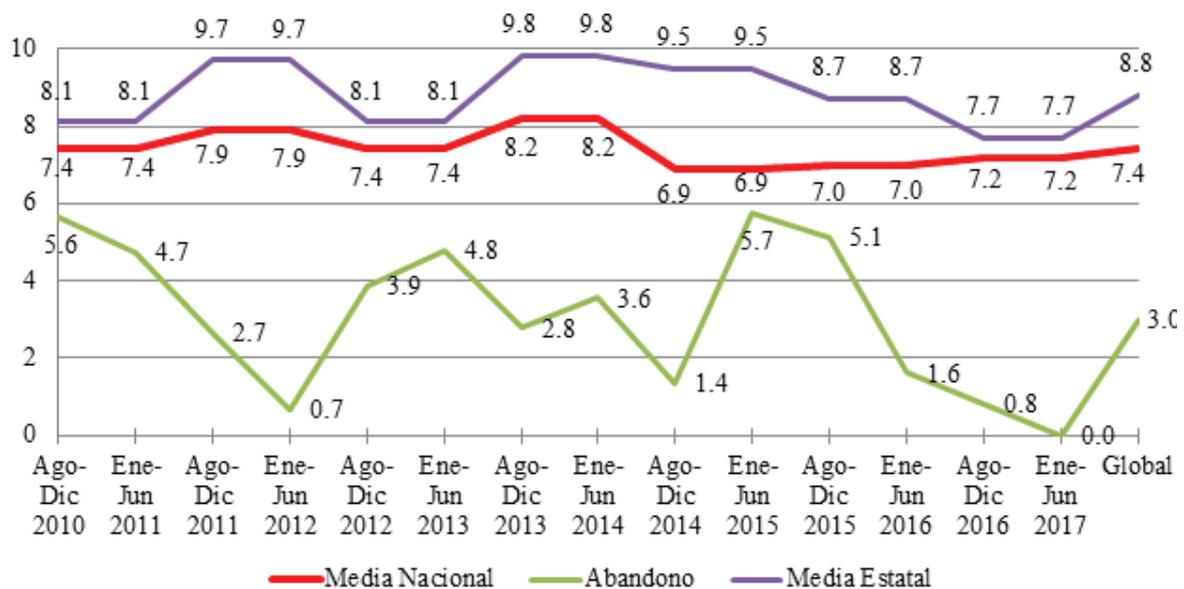


Tabla 2

<i>Valores absolutos y relativos del abandono por cohorte generacional y semestre de egreso</i>							
Ciclo escolar	Matrícula al ingreso	Egreso por semestre		Abandono %		de Abandono	
		10° 1	1°	10° semestre	Total	10° semestre	Total
Agosto-diciembre 2010	59 4	2		17	17	28.8	28.8
Enero-junio 2011	32 2	3	2	9	7	28.1	21.9
Agosto-diciembre 2011	58 4	4 1	1	4 1	3	24.1	22.4
Enero-junio 2012	25 1	2	9	13	4	52.0	16.0
Agosto-diciembre 2012	50 4	0	2	10	8	20.0	16.0
Total	224	161 1	4	63	49		
Promedio						28.1	21.9

Nota: Sistema de inscripción académica, Sistema de administración para la prestación del servicio social, DGPEE 2013 y 2014 y SNIEE 2017.

En relación con el impacto económico durante el periodo de estudio se identifica en pesos mexicanos, una subutilización de \$9,001,764 con un promedio de costo por alumno de \$69,411.00. En la Tabla 4 se describe el costo subutilizado por ciclo escolar en relación con el AT correspondiente al nuevo ingreso con una estimación de \$1,049,164 y al reingreso de \$7,952,600.

Tabla 4
Costo económico del abandono por ciclo escolar

Costo económico del abandono por ciclo escolar						
Ciclo escolar	Costo por alumno	Abandono		Costo		Total
		Nuevo ingreso	Reingreso	Nuevo ingreso	Reingreso	
Agosto-diciembre 2010	\$60,500	1	16	\$60,500	\$968,000	\$1,028,500
Enero-junio 2011	\$65,100		14		\$911,400	\$911,400
Agosto-diciembre 2011	\$65,100	2	6	\$130,200	\$390,600	\$520,800
Enero-junio 2012	\$67,600		2		\$135,200	\$135,200
Agosto-diciembre 2012	\$67,600		11		\$743,600	\$743,600
Enero-junio 2013	\$70,200	1	12	\$70,200	\$842,400	\$912,600
Agosto-diciembre 2013	\$70,200	3	5	\$210,600	\$351,000	\$561,600
Enero-junio 2014	\$72,208		10		\$722,080	\$722,080
Agosto-diciembre 2014	\$72,208		4		\$288,832	\$288,832
Enero-junio 2015	\$72,208	3	13	\$216,624	\$938,704	\$1,155,328
Agosto-diciembre 2015	\$72,208	2	17	\$144,416	\$1,227,536	\$1,371,952
Enero-junio 2016	\$72,208		6		\$433,248	\$433,248
Agosto-diciembre 2016	\$72,208	3	0	\$216,624		\$216,624
Enero-junio 2017	\$72,208					
Total				\$1,049,164	\$7,952,600	\$9,001,764
Promedio	\$69,411	8.8	312			

Nota: Sistema de inscripción académica, Sistema de administración para la prestación del servicio social y OCDE, 2013 y 2017.

Discusión

En relación con lo expresado por Himmel (2001) en su estudio Modelo de análisis de la deserción estudiantil en la educación superior en Chile, en la que establece que el abandono es un problema que implica pérdidas económicas considerables para las instituciones, a pesar de que no lo expresa en monto económico si menciona que en el 2001 en el primer año el abandono es del 26.4% y se incrementara al 46.2% en el segundo

año, cifras muy similares encontradas en el abandono por cohorte generacional del presente estudio.

implica pérdidas económicas considerables para las instituciones, a pesar de que no lo expresa en monto económico si menciona que en el 2001 en el primer año el abandono es del 26.4% y se incrementara al 46.2% en el segundo año, cifras muy similares encontradas en el abandono por cohorte generacional del presente estudio.

En el artículo, Estimación sobre la repetición y deserción en la educación superior chilena. Consideraciones sobre sus implicaciones de González y Uribe (2005) realizado en 18 carreras consideradas como universitarias, estima que el costo aproximado por el abandono es de \$47,000,000 de pesos anuales considerada como una cifra alta que refleja ineficiencia en el sistema, de la misma manera que en el 2003 se estima un gasto por abandono de 141,000,000 de dólares en las universidades estatales en México de acuerdo al estudio de Deserción y Repitencia en la Educación Superior en México de Romo y Hernández (2006). Ambos estudios al igual que el presente reflejan el impacto económico en el sistema educativo.

De los Santos (2004) en su artículo Los procesos de permanencia y abandono escolar en educación superior, hace referencia que en los primeros años del programa es cuando se presenta mayormente el abandono, coincidiendo con los datos encontrados en el presente estudio, de igual manera lo refiere Himmel (2001), González y Uribe (2005) y Romo y Hernández (2006), además el abandono tiene connotaciones de tipo personal, social, económica, institucional y en relación de como se operacionaliza el programa educativo (De los Santos, 2004).

Conclusión

El abandono escolar tiene un costo económico alto el cual no es recuperable, pudiéndose considerar como pérdida o falla en la optimización del recurso, sin embargo el costo que no es factible estimar es la oportunidad perdida para los aspirantes rechazados, en la UA el proceso de admisión es cerrado por lo que el alumno que no concreta el proceso de admisión del nuevo ingreso no se puede recuperar, a pesar de tener un AT bajo implica una sub utilización del recurso económico por tanto se tendrá que considerar algún mecanismo que permita la recuperación al ingreso considerando los aspectos inherentes a la selección por parte del alumno y la familia, además de la institución educativa y sus procesos de exclusión.

Para precisar el fenómeno se requiere una base única interinstitucional de ingreso que favorecería la recuperación al ingreso disminuyendo el desperdicio económico. Para abordar el abandono inter e intracurricular se requiere la precisión del motivo del abandono y el acercamiento real con el alumno que favorezca la retención y atendiendo a los resultados encontrados las acciones se deben implementar en los primeros semestres que es en los que se refleja el mayor porcentaje de abandono.

Recomendaciones

Se sugiere el continuar analizando el fenómeno de abandono a partir de las causas que lo originan desde la perspectiva alumno-institución-programa, para estar en la posibilidad de incrementar la ET.

Referencias Bibliográficas

- Centro Interuniversitario de Desarrollo, (2016). Deserción y Repitencia en la Educación Superior en México. En L.A. Romo y S.P. Hernández (Ed), Repetición y Deserción Universitaria en América Latina (pp. 271-288). Santiago, Chile: Instituto Internacional Para la Educación Superior en América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://www.cinda.cl/download/libros/Repitencia%20y%20Deserci%C3%B3n%20Universitaria%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf>
- De los Santos, E. (2004). Los procesos de permanencia y abandono escolar en educación superior. Revista Iberoamericana de Educación, Vol.3(12), 1-7.
- Dirección General de Planeación y Estadística Educativa. (2014). Estadística del Sistema Educativo Coahuila Ciclo Escolar 2013-2014. Secretaría de Educación Pública. México. D.F. Recuperado de http://www.snie.sep.gob.mx/descargas/estadistica_e_indicadores/estadistica_e_indicadores_educativos_05COAH.pdf
- Dirección General de Planeación y Estadística Educativa. (2017). Estadística del Sistema Educativo República Mexicana Ciclo Escolar 2016-2017. Secretaría de Educación Pública. México. D.F. Recuperado de http://www.snie.sep.gob.mx/descargas/estadistica_e_indicadores/estadistica_e_indicadores_educativos_33Nacional.pdf
- González, L.E., y Uribe, D. (2005). Estudio sobre la repitencia y deserción en la educación superior chilena. Estudio IESALC, Chile. Recuperado de http://www.expocarreras.cl/tportal/portales/tp4964b0e1bk102/uploadImg/File/EducacionSuperior/desercion/3_%20Desercion_Gonzalez_Uribe.pdf
- Himmel E. (2002). Modelos de análisis de la deserción estudiantil en la educación superior. Calidad de la Educación. Vol. 17, pp. 91-107. Recuperado de <http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1318955602Modelo%20de%20análisis%20de%20la%20desercion%20estudiantil%20en%20la%20educacion%20superior.pdf>

“EFECTO DEL APOYO EDUCATIVO EN CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES DIABÉTICOS PARA EVITAR COMPLICACIONES DE PIES”

*Barrón Barbosa Anayeli, Cruz García Eduardo, Cruz Hernández Jessica Yakaren, Martínez Castillo Zuleyma, Ruíz Sánchez Arisbeth y Cano Estrada Edith Araceli amyeluz_095@hotmail.com
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo - Escuela Superior de Tlahuelilpan
Licenciatura en Enfermería*

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. Se trabajara con la teórica de Dorothea E. Orem enfocada al apoyo- educación la cual la enfermera actúa educando a los individuos para que sean capaces de realizar actividades de autocuidado para así reducir complicaciones de la enfermedad. Objetivos: Evaluar el efecto del apoyo educativo en las capacidades de autocuidado en pacientes diabéticos para evitar complicaciones en los pies. Métodos y materiales: Estudio experimental, prolectivo, longitudinal, diseño pre y pos-prueba, se aplicó un instrumento a 14 adultos para medir capacidades de autocuidado con una confiabilidad por alfa de conbrach = 0.80. Resultados y discusión: En los resultados pre a la intervención educativa arrojó que un 43% de su autocuidado es bueno y el 57% muestra un autocuidado regular, mientras que los resultados post a la intervención se obtuvo un 86% logro llegar a un buen autocuidado y sólo el 14% obtuvo un cuidado regular, siendo esta diferencia significativa (<0.05) Conclusiones: El apoyo educativo influyó significativamente en el incremento de capacidad de autocuidado y así se logró confirmar la hipótesis planteada en el trabajo de investigación.

Palabras clave: diabetes, autocuidado, apoyo educativo.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic disease that is triggered when the body loses its ability to produce enough medication or to use it effectively. It is here where nursing translates into a fundamental pillar where the care of adults. Objectives: To evaluate the effect of educational support on self-care skills in diabetic patients to avoid foot complications. Methods and materials: Experimental, prolective, longitudinal study, pre and post-test design, an instrument was applied to 14 adults of the Tezontepec Health Center of Madero Municipality of Tezontepec de Aldama Hidalgo to measure self-care skills with an alpha reliability. Cronbach = 0.80. Results and discussion: In the results before the educational intervention showed that 43% of self-care is good and 57% shows a regular self-care, while the results show that the intervention was achieved a 86% achievement to achieve good self-care and only the 14% got regular care. Is a difference significate (<0.05) Conclusions: The educational support significantly influenced the increase of the self-care capacity of the people and it was possible to confirm the hypothesis raised in the research work.

Keywords: diabetes, self-care, educational support.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. Es aquí donde enfermería se traduce en un pilar fundamental donde el cuidado de los adultos, hacen necesarios procesos de valoración específicos, que identifiquen, describan y expliquen las repercusiones que estos problemas pueden causar en el desempeño de la actividades de la vida diaria. (3)

La presente investigación es de tipo cuantitativo, está basada en un estudio descriptivo y experimental que nos permitirá conocer los efectos del apoyo educativo en las capacidades de autocuidado en pacientes diabéticos para evitar complicaciones en los pies.

Se trabajara con la teórica de Dorothea E. Orem, el cual define el objetivo de enfermería como “ayudar al individuo a llevar acabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Trabajando con la teoría de sistemas enfermeros que está enfocada al apoyo- educación la cual la enfermera actúa educando a los individuos para que sean capaces de realizar actividades de autocuidado para así reducir complicaciones de la enfermedad.

Dicha investigación se llevara a cabo en el centro de salud de Tezontepec de Aldama aplicándolo a una muestra real de 24 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un periodo de enero a junio del año 2017, realizando una serie de 20 ítems.

OBJETIVOS

General:

Evaluar el efecto del apoyo educativo en las capacidades de autocuidado en pacientes diabéticos para evitar complicaciones en los pies.

Específicos:

- Identificar las capacidades de autocuidado en pacientes diabéticos para evitar complicaciones en los pies.
- Implementar un programa educativo en las capacidades de autocuidado en pacientes diabéticos para evitar complicaciones en los pies.
- Comparar las capacidades de autocuidado pre, post del apoyo educativo en pacientes diabéticos para evitar complicaciones en los pies.

MATERIAL Y METODOS

El tema de investigación es de tipo cuantitativo, es un estudio experimental, prolectivo, longitudinal, diseño pre y pos-prueba, se aplicó un instrumento a 14 adultos para medir capacidades de autocuidado.

La investigación se llevó a cabo a través de formularios, lo cuales consta de 20 ítems sobre actividades de la vida diaria, la higiene y las medidas de conservación personal, los cuales constan de 1- 7 puntos, los cuales los valores más altos son de 72 punto indicativos de mayor deficiencia del autocuidado de los pies en los pacientes. El cuestionario será entregado a cada paciente para realizar en forma personal dónde marcara solo una x en cada reactivo con un tiempo aproximado de 10 min aplicándolo hombres y mujeres con dx de diabetes mellitus.

Este instrumentó fue realizado por la unidad médica familiar del IMSS.

Es una escala validada y confiable con una alpha de cronbach mayor de .80

RESULTADOS

En la tabla 1 muestra que el 100% de la muestra que se estudió son del género femenino. La muestra que se tomó para estudio arrojó en los resultados que el rango de edad va de 38 a 81 años con una moda de 59. El 35.7% de la muestra tiene una escolaridad de primaria mientras que un 28.6% tiene secundaria terminada y el 14.3% concluyó una carrera técnica y por último el 21.4% no obtuvieron estudios. La tabla y gráfica muestran que en cuanto a la ocupación que desempeñan, un 85.7% se dedica a las labores del hogar y un 7.1% pertenece a jubilado al igual que un 7.1% es comerciante.

TABLA NO. 1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	F	%
Edad		
38	1	7.1
44	1	7.1
46	1	7.1
50	1	7.1
53	1	7.1
57	1	7.1
59	1	7.1
60	1	7.1
62	1	7.1
63	1	7.1
67	1	7.1
72	1	7.1
76	1	7.1
81	1	7.1
Genero		
Mujer	14	100
Escolaridad		
Carrera	2	14.3
técnica	4	28.6
Secundaria	5	35.7
Primaria	3	21.4
sin estudios		
Ocupación		
Jubilado	1	7.1
Comerciante	1	7.1
Labores del hogar	12	85.8

Fuente: IBM SPSS statistics versión 19 n=14

En cuanto a los resultados de pre intervención educativa arrojo como resultado que un 57% de la muestra tiene un autocuidado regular, mientras que un 43% de ésta su autocuidado es bueno.

Tabla No. 2 RESULTADOS PRE-INTERVENCIÓN

Autocuidado			
		F	%
Válidos	BUENO 6	4	2.9
	REGULAR	8	57.1
	Total	14	100.0

Fuente: IBM SPSS statistics versión 19 n=14

En cuanto a resultados esperados se obtuvo que un 86% de la muestra estudiada logro llegar a un buen autocuidado en comparación con el pre intervención que era de 43% de autocuidado bueno, esto significa que las intervenciones realizadas incrementaron el porcentaje en un 43%; y que en la post-intervención disminuyo el porcentaje de autocuidado regular a un 14%.

TABLA NO. 3 RESULTADOS POST-INTERVENCIÓN

Autocuidado			
		F	%
Válidos	BUENO 1	2	85.7
	REGULAR	2	14.3
	Total	14	100.0

Fuente: IBM SPSS statistics versión 19 n=14

En la tabla 4 se presenta los resultados que se obtuvieron del instrumento aplicado de capacidades de autocuidado donde se puede apreciar que hubo un incremento positivo en su autocuidado de las participantes. Esto significa que el apoyo educativo tuvo gran impacto en esta investigación.

Esto significa que las intervenciones realizadas incrementaron el porcentaje en un 43%; y en la post-intervención disminuyo el porcentaje de autocuidado regular a un 14%. Siendo esta diferencia significativa (<0.05). Como se muestra en la tabla número 5.

TABLA. 5 SIGNIFICACNIA

Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		.031
N de casos válidos	14	

Fuente: IBM SPSS statistics versión 19 n=14

PREGUNTA	PRE-INTERVENCION		POST-INTERVENCION	
	f	%	f	%
1. ¿Cada cuánto se revisa los pies?	13	92.9	14	100
2. Cuándo se revisa los pies ¿Usa un espejo para ver la planta de los pies?	1	7.1	11	78.6
3. ¿Revisa el zapato antes de usarlo?	12	85.7	14	100
4. ¿Qué le revisa al zapato?	1	7.1	8	57.1
5. ¿Usa platillas especiales para sus zapatos?	14	100	5	35.7
6. ¿Qué tipo de zapato usa?	10	71.4	10	71.4
7. ¿Realiza caminata como ejercicio?	8	57.1	13	92.9
8. ¿Cuándo camina como ejercicio ¿usa diferente zapatos?	8	57.1	14	100
9. ¿Qué tipo cada cuanto se cambia los calcetines o medias?	10	71.4	13	92.9
10. ¿Cada cuánto se cambia los calcetines o medias?	11	78.6	13	92.2
11. ¿Camina sin calzado aunque sea en tramos cortos (adentro de su casa)?	13	92.9	14	100
12. ¿Acostumbra utilizar bolsa de agua caliente o colches térmicos para calentar sus pies (sobre todo en invierno)?	1	7.1	5	35.7
13. ¿Se corta solo las uñas?	12	85.7	14	100
14. ¿Con que?	12	85.7	13	92.9
15. ¿Cómo se corta las uñas, en forma recta o curva?	4	28.6	12	85.7
16. ¿Tiene uñas enterradas?	3	21.4	12	85.7
17. ¿Acostumbra sacar las uñas enterradas usted solo?	6	42.9	8	57.1
18. ¿Cada cuánto se lava los pies?	7	50	14	100
19. ¿Cuánto tiempo dura el lavado de los pies?	12	85.7	14	100
20. ¿Que utiliza para lavarse los pies?	4	28.6	11	78.6
21. ¿El agua que utiliza para lavarse los pies es?	7	50	11	78.6
22. ¿Cómo mide la temperatura del agua al lavarse los pies?	14	100	13	92.9
23. ¿Se aplica algo en sus pies después de bañarse?	11	78.6	12	85.7
24. ¿Que se aplica?	13	92.9	13	92.9

Fuente: IBM SPSS statistics versión 19
n=14

DISCUSIÓN

En este estudio fue factible evaluar el efecto del apoyo educativo en las capacidades de autocuidado en pacientes diabéticos para evitar complicaciones en los pies y las evidencias estadísticas permiten afirmar que las intervenciones de apoyo de enfermería fueron efectivas debido a que mejoró el autocuidado en el grupo de pacientes diabéticos.

En cuanto a resultados esperados se obtuvo que un 86% de la muestra estudiada logró llegar a un buen autocuidado en comparación con la pre intervención que era de 43% de autocuidado bueno, esto significa que las intervenciones realizadas incrementaron el porcentaje en un 43%; y en la post-intervención disminuyó el porcentaje de autocuidado regular a un 14%.

La hipótesis planteada se confirmó ya que las acciones de apoyo educativo se correlacionaron positivamente con la intervención educativa y mejoraron la capacidad para cumplir el régimen terapéutico integral en la pos prueba aumentando el puntaje en las acciones de autocuidado del paciente: plática de diabetes mellitus, pie diabético, técnica de higiene en miembros pélvicos, realización de ejercicios para aumentar la circulación en las extremidades inferiores y revisión de miembros pélvicos a la población de muestra.

Los resultados obtenidos de este estudio coincidieron con el artículo que lleva por título “Apoyo educativo de enfermería en el autocuidado del paciente diabético” por los autores: Abarca Gutiérrez, Gil Nava, Zamora Mendoza (2012), ya que sus resultados reportados en dicho artículo coinciden en que el apoyo educativo logra que se incrementen las capacidades de autocuidado significativamente. En relación con el artículo que lleva por tema “Cuidados en los pies diabéticos antes y después de una intervención educativa” escrita por los autores: Pérez Rodríguez, Godoy, Mazzo, Nogueira, Trevizan, Mendez (2013), existe una similitud en que el efecto del apoyo educativo alcanzando un mejor resultado de acuerdo al programa de enseñanza favoreciendo el aprendizaje y llevando una buena conducta para el cuidado de sus pies.

En comparación con el artículo Cuidados de los pies: “Conocimiento de los individuos con diabetes mellitus” según: Rodrigues, Dias, Zuffi, Borgues y Lara. (2014). Se identifica que los esfuerzos educativos para facilitar el acceso a los conocimientos sobre el cuidado de los pies son esenciales para la prevención del pie diabético

A través de este estudio se ha encontrado que las capacidades de autocuidado se incrementan significativamente después del apoyo educativo.

CONCLUSIONES

El efecto del apoyo educativo de enfermería proporcionado en 12 horas divididos en 2 sesiones de 1 hora semanales influyó significativamente en el incremento de capacidad de autocuidado de las participantes y así se logró confirmar la hipótesis planteada en el trabajo de investigación, conforme a las intervenciones realizadas respecto a: alimentación saludable, la realización de ejercicio físico, el cuidado de los pies, tomar suficiente agua, comunicarse de manera eficaz con las personas, y la revisión de los miembros pélvicos.

Es necesario que los profesionales de salud, especialmente los enfermeros, adopten esas estrategias educativas en el cotidiano de su trabajo para lograr mejor eficacia en el alcance de los objetivos de la educación para la salud y para promover estilos de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- alligood m, r. (2014) dorotea e. teorías del déficit de autocuidado, barcelona españa: elsevier.
- analida e. pinilla, maría del pilar, cristian rubio, diego de día, actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético, uaem redalyc.org, 2014 vol. 39 no. 3 pág. 250-257
- aragón f. el pie diabético. una complicación devastadora de la diabetes mellitus. grupo de estudio interdisciplinar del pie diabético. i congreso nacional multidisciplinar de pie diabético. madrid 2003.
- asamblea medica mundial, recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas, declaración de helsinki de la asociación médica mundial, [en internet] septiembre de 1989. [consulta el 16 de noviembre de 2017][pág.2] disponible en = http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
- comisión nacional de bioética, experimentos médicos permitidos, código de núremberg. [en internet] 1947. [consulta el 16 de noviembre del 2017][pág. 1-2] disponible en= <http://www.bioeticanet.info/documentos/nuremberg.pdf>
- consejo internacional de enfermeras. código de enfermeras, conceptos éticos aplicados a la enfermería, código de ética para enfermeros, conamed. [en internet] 1973. [consulta el 16 de noviembre del 2017] [pág. 9-10] disponible en= http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf

cornejo arana victor, vendes f domingo josé. fisiopatología de las complicaciones vasculares del pie diabético, *mediagraphic* 2001,139, 3, pág. 255-262

diario oficial de la federación. norma oficial mexicana nom-012-ssa3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [en internet] 2013 enero [consulta el 16 de noviembre del 2017] [pág.1] disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

dorothea e. orem, la teoría de enfermería del autocuidado. una teoría general. modelo de orem, *masson-salvat enfermería*; pp.63-82,4 ed. 1992.

federación internacional de diabetes. “diagnóstico y tratamiento del pie diabético”[internet] 2013.[citado 18 oct. 2017] disponible en <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>

gobierno del estado de hidalgo, ley del ejercicio profesional para el estado de hidalgo, periódico oficial, [en internet] 31 de diciembre de 2001. [consulta el 16 de noviembre del 2017][pág. 1] disponible en=<http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estatales/hidalgo/ley-del-ejercicio-profesional-para-el-estado-de-hidalgo.pdf>

guía de protocolos de pie diabético 2011 consejo general de colegios oficiales de podólogo edición: 1ª edición. mayo 2011

mahia vilas, pérez pérez luisa, la diabetesmellitus y sus complicaciones vasculares: un problema social de salud, *cubana angiología y cirvasc*, 2000,1,1, pág. 68-73.

maría leticia abarca gutiérrez máxima gil nava aurora zamora mendoza, apoyo educativo de enfermería del autocuidado desarrollo científico de enfermería 2012 vol. 20 no. 5 pág. 164-168

minsal., ¿por qué debemos preocuparnos del pie diabético? importancia del pie diabético, *revista médica de chile*, 2013, 141(11), pp. 1464-1469.

ostiguin meléndez, rosa maría. “teoría general de déficit de autocuidado”. méxico. ed. manual moderno. 2001. pág. 2-44.

pérez rodríguez, ma. del carmen, cuidados en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa, *enfermería global*, 2013,pp. 43-52.

repáraz a. el pie diabético, *mi scielo*, 2004,21, (9), pp.417-419.

roberto hernández sampieri, carlos fernández-collado, pilar baptista lucio. proceso de investigación cuantitativa, metodología de la investigación, cuarta edición, 2006,mc graw hill, [pag. 45- 231].

rodríguez, h. y colaboradores, cuidados de los pies: conocimientos de los individuos con diabetes, *enfermería global*, 2014, 13, (35) pp.95-141.

"IMPACTO EN LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA CON RIESGO DE PADECER SÍNDROME DE BURNOUT"

*Blanca Díaz Bernal, Gloria Ángeles Ávila, Alejandra del Carmen Maciel Vilchis, María Antonieta Cuevas Peñalosa, María de los Ángeles Monroy Martínez y
blandyber@gmail.com*

Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen:

Introducción: México demanda servicios de calidad en salud, ocasionando en enfermería estrés laboral, según la OMS, son reacciones emocionales, psicológicas, cognitivas y conductuales, que desarrollan trastornos de salud mental como "síndrome de burnout" afectando el desempeño laboral, por ello la investigación tiene por objetivo conocer el Impacto en la calidad del cuidado de enfermería, con riesgo de padecer Síndrome de Burnout. **Material y métodos:** realizada con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, como universo: personal de enfermería del Hospital de Ginecología, que contestó el Cuestionario Breve de Burnout; para el análisis estadístico y la representación gráfica, se utilizó el paquete SPSS. **Resultados:** las enfermeras revelan cansancio emocional al aceptar, más de la mitad (69%), aspectos como: "Harto de mi trabajo", "Mal humorado" o estar "Quemado"; referente a despersonalización, una de cada dos (57.1%), percibe "exigencias colosales, irritabilidad y reconocimiento disminuido"; respecto a realización personal, dos de cada tres enfermeros (67.9%), manifiestan "escasos retos personales, disminuido reconocimiento y actualmente su trabajo dista de ser el querido; En razón de las características de la tareas, raramente "se siente identificado con su trabajo", casi dos terceras partes, desconoce resultados y alcances de su desempeño"; en cuanto al Tedio más de la mitad expuso el "trabajo es repetitivo"; concluyendo un grado de afectación moderada toda vez, que más de la mitad de la población no refiere aun consecuencias, sin embargo puede incrementar y traer consigo inadecuado desempeño del trabajador e impactar en la calidad del cuidado y satisfacción del usuario además detrimento en la institución.

Palabras clave: Calidad, cuidado, enfermería y síndrome Burnout

Summary:

Introduction: Mexico demands quality health services, causing occupational stress in nursing, according to the WHO, emotional, psychological, cognitive and behavioral reactions, which develop mental health disorders such as "burnout syndrome" affecting work performance, therefore the The objective of this research is to know the Impact on the quality of nursing care, with the risk of suffering from Burnout Syndrome. **Material and methods:** carried out with a quantitative, descriptive and transversal approach, as a universe: nurses of the Gynecology Hospital, who answered the Burnout Brief Questionnaire; for statistical analysis and graphic representation, the SPSS package was used. **Results:** the nurses reveal emotional fatigue when accepting, more than half (69%), aspects such as: "Fed up with my work", "Ill humored" or being "Burnished"; Regarding depersonalization, one in two (57.1%) perceives "colossal demands, irritability and diminished recognition"; Regarding personal fulfillment, two out of every three nurses (67.9%), manifest "few personal challenges, decreased recognition and currently their work is far from being loved; Due to the characteristics of the tasks, he rarely "feels identified with his work", almost two thirds, he does not know the results and scope of his performance "; as for Tedium more than half exposed "work is repetitive"; concluding a moderate degree of affection every time, that more than half of the population does not even refer consequences, however it can increase and bring about inadequate performance of the worker and impact on the quality of care and user satisfaction, as well as detriment in the institution..

Keywords: Quality, care, nursing and Burnout syndrome

Introducción. México es un país con necesidades en materia de salud, donde los rezagos de la población son prioridad para las instituciones, sin embargo, debido a la demanda de servicios de calidad y seguridad para paciente, se ha adoptado una cultura organizacional que genera estrés en los profesional de enfermería, afectando su estado de salud y bienestar, así como el desempeño y la satisfacción laboral.

Sin embargo, las reformas de los sistemas de salud están en continuo cambio, así como la transición en el entorno laboral y las condiciones de trabajo digno, indicador que contribuye en la calidad del cuidado, los entornos laborales son complejos, con escasas oportunidades de crecimiento y reconocimiento profesional, dando lugar a desafíos inherentes.

Considerando lo anterior la OIT (Organización Internacional del trabajo), (2016) apoya la mejora de condiciones de trabajo, en colaboración con la OMS (Organización Mundial de la Salud), a fin de promover un clima laboral favorable, adecuados y saludables para el sector salud.

Por consiguiente, los servicios de salud son sistemas complejos, donde todos los elementos que lo conforman interactúan entre sí, siendo componentes de los procesos que influirán en la motivación del personal de enfermería, para optimizar su rendimiento y proporcione un servicio y cuidado de calidad, el sistema es un conjunto de elementos con propiedades o atributos que se relacionan entre sí, por consiguiente afecta a todas las demás.

Los servicios de salud relacionados a la tareas del departamento de enfermería, requieren de presión, siendo este, un factor concurrente en el ambiente laboral, toda vez que se realizan procedimientos rutinarios y con sobrecarga de trabajo, en tiempo limitado para su ejecución, aunado a ello la búsqueda de satisfacer las expectativas y el reconocimiento del usuario, lo anterior conforma parte del día a día en la vida profesional de los trabajadores en la salud, generando un ambiente hostil, sentimiento de tensión, impotencia y frustración constante, originando el estrés laboral, que repercute en la salud física y mental del trabajador

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés laboral es identificado como un grupo de reacciones emocionales, psicológicas, cognitivas y conductuales ante exigencias profesionales que sobrepasan los conocimientos y habilidades del trabajador

para desempeñarse de forma óptima, la prolongación del estrés por el trabajo puede generar trastornos en la salud mental del empleado, como el “burnout” o desgaste emocional, afectando el desempeño laboral o causando actitudes poco saludables en el contexto adverso interno y externo.

Derivado se la situación anterior, se produce el interés por realizar la presente investigación, con la interrogante ¿Cuál es el impacto en la calidad del cuidado otorgada por el personal de enfermería con riesgo de padecer Síndrome de Burnout?

Material y métodos. La presente investigación tiene por objetivo conocer el Impacto en la calidad del cuidado otorgado por personal de enfermería en riesgo de padecer Síndrome de Burnout, se elaboró bajo el enfoque cuantitativo, no estructural, de tipo descriptivo, transversal. Teniendo como universo a los profesionales de enfermería adscrito a un Hospital de especialidad, con una muestra de 82 enfermeras, considerando que, en los procesos de atención y cuidado, interactúan con los usuarios, generándose estrés y en ocasiones alteraciones en la personalidad del servidor público. No se establecen criterios de inclusión y exclusión, debido que para fines de la investigación es necesario conocer tanto los aspectos: personales, organizacionales y sociales.

Fase teórica: se llevó a cabo una revisión y selección de bibliográfica de fuentes primarias y secundarias (páginas web), para la construcción del marco de referencia, que sustenta la investigación.

Fase empírica: Con base al Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la y Salud, se establece y definen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, en el Capítulo Único, Artículo 3º, que hace énfasis en delimitar que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan en vinculación con el apartado III a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población. Para la elaboración del estudio de utilizó el Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.), el cual permite realizar un diagnóstico de las tres dimensiones: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP), falta de realización personal (FRP): Además, como variables antecedentes incorpora escalas para la evaluación del tedio, las características de la tarea y el clima organizacional, y una escala sobre “consecuencias” o repercusiones del síndrome en la calidad de vida del sujeto,

especialmente en su salud y sus relaciones interpersonales. Este cuestionario, es una adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI) elaborada en España por Bernardo Moreno y colaboradores, se compone de 21 ítems en escala Likert, con la frecuencia, que va desde “Nunca” o “Nada” (puntuación 1) hasta “Siempre” o “Mucho” (puntuación 5); y preguntas abierta para la recolección de los datos sociodemográficos. Con un nivel de confiabilidad general, de acuerdo al estudio estadístico de Coeficiente de Alfa Cronbach de 0,9. Por dimensiones: Cansancio emocional 0.95, Despersonalización 0.85; Realización personal de 0.90; Características de la tarea con 0.95; Tedio 0.90; la Organización 0.90 y Consecuencias del Burnout 0.95.

Fase analítica: Los datos obtenidos por el CBB, fueron tratados y analizados por la estadística descriptiva (porcentaje e incidencia), con la herramienta del paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 22) y presentados en forma gráfica, utilizando los recursos del programa. Para comparar las variables, fue aplicada la prueba no - paramétrico de Jue-cuadrado (χ^2), adoptándose para tal el nivel de significancia del 5% de probabilidad.

Resultados. Derivado del análisis de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería la dimensión de agotamiento o cansancio emocional, se encuentra en riesgo moderado para que el personal de enfermería presente el Síndrome de Burnout, ya que poco más de la mitad (69%) de la población en estudio, refirió presentar uno de los tres aspectos “Harto de mi trabajo”, “Mal humorado” o estar “Quemado” lo que indica presencia de signos de agotamiento o cansancio. Ver gráfica No 1

Grafica No 1

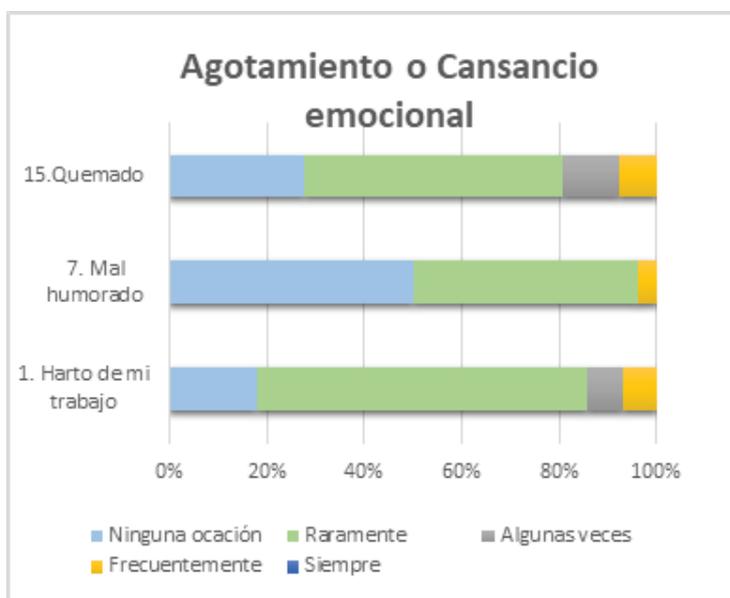
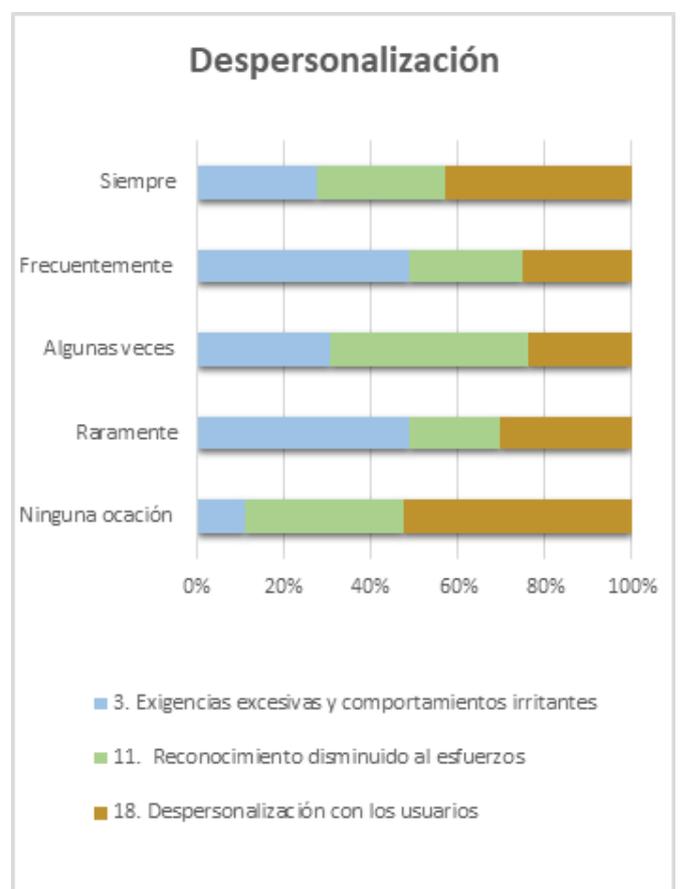


Figura 1 Agotamiento o cansancio emocional
Fuente: Elaboración propia, Aplicación de Cuestionario Breve de Burnout (2018)

En lo referente a la dimensión de despersonalización o deshumanización, de acuerdo con el análisis de los cuestionarios, se identificó, que uno de cada dos (57.1%), enfermeros ha contestado afirmativamente en aspectos como: “exigencias excesivas por parte de los usuario y de las autoridades”, o bien, refieren manifestar “comportamientos irritantes”, derivados posiblemente a un reconocimiento disminuido a su esfuerzo en el trabajo, por lo se deduce que se encuentra con una afección moderada, la cual se manifiesta en la despersonalización para con los usuarios y familiares. Ver grafica 2

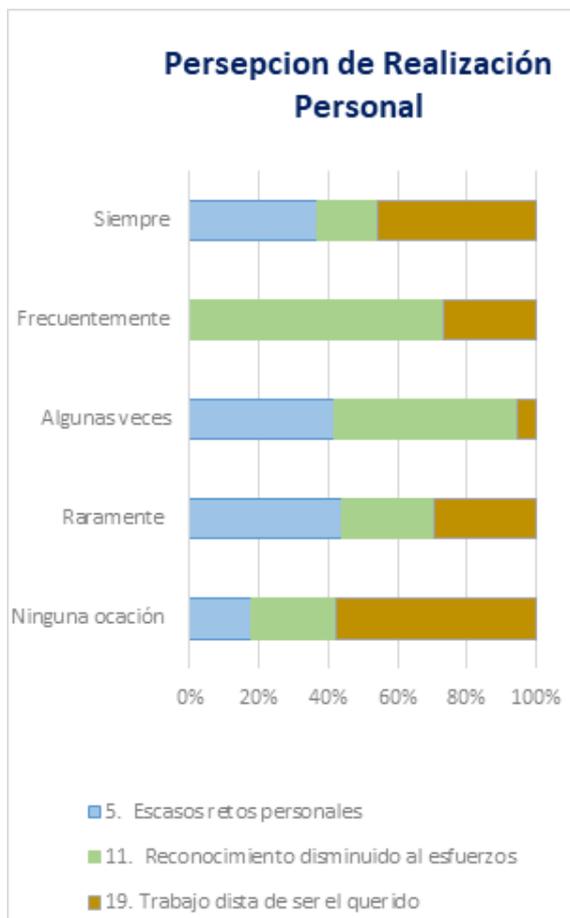


Fuente: Elaboración propia, Aplicación de Cuestionario Breve de Burnout (2018)

Continuando con las dimensiones toca el turno al sentimiento de baja o falta de realización personal, al revisar los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios se califica como moderado, producto de las respuestas positivas a los aspectos de “presencia de escasos retos personales” por parte del personal, aunado a ello el “disminuido reconocimiento” por parte del usuario al esfuerzo del trabajo realizado, así como de la las autoridades de la institución y por último, “en la actualidad, su trabajo dista de ser el querido”,

manifestando lo anterior por dos de cada tres enfermeros (67.9%), se suma a ello, el moderado con más de la cuarta parte del personal de enfermería (28.6%) y sólo con el 3.6% como bajo. Ver gráfica No. 3.

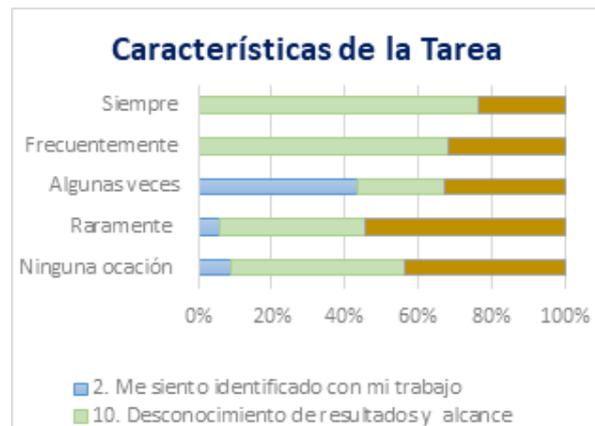
Es una dimensión que resulta modesta, al ser autoevaluado de forma negativa “el trabajo propio”, manifestándose con vivencias de insuficiencia profesional, baja autoestima, evadir relaciones interpersonales y profesionales, que dan origen a la baja productividad e incapacidad para afrontar la presión. Se presentan como sentimientos complejos de inadecuación personal y profesional, que se ven reflejados con el deterioro progresivo de su capacidad laboral y la pérdida de todo sentimiento de gratificación personal. Lo anterior afecta considerablemente las habilidades para la realización del trabajo y para con los usuarios. Grafica No 3



Con respecto a las variables que anteceden la presencia del Síndrome de Burnout, encontramos a las características de las tareas, con énfasis, al identificar si el personal de enfermería se siente identificado con su trabajo, observándose que con poco más de la tercera parte, reconoce que “raramente y algunas veces”.

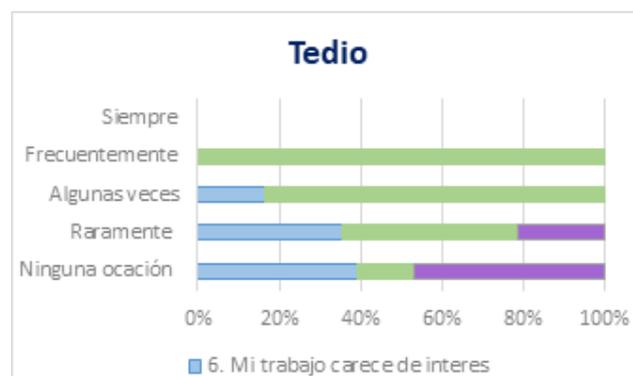
En cuanto sí “tienen conocimiento de sus resultados y alcances de su propio desempeño” hay una moderada notificación de ello, en todos los rubros; Así como, conocer si “les gusta el ambiente y el clima en donde se desempeña laboralmente” más de la mitad se sitúan en ninguno y raramente, determinando una emergente intervención por parte de las autoridades, para prevenir el estrés y posteriormente dar origen al Síndrome de Burnout. Ver Grafica No. 4.

Grafica No 4



Otra variable antecedente es el Tedio o aburrimiento, al analizar las respuestas obtenidas por el personal de enfermería, encontramos que más de la mitad de la población en estudio, se ven afectadas, manifestándolo en su respuesta: el trabajo es repetitivo” toda vez que se colocan en una situación de afección de moderada, y con riesgo de originar Síndrome de Burnout; requiriendo un cambio en el desarrollo organizacional. Ver gráfica No.5

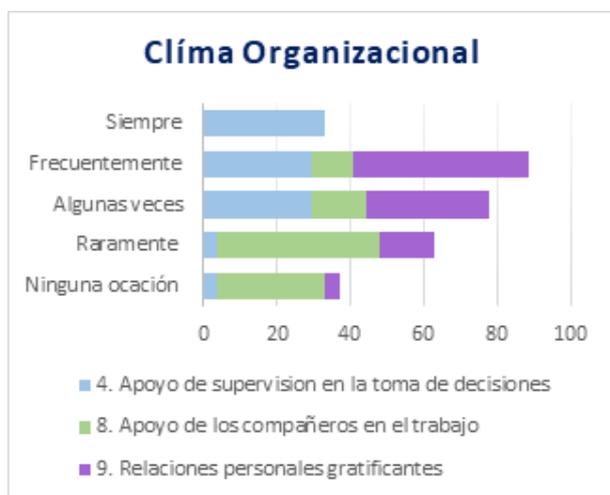
Grafica No 5



En lo referente al Clima organizacional, en donde se toman en cuenta aspectos organizativos tales como las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales o la gestión de la dirección de recursos humanos, la excesiva burocracia, en donde no importa el resultado sino, hacer las cosas de una determinada forma, añadiendo los conflictos interpersonales con supervisores y/o compañeros de trabajo en la organización, debido a la ambigüedad y al conflicto del rol a desempeñar en la organización.

Se encontró cierta incongruencia, apear de ser un cuestionario a nomino, el personal refiere recibir “siempre y frecuentemente “apoyo de la supervisor” son embargo el apoyo por parte de los compañeros se ve afectada.

Ver gráfica. 6
 Grafica No 6



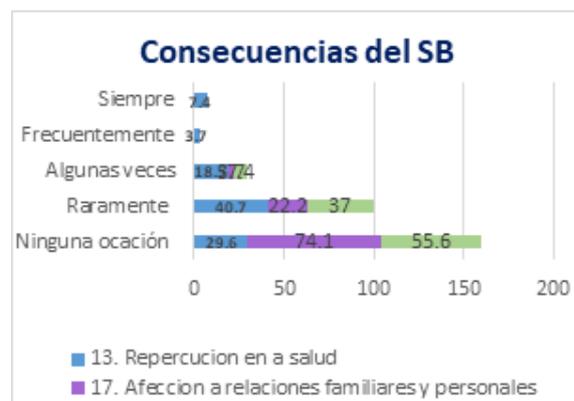
Las consecuencias del Síndrome de Burnout, pueden presentarse si permanece por largo tiempo el estrés laboral, originando consecuencias nocivas para el trabajador y también para la organización donde se labora. El trabajador si llega a presentar síndrome de Burnout, se deteriora su salud psicofísica y va afectando sus relaciones interpersonales y la calidad de vida, ya que se asocia a conductas y actitudes de carácter negativo como: cinismo, suspicacia, agresividad, aislamiento e irritabilidad, que conllevan a un detrimento de los vínculos del trabajador y la familia, así como el aumento de conflictos.

Algunos individuos afectados por el Síndrome de Burnout adoptan vicios o adicciones, así como problemas tanto familiares como profesionales, con un bajo desempeño en el trabajo e insatisfacción laboral, viéndose reflejado en un detrimento a la institución a través de: ausentismo laboral, abandono del puesto y/o de la organización, bajo compromiso, conflictos

interpersonales con supervisores, compañeros o usuarios y disminución en la calidad de servicio, al mismo tiempo que pueden hacerse presentes los accidentes laborales.

La presente investigación revela un grado de afección baja ya que más de la mitad de la población no refiere consecuencias, sin embargo una tercera hace de manifiesto algún síntoma, que debe ser atendido, toda vez que se puede incrementar y traer consigo detrimento en el desempeño del trabajador y la calidad de servicio. Ver gráfica. No. 7

Grafica No 7



Conclusiones:

El mundo laboral que hoy en día vivimos, se ha convertido en un fenómeno complejo y cambiante, según el informe de la Conferencia Internacional del Trabajo en el 2006, evento en el cual se dieron a conocer, cuatro principales fuerzas responsables de este cambio, entre las que se encuentran: el imperativo del desarrollo; la transformación tecnológica; la intensificación de la competencia globalizada, así como la influencia de los mercados, y la reducida participación del Estado, afectando la economía de los países y a la población laboral activa, toda vez, que influye en las opciones de empleo; así como en las relaciones sociales o familiares; demanda formación de recursos, actualización de conocimientos y destrezas; modificando los ritmos de trabajo; la disponibilidad de recursos; los procesos laborales; reflejándose en las ofertas laborales y en la salud de la población.

Se debe a estas variaciones que el perfil de las enfermedades y accidentes laborales se han modificado, dando lugar a un campo de conocimiento científico necesario, complejo y socialmente importante, ya que los estudios vinculan la salud con la relación de lo gratificante o sufrido que pueda resultar el trabajo.

En la profesión de enfermería, las investigaciones sobre la salud del trabajador muestran un escenario predominantemente dirigido a los factores de riesgos, presentes en los ambientes de trabajo de la propia profesión, en donde los factores psicosociales cobran importancia, ya que condicionan diversas situaciones laborales y que se relacionan con la organización del trabajo, el puesto, la realización de tareas e incluso con el entorno, pueden afectar el desarrollo del trabajo y la salud de los trabajadores, convirtiéndose en sinónimos de “factores psicosociales, que conducen al estrés. El personal de enfermería del Hospital de especialidad con base a la investigación realizada, se determinó tener un riesgo moderado en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, por lo cual, es necesario realizar modificaciones del desarrollo organizacional y el clima laboral de la institución, con el propósito de generar condiciones óptimas que contribuyan en la salud de los trabajadores de enfermería.

En los cuales se pueden incluir: mejoras en el ambiente de trabajo; proporcionar en buenas condiciones los equipos a utilizar; así como integrar en la organización del trabajo a otros profesionales del área de la salud, propiciar la participación de las autoridades.

El Hospital de Ginecología del IMIEM se encuentra organizado, en grupos de trabajo encargados de realizar funciones específicas para cada área, que permiten el buen funcionamiento de las mismas, sin embargo no todos los integrantes del equipo tienen metas y propósitos en común, manifestándose en la falta de apoyo por parte de los compañeros y de trabajo en equipo.

Con respecto a la valoración de cansancio emocional o estar quemado, las enfermeras del Hospital en estudio, se determinó encontrarse en riesgo moderado de presentar el Síndrome de Burnout, ya que poco más de la mitad refirió percibirse, así mismo, en uno de los tres aspectos “Harto de mi trabajo”, “Mal humorado” o estar “Quemado” lo que indica presencia de signos de agotamiento o cansancio. La presencia de esta dimensión en el trabajador repercute en la calidad del cuidado que se proporciona en la institución de salud e incumplimiento de los indicadores de calidad y los valores de la unidad hospitalaria, pero principalmente en la insatisfacción de necesidades y/o expectativas por parte del usuario.

En relación a la Identificación de la despersonalización o deshumanización en el personal de enfermería, se identificó también un riesgo moderado, toda vez, que el personal contestó tener exigencias excesivas por parte de los usuarios y de las autoridades, además de manifestar irritabilidad, al proporcionar cuidados de enfermería a los usuarios y familiares, desarrollando actitudes y respuestas negativas, mostrando insensibilidad y cinismo hacia ellos, así como en su propio comportamiento aislamiento o evitación de otras personas, concluyendo con una escasa motivación laboral.

Afectando el rendimiento laboral, manifestándose a través de absentismo, evasión de asistencia a reuniones, resistencia a enfrentarse con otros individuos o bien proporciona al usuario atención de forma fría, distante y despectiva, generando constantes quejas por parte de los usuarios.

En cuanto a la percepción de su realización personal en el profesional de enfermería, se interpreta como baja, una vez que, las respuestas fueron positivas al cuestionar la presencia de escasos retos personales por parte del personal, aunado a ello el disminuido reconocimiento por parte del usuario, y de las autoridades; afecta también la baja autoestima, evadiendo las relaciones interpersonales y profesionales, derivando en baja productividad e incapacidad para afrontar la presión, deteriorando progresivamente de su capacidad laboral y la pérdida de todo sentimiento de gratificación personal.

Con relación a las características de la tarea, se determinó un riesgo moderado de adquirir Síndrome de Burnout., ya que desconocen el alcance de sus resultados y de su propio desempeño, así mismo manifiestan disgusto con el ambiente y el clima en donde se desempeña.

Por lo que respecta al antecedente de aburrimiento o tedio, se sitúa en una afección moderada a grave, refiriéndose a su trabajo como repetitivo, para prevenir el S.B. se debe contrarrestar las recurrentes presiones emocionales, y en generar actividades que motiven e innoven el ámbito laboral del trabajador.

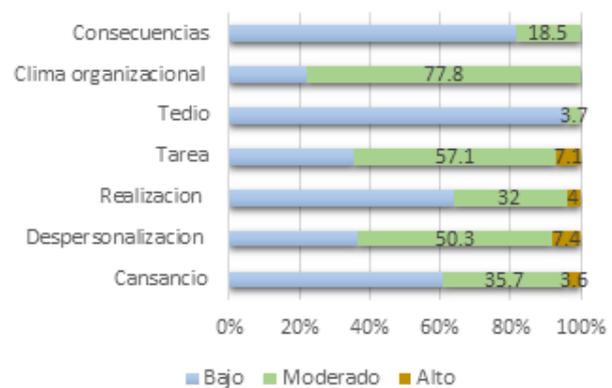
En el caso del Clima organizacional, también se determina una afección de moderada a grave, colocándose en riesgo de padecer Síndrome de Burnout, para lo anterior se retomaron los aspectos organizativos como las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales o la gestión de la dirección de recursos humanos, la excesiva burocracia, en donde no importa el resultado sino, hacer las cosas de una determinada forma, añadiendo los conflictos interpersonales con supervisores y/o compañeros de trabajo en la organización, debido a la ambigüedad y al conflicto del rol a desempeñar en la organización.

Por último se mencionan las posibles consecuencias del Síndrome de Burnout, que se pueden presentar, si permanece por largo tiempo el estrés laboral, originando efectos nocivos, para el trabajador y también para la organización donde se labora: en el caso del primero la presencia de SB, deteriora la salud psicofísica, progresivamente afecta sus relaciones interpersonales y la calidad de vida, ya que se asocia a conductas y actitudes de carácter negativo como: cinismo, suspicacia, agresividad, aislamiento e irritabilidad, que conllevan a un detrimento de los vínculos del trabajador y la familia, así como el aumento de conflictos.

Por lo que la intervención de la alta dirección estará dirigida a prevenir o detener el estrés laboral, toda vez, que se ve amenazado el bajo desempeño en el trabajo, reflejándose en un detrimento a la institución a través de: ausentismo laboral, abandono del puesto y/o de la organización, bajo compromiso, conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y/o usuarios y disminución en la calidad de servicio, al mismo tiempo que pueden hacerse presentes los accidentes laborales.

A través de la intervención de la alta dirección, tanto la institución, como el personal de enfermería y el equipo interdisciplinario que conforma el Hospital de Ginecología del IMIEM, serán beneficiados.

DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BORNOUT



4. Citación y referencias bibliográficas con el formato del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (APA), sexta edición en español. Las referencias bibliográficas se ordenarán alfabéticamente y no deberán ser numeradas.

No utilizar mayúsculas en ninguna parte del texto.

Notas:

- Los trabajos en extenso se dirigirán al correo cife@umich.mx y serán evaluados por pares académicos del Comité, cuyas observaciones serán enviadas al autor de correspondencia, debiendo ser atendidas en un plazo máximo de dos semanas y reenviadas al mismo correo.
- Una vez aceptado el trabajo, se publicará en el primer número de la revista de la Facultad (ISSN en trámite). Para publicar el trabajo, es requisito indispensable que todos los autores envíen el comprobante de pago establecido en estos lineamientos.
- El autor de correspondencia será el responsable de enviar el documento final y el formato de carta de sesión de derechos de autor cumplimentado con firmas en tinta azul y escaneado en formato PDF.
- Una vez recibido el documento final, no se aceptarán cambios en los nombres o el orden de los autores del trabajo.
- Los trabajos que no cumplan los lineamientos establecidos no serán considerados para su evaluación.

"INFLUENCIA DEL ASESORAMIENTO NUTRICIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS EN LA COLONIA PRESAS EN EL ESTADO DE HIDALGO"

Cano Estrada Edith Araceli y López Nolasco Benjamín

Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Escuela Superior de Tlahuelilpan. Ex Hacienda San Servando s/n. Col. Centro. Tlahuelilpan, Hidalgo. C.P. 42780.

Resumen

Introducción: La dieta materna debe proporcionar la suficiente energía y nutrientes para satisfacer las necesidades habituales de la madre y del feto. Si existen deficiencias alimentarias pueden ocasionar complicaciones durante el embarazo. Se ha demostrado que una intervención de asesoramiento nutricional en mujeres embarazada llevar a obtener resultados favorables durante el desarrollo y crecimiento del feto. **Objetivo:** Determinar cómo influye el asesoramiento nutricional como conducta promotora de salud para un adecuado crecimiento fetal en mujeres embarazadas de 16-29 años. **Metodología:** La presente investigación es de enfoque cuantitativo. Con un método de estudio cuasi-experimental de tipo antes y después de corte longitudinal y prospectivo, nuestra muestra estuvo conformada por 21 mujeres que cursaban el segundo trimestre de embarazo, utilizando como instrumentos de de Frecuencia de Alimentos y registrando el aumento de peso. **Resultado:** durante el segundo trimestre de embarazo 9.52% de las participantes presentaban un fondo uterino anormal (hipertrofia); posterior a la intervención 42.9% se excedía en un consumo de calorías en más del 50%, predominando una dieta no equilibrada de macronutrientes. Además el 33.3% y 42.9% tiene una baja ingesta de calcio y hierro. Con el asesoramiento nutricional se logró mejorar significativamente la dieta y aumentar la cantidad de calcio y hierro. **Conclusiones:** El asesoramiento nutricional en mujeres embarazadas influye positivamente ya que permite mejorar la dieta y tener un mejor control del aumento de peso, reduciendo los riesgos de tener un parto pre-termino y un producto de bajo peso al nacer.

Palabras Claves: mujeres embarazadas, nutrición, asesoramiento, crecimiento fetal.

Introducción

La dieta materna debe proporcionar la suficiente energía y nutrientes para satisfacer las necesidades habituales de la madre y del feto, así como permitir que la madre pueda almacenar los nutrientes necesarios para el crecimiento fetal. Si existen deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro al binomio.¹

El estado nutricional de la mujer embarazada puede tener una influencia importante en los resultados sanitarios del feto y la madre. Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.²

La educación y el asesoramiento sobre nutrición tienen por objeto mejorar las prácticas alimentarias durante el embarazo, a fin de mejorar la alimentación materna y reducir el riesgo de resultados sanitarios negativos, centrándose en mejorar la calidad de la dieta, instruyendo a las mujeres sobre cuáles son los alimentos y las cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima. Ello también puede incluir asesoramiento sobre el consumo de suplementos recomendados durante el embarazo, por ejemplo: hierro y ácido fólico.³

En nuestro país, se considera que existen muchas creencias sobre la alimentación de la mujer embarazada como por ejemplo: que ellas tienen que comer por dos; o bien que durante el embarazo no hay alimentos prohibidos, el bebé sólo toma lo que necesita sin importar lo que la madre consuma. Muchas ideas sin fundamento médico que pueden perjudicar la salud y estado nutricional tanto de la madre como del feto. Este fenómeno se presenta tanto en zonas urbanas y rurales, siendo más evidente en mujeres de bajo nivel educativo.⁴

La comunidad de Presas está situada en el Municipio de Tezontepec de Aldama Hidalgo, el cual cuenta con un total de 6278 habitantes, de cuales 3079 son masculinos y 3199 femeninas, 3404 se encuentran en edad reproductiva, en esta comunidad hay un total de 1409 hogares, y el índice de fecundidad es de 2.47 hijos por mujer. Mismo del total de estos habitantes solo 2088 tiene derecho a atención médica por el seguro social, los cuales acuden a una cita por mes al Centro de Salud y el resto acude solo si presenta alguna molestia.⁵ La comunidad de Presas en el estado de Hidalgo se considera una comunidad rural, debido a que sus habitantes se dedican generalmente a la agricultura y la ganadería. Sus habitantes presentan un promedio de 8.7 de escolaridad en la población de 15 años y más, lo que equivale a poco más de segundo año de secundaria y 8 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir (INEGI. Encuesta Intercensal 2015).

El presente trabajo describe la influencia del asesoramiento nutricional como conducta promotora de salud para un adecuado crecimiento fetal en mujeres embarazadas de la comunidad de Presas, Hidalgo.

Metodología.

Muestra

El tipo de estudio fue cuasi-experimental de tipo antes y después de corte longitudinal. La muestra fue por conveniencia y se trabajó con 21 mujeres embarazadas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: edad entre 16 y 40 años, mujeres sanas, con embarazo de feto único, que no tuvieran más de 13 semanas de gestación que no estuvieran participando en programas de alimentación y suplementos de micronutrientes.

Ingesta dietética

A las participantes se les aplicó el cuestionario de frecuencia de alimentos validados para la población mexicana antes y después de una intervención educativa. Las cantidades de los alimentos consumidos se precisaron con modelos, figuras geométricas y un álbum de fotografías con utensilios caseros en tamaño real. Los cuestionarios de frecuencia de alimentos se ingresaron a la plataforma de Nutricloud⁶ para su análisis, el cual cuenta con las herramientas necesarias para identificar la frecuencia en el consumo de alimentos, la energía, el índice de calidad de la dieta basada en las características de la dieta correcta defi-

nidas en la Norma Oficial Mexicana 043 que establece los criterios para brindar orientación alimentaria.

Indicadores antropométricos

Una vez que la madre gestante sea incluida en el proyecto se evaluó el peso (balanza SECA® modelo 813, precisión = 100 gramos) y la talla (estadiómetro portátil SECA® modelo 206, precisión = 0.1 cm), utilizando técnicas convencionales^{7,8}. Las semanas de gestación y la ganancia de peso se analizarán en la base GestationalWeightGain de la plataforma Intergrowth²¹. La ganancia de peso durante el embarazo se estimará también de acuerdo a lo propuesto por el Institute of Medicine (US).⁹

Programa educativo

El programa de educativo consistió en seis sesiones, repartidas en una sesión por semana durante 6 semanas con una duración de una hora. Se abordaron temas sobre la bioquímica de los alimentos, la importancia de los macronutrientes en el embarazo, importancia de los micronutrientes en el embarazo, ejercicio en el embarazo, mitos y realidades de los antojos durante el embarazo y ganancia de peso gestacional. El programa educativo estuvo a cargo por personal de la salud, quienes recibieron una capacitación previa. Durante la sesiones se entregaron folletos a las participantes con la información más relevante.

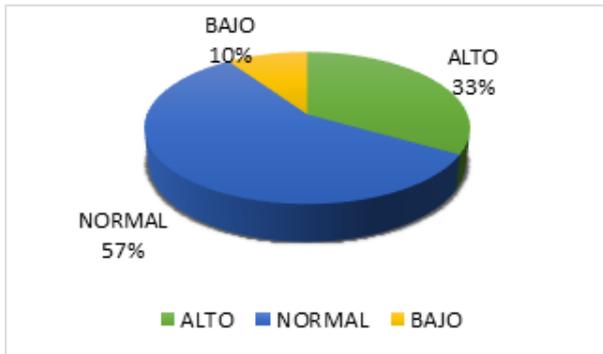
Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se realizó en el software SPSS versión 19.0, excepto los datos de ingesta dietética se utilizó una plataforma especializada con se describió anteriormente.

Resultados

Durante el presente trabajo de investigación se obtuvieron los resultados de dos encuestas realizadas pre y post intervención, donde se dio seguimiento al peso y el fondo uterino durante los últimos seis meses de gestación de las participantes, además se analizaron grupos de alimentos que consumen normalmente en la población estudiada.

Figura 1. Ganancia de Peso



El 33% (7 participantes) obtuvo un aumento de peso mayor al esperado, el 10% (2 participantes) obtuvo un incremento menor al esperado, mientras que el 57% (12 participantes) adquirió una ganancia de peso normal durante su embarazo (Figura 1).

En la medición previa a la intervención el 9.52% (2 participantes) se encontraban con un fondo uterino anormal (Hipertrofia) y el 90.47% (19 participantes) presentaban un fondo uterino normal de acuerdo a la edad gestacional que presentaban.

Posterior a la Intervención el 100% (21 participantes) lograron obtener un fondo uterino (FU) normal de acuerdo a la edad gestacional que presentaban (Tabla 1).

Fondo Uterino	Pre- Intervención		Post- Intervención	
	Anormal	Normal A	normal N	ormal
	9.52%	90.48%	0%	100%
Total	100%		100%	

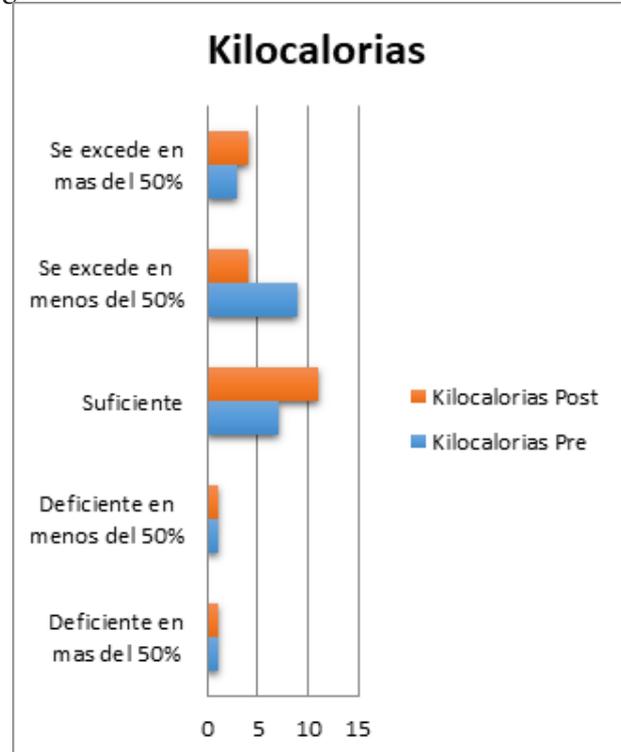
En el inicio de nuestra investigación se encontró que un 33.3% (7 personas) tienen un consumo suficiente de Kcal, mientras que en un 14.3% (3 personas) se excede en menos del 50% del valor total de Kcal recomendada, y un 42.9% (9 personas) excede en más el 50% el consumo de Kcal.

Por otra parte un 4.8% (1 persona) es deficiente en un 50% su consumo de Kcal y un 4.8% (1 persona) tiene una deficiente ingesta de Kcal en más del 50% del valor total recomendado.

Después de la intervención se obtuvo un aumento de un 33.3% (7 personas) a 52.4% (11 personas) con un consumo suficiente de Kcal, el porcentaje de personas que excede en menos del 50% de ingesta de calorías se obtiene una baja al 19.0% (4 personas) y en el consumo del más del 50% es del 19.0% (4 persona) respectivamente. En lo que respecta al consumo deficiente de Kcal se obtuvo que en menos del 50% del valor recomendado se mantuvo de 4.8%(1 persona) al igual que el 4.8% (1 persona) fue deficiente su consumo de Kcal en un 50%.

En el consumo de micronutrientes (calcio, hierro) se encontró que el 33.3% (7 personas) y el 42.9% (9 personas) mostraron un consumo bajo de calcio y hierro respectivamente antes de la intervención. En contraste el 66.7% (14 personas) y 57.1% (12 personas) tuvieron un consumo suficiente de calcio y hierro respectivamente pre-intervención. Mientras que en la post-intervención se obtuvo un aumento del 19.0% (4 personas) a el 95.2% (20 personas) en el consumo suficiente de calcio, al igual que el consumo suficiente de hierro aumento un 38.1% (8 personas) a el 95.2% (20 personas) por lo que se registra un impacto en el consumo de estos macronutrientes. Teniendo una significancia menor a 0.05 por lo cual nos lleva a aceptar la hipótesis de trabajo (Tabla 2)

Figura 2. Consumo de Kilocalorías



En cuanto al consumo de sodio se encontró que el 4.8% (1 persona), el 42.9% (9 personas) y el 52.4% (11 personas) mostraron un consumo moderado, elevado y muy elevado respectivamente antes de la intervención, mientras que en la post intervención se mostró un consumo moderado de 4.8% (1 persona) a 23.8% (5 personas), con resultados igualitarios en el consumo elevado con un 42.9% (9 personas), mientras que se mostrando un énfasis de 52.4% (11 personas) a un 33.3% (7 personas) en un consumo muy elevado de sodio. Con una significancia de 0.149 con un impacto no significativo en el consumo de sodio.

En el consumo de macronutrientes (lípidos, proteínas e hidratos de carbono), se obtuvo en la pre-intervención en un 100% (21 personas) en el consumo de lípidos no es equilibrado, mientras que más de la mitad el 52.4% (11 personas) no tiene un consumo equilibrado de proteínas en cuanto al consumo de hidratos de carbono se tiene un porcentaje bastante alto el 90.5% (19 personas) presenta un consumo desequilibrado.

Los resultados obtenidos en a la post-intervención se presentaba que el 100% (21 personas) registraba un consumo no equilibrada, bajando a un 28.6% (6 personas) con un consumo mejorado de lípidos, al igual que el consumo de proteínas con un aumento del 28.6% (6 personas) a 76.2% (16 personas), mientras que se obtuvo un consumo de hidratos de carbono de un 90.5% (19 personas) que presentaban el consumo no equilibrado, bajo a un 71.4% (15 personas) por lo que se registra un impacto en el consumo de estos macronutrientes. Teniendo una significancia menor a 0.05 por lo cual nos lleva a aceptar la hipótesis de trabajo.

micronutriente	Pre-intervención		Post-intervención		p-valor
	F	%	F	%	
Calcio					
Muy baja-baja	2	13.3	5	33.3	0.039
Suficiente	13	86.7	10	66.7	
Hierro					
Muy baja-baja	3	20	6	40	0.008
Suficiente	12	80	9	60	
Sodio					
Moderado	0	0	2	13.3	0.149
Elevado-muy elevado	15	100	13	86.7	
Agua					
Muy baja-baja	12	80	8	53.3	0.011
Suficiente	3	20	7	46.7	

En la pre-intervención se encontró que en el consumo de agua el 38.1% (8 personas) su consumo es suficiente, el 28.6% (6 personas) su consumo es bajo y el 33.3% (7 personas) es muy bajo.

Posterior a la intervención se encontró que las participantes mejoraron en el consumo de agua, puesto que un 66.7% (14 personas) presentaron una ingesta suficiente, el 14.3% (3 personas) es bajo su consumo y un 19.0% (4 personas) es muy bajo (Tabla 2).

Macronutrientes	Pre-intervención		Post-intervención		p-valor
	F	%	F	%	
Lípidos					
Equilibrada	0	0	0	0	.031
No equilibrada	15	100	5	100	
Proteína					
Equilibrada	6	40.7	4	6.7	0.016
No equilibrada	9	60.8	5	33.3	
Carbohidratos					
Equilibrada	2	13.3	4	26.7	.004
No equilibrada	13	86.7	11	83.3	
Fibra					
Muy baja-baja	6	40.1	0	6.7	0.046
Suficiente	9	60	5	33.3	

En el consumo de macronutrientes (lípidos, proteínas e hidratos de carbono), se obtuvo en la pre-intervención en un 100% (21 personas) en el consumo de lípidos no es equilibrado, mientras que más de la mitad el 52.4% (11 personas) no tiene un consumo equilibrado de proteínas en cuanto al consumo de hidratos de carbono se tiene un porcentaje bastante alto el 90.5% (19 personas) presenta un consumo desequilibrado.

Los resultados obtenidos en a la post-intervención se presentaba que el 100% (21 personas) registraba un consumo no equilibrada, bajando a un 28.6% (6 personas) con un consumo mejorado de lípidos, al igual que el consumo de proteínas con un aumento del 28.6% (6 personas) a 76.2% (16 personas), mientras que se obtuvo un consumo de hidratos de carbono de un 90.5% (19 personas) que presentaban el consumo no equilibrado, bajo a un 71.4% (15 personas) por lo que se registra un impacto en el consumo de estos macronutrientes. Teniendo una significancia menor a 0.05 por lo cual nos lleva a aceptar la hipótesis de trabajo.

Discusión

La educación y el asesoramiento sobre nutrición se centran en mejorar la calidad de la dieta, instruyendo a las mujeres sobre cuáles son los alimentos y las cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima. Ello también puede incluir asesoramiento sobre el consumo de suplementos de micronutrientes recomendados durante el embarazo,

como por ejemplo suplementos de micronutrientes múltiples que contengan hierro y ácido fólico.

En la presente investigación, el asesoramiento nutricional influyó positivamente en las mujeres embarazadas, lo cual permitió que la mayoría de ellas tuvieran un peso normal conforme a sus semanas de gestación.

Según estudios, pocas mujeres embarazadas cumplen con alimentos recomendados y la ingesta de nutrientes o los niveles de actividad recomendados. Jersey y cols¹⁰ (año) tomó en cuenta una población de 664 participantes para su investigación, brindando asesoría a aquellas mujeres que se encontraban entre la semana 16 a la semana 36 de gestación, considerando factores que pueden afectar la alimentación como son: estado civil, edad, paridad, estado socioeconómico e incluso tomaron en cuenta el peso pre gestacional. A diferencia de esta investigación ya que no se consideraron factores ni se midió el peso anterior al embarazo.

Sámano Sámano y Godinez Martínez (2013)¹¹ refieren haber observado que 4 de 6 mujeres reportaron un cambio en el tipo de alimentación algún tipo de cambio en su alimentación, sobre todo disminuyendo azúcares y/o lípidos, pero cabe señalar que algunas mencionaron que omitían la cena desde antes de que se embarazaran, situación que mantuvieron. Se les dificultó la eliminación por completo del refresco, pan o golosinas; con ello se reitera la necesidad de considerar que la alimentación es un proceso en el cual interfieren diversas dimensiones sociales y una de ellas es la cultura alimentaria que comparte toda familia o grupo con el que se vive, en la que para que un plan de alimentación funcione es necesario considerar las dimensiones sociales de la alimentación, de otra forma serán poco exitosos los planes de alimentación, teniendo como resultado el abandono de la dieta.

Las razones por las cuales pocas mujeres logran las pautas recomendadas de nutrición y actividad física durante el embarazo no están claras. Es probable que el conocimiento y el apoyo sean importantes. Si bien el conocimiento se considera un precursor esencial para los procesos de cambio de comportamiento, puede no ser suficiente para el cambio. El comportamiento de estilo de vida previo al embarazo de las mujeres y el éxito previo con el control de peso también pueden influir y contribuir positivamente o negativamente al cambio de comportamiento. Los profesionales de la salud que tienen contactos repetidos con mujeres

embarazadas pueden desempeñar un papel central en la provisión de educación y apoyar las intenciones y los esfuerzos de las mujeres para lograr un comportamiento saludable.¹²

Conclusión

Para lograr una alimentación correcta en embarazadas es necesario llevar a cabo promoción a la salud desde antes de que las mujeres entren a la etapa gestante, debido a que tienen costumbres y hábitos muy arraigados y siguen manteniendo durante el embarazo la misma alimentación que llevaban desde antes de este. En una minoría de las participantes, al brindarles información sobre los beneficios que tiene el hecho de que modifiquen su alimentación corrigieron algunos aspectos alimenticios, sin embargo no del todo llevan a cabo las recomendaciones.

La promoción a la salud durante el embarazo es insuficiente, debido a que es necesario educar a la población desde antes de la etapa gestante, enseñar a alimentarse sanamente para así conseguir que durante la etapa mencionada se logre modificar la alimentación.

Para conseguir una adherencia efectiva a una nueva alimentación es necesario crear planes estratégicos y personalizados acorde a cada una de las participantes, tomando en cuenta el tipo de alimentación pasada y actual, considerando factores determinantes para el cumplimiento de la alimentación que cumpla con los requerimientos nutricionales necesarios para una alimentación correcta en beneficio de las mujeres gestantes.

Referencias

1. Parul C. Micronutrients, Birthweight, and survival. *Annualreview of nutrition*. 2010. 30:83-104.
2. Secretaría de Salud (SSA). Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2013. [Sede web] Base de datos 2014. SSA, 2015. [Fecha de acceso Marzo 2016]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_egresoshospitalarios.html.
3. Darnton, I. Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. [Sede web] Organización Mundial de la Salud: 2013. [Fecha de acceso Marzo 28, 2016]. Disponible en: http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/.
4. Medina Y. Estado mexicano no garantiza sana nutrición a embarazadas. [Sede web] Cimacnoticias: 2012. [Fecha de acceso en Marzo 20, 2016]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/61925>.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Presas Hidalgo Tezontepec 2014. [Sede web]. Nuestro México: 2014. [Fecha de acceso Abril 18, 2016]. Disponible en: <http://www.nuestro-mexico.com/Hidalgo/Tezontepec-de-Aldama/Presas/>.
6. Nutricloud. Diapponible en: www.nutricloud.mx
7. Habicht, J. P. Standardization of anthropometric methods in the field. *PAHO Bull.*1974. 76: 375-384.
8. Lohman, T., Roche, A., Martorell, R. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. (Human Kinetics, 1988).
9. IOM. Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. *Nutritionduringpregnancy: Part I WeightGain.* , 1990).
10. De Jersey SJ, Nicholson JM, Callaway LK & Daniels LA. An observational study of nutrition and physical activity behaviours, knowledge and advice in pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013. 13:115. 27.
11. Sámano-Sámano R, Godinez-Martínez E. Contexto sociocultural y alimentario de mujeres con embarazos de riesgo 2014. volumen 19(5) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501419
12. Sandoval G, Nieves R, Luna R. Efecto de una dieta personalizada en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad 2016. Volumen 43(3). Disponible en: Efecto de una dieta personalizada en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad.

“LA TERAPIA PSICOCORPORAL COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU EFECTO EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH”

*Autores: Mayra Itzel Huerta Baltazar¹, Vanesa Jiménez Arroyo², Claudia Guadalupe Álvarez Huante³, Gloria Correa Vieyra⁴, Guadalupe Ortíz Mendoza⁵ y Guadalupe Eréndira Montoya Ramírez⁶
efetakumi@gmail.com*

1, 2 Profesora e Investigadora de tiempo completo de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 3 Hospital General Regional No. 1 de Morelia del Instituto Mexicano del Seguro Social, 4 Centro de Estatal de Atención Oncológica de la Secretaria de Salud del estado de Michoacán, 5 Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud del estado de Michoacán y 6 Hospital General Dr. Miguel Silva de la Secretaria de Salud del estado de Michoacán

Resumen

La infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana), afecta el Bienestar Psicológico (BP) de las personas al recibir la noticia, por temor, miedo a la muerte e incertidumbre del padecimiento. La terapia psicocorporal (TPC) es una práctica orientada al área de la salud y al trabajo con el cuerpo para integrar emociones potencializando una experiencia hacia la salud. El objetivo fue determinar si la TPC favorece los niveles de BP en las personas que viven con el VIH (PVVIH).

Estudio Cuantitativo y cuasi-experimental con mediciones pre-post intervención. El Universo de estudio fue CONVIHVE Asociación Civil en Morelia. Se empleó una cédula de identificación y el instrumento de BP con 20 reactivos de Ryff (0.96). Fueron 48 horas de intervención.

Se formó un grupo de intervención con 8 PVVIH y un grupo control 10 PVVIH. La media de edad fue de 47 y de 39 años respectivamente, predominando el género masculino. Se comprobó la hipótesis de estudio al incrementarse el BP en las categorías de crecimiento personal (0.004) y dominio del entorno (0.026), así como en la escala total del BP (0.043).

Conclusiones: la TPC incrementa los niveles de BP en las PVVIH, (subdimensiones crecimiento personal y dominio del entorno y escala total BP).

Palabras clave: VIH, Terapia Psicocorporal, Bienestar Psicológico

Introducción

La investigación que se presenta, aborda una realidad que caracteriza la situación emergente de salud en México. Hablar del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es hablar de enfermedad que anteriormente significaba poca esperanza de vida, pero actualmente este concepto está cambiando poco a poco al ser considerada una enfermedad crónica degenerativa. Sin duda el VIH es capaz de transformar y debilitar la vida de las personas, tan sólo por el hecho de ser diagnosticados y padecerla. Lo que es innegable es que las personas que resultan estigmatizadas y condenadas profundamente por el padecimiento terminan alterando su bienestar físico, emocional y espiritual. (Marzan, 2009)

Según la ONUSIDA (El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), el número de personas en el mundo que viven con VIH es de aproximadamente 35 millones en hasta finales del 2015 y sigue en aumento. El VIH es la cuarta causa de muerte a nivel mundial (ONUSIDA, 2014). El informe de la 20ª Conferencia Internacional del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en 2015 citan que en América Latina vivían 1.6 millones de personas con VIH, de las cuales el 75% se concentran en cinco países de la región: Brasil, México Colombia, Venezuela y Argentina. Esta misma organización revela que, 19 de los 35 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo no saben que son VIH positivas. En México, a principios del 2014 se reportaron 170.963 casos registrados de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en 2015 citan que en América Latina vivían 1.6 millones de personas con VIH, de las cuales el 75% se concentran en cinco países de la región: Brasil, México Colombia, Venezuela y Argentina. Esta misma organización revela que, 19 de los 35 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo no saben que son VIH positivas En México, a principios del 2014 se reportaron 170.963 casos registrados de SIDA. La entidad que registra más casos acumulados es el Distrito Federal, seguido por el Estado de México, Veracruz, Jalisco y Chiapas. Michoacán ocupa el lugar décimo segundo en la república

Mexicana en cuanto a número de casos registrados de VIH, según CENSIDA en el segundo trimestre del 2016. Morelia ocupa el primer lugar, seguido de Lázaro Cárdenas, Apatzingán y Uruapan (CENSIDA, 2014). La situación de saberse portador de VIH implica reacciones psicológicas diversas. La esfera psicológica se altera por la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia, la tristeza, la rabia, la frustración, la culpa y el rechazo. Este rechazo hace que las personas diagnosticadas con VIH muchas veces oculten la enfermedad por el miedo, vergüenza y temor a ser señalados y que se les niegue la oportunidad de llevar una vida "Normal". Por lo que se propone la Terapia psicocorporal que esta orientada a la integración de las emociones para lograr un bienestar psicológico. (Gómez et. al, 2014)

La terapia psicocorporal es una terapia alternativa que combina el trabajo unificado con el cuerpo y la emoción, en el contexto de una relación humana, con el fin de propiciar la expresión de las emociones, la ampliación de la conciencia, el alivio del sufrimiento, una mayor capacidad de sentir placer y cambio en los patrones mentales elaborados en general crecimiento y desarrollo personal (Navarro, 2003).

La aplicabilidad de en este estudio fue impactar a través de la terapia psicocorporal como una alternativa de cuidado integral que abarcó la esfera psicológica de la persona para modificar la forma de vivir una enfermedad crónica

Esta investigación fue de gran trascendencia porque buscó fundamentalmente que el cuidado de enfermería este inmerso en la diversidad social, respetando e interesándose en el ser humano con la intención de encontrar una forma natural, inofensiva y eficaz de generar salud y de integrar en la vida una oportunidad de vivir sin sufrimiento para tener una experiencia bienestar y salud, esto es la esencia del cuidado de Enfermería porque se necesitan profesionales de la salud preparados y sensibilizados en el campo de las terapias integrales para cubrir necesidades en las personas que lo requieren, por que, Enfermería debe ser respuesta de las problemáticas sociales planteando soluciones factibles (Martínez y Otalvaro, 2014).

El Objetivo General fue Analizar si, la terapia psicocorporal, como intervención de Enfermería favorece el bienestar psicológico de las personas que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Los Objetivos Específicos fueron:

Caracterizar a los participantes en el grupo experimental y el grupo control.

Identificar los niveles de bienestar psicológico en los participantes del grupo control y experimental antes, después y en el seguimiento de la terapia psicocorporal.

Comparar los niveles de bienestar psicológico en los participantes del grupo control y experimental después de la Terapia Psicocorporal.

Material y Métodos: Es un estudio cuantitativo, a través de un diseño cuasiexperimental con un grupo control y un grupo experimental con tres mediciones: preintervención, posintervención y un seguimiento. Ver tabla 1

Tabla 1. Diseño de la investigación con enfoque cuantitativo

Grupos	Asignación \$	Secuencia de Registro		
		Pretest	Tratamiento	Posttest
Con Intervención	No Aleatoria	Y _{E1}	X	Y _{E2}
Sin Intervención	No Aleatoria	Y _{C1}	--	Y _{C2}

Nota: Teresa Anguera y cols en: Metodología de las ciencias del comportamiento.

El universo fue el Grupo CONVIHVE Asociación Civil de Morelia Michoacán, ubicado en la calle Manuela Medina, número # 567 en la colonia Jacarandas.

Este grupo fue creado por el C. Alejandro Cedeño en el año 2000 en éste mismo año fue reconocido como Asociación civil. Actualmente está integrado por un presidente, un secretario y cuatro vocales, a su vez, tiene 20 integrantes registrados. El objetivo de la asociación es brindar apoyo a personas y familiares que viven con VIH para favorecer su calidad de vida. El apoyo que brindan es: de asilo, de donar tratamiento medicamentoso a través del grupo de autoayuda y en acompañamiento a pacientes foráneos y locales a su tratamiento o en su internamiento hospitalario.

El tamaño de muestra fue no probabilística. Participando 17 personas de las 20 que se encuentran formalmente registrados en la Asociación.

Las Técnicas para la recolección de la información fueron: Una cédula de identificación con variables sociodemográficas para caracterizar a la población.

Para medir el bienestar psicológico se utilizó la adaptación de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff (PWBS) (Padros, 2011), para población mexicana. Consiste en un cuestionario de 39 items con una escala Likert de 6 puntos. El 1 representa "Totalmente en desacuerdo" y el 6 "Totalmente de acuerdo". El instrumento esta conformado por seis dimensiones: 1) Autoaceptación; 2) Relaciones positivas; 3) Autonomía; 4) Dominio del entorno; 5) Crecimiento personal, y 6) Propósito en la vida. El Alpha de Cronbach que puntó en el instrumento es de 0.96.

Tradicionalmente el instrumento de bienestar psicológico es aplicado con los 39 reactivos; sin embargo,

al analizar las propiedades psicométricas del instrumento para mayor confiabilidad se decidió utilizar 20 reactivos y 5 dimensiones, (Véase tabla 3, 4, 5, 6 y 7) de tal manera que las dimensiones que se utilizaron en este proyecto fueron: 1) Autoaceptación, 3) Autonomía, 4) Dominio del entorno, 5) Crecimiento personal y 6) Propósito en la vida.

En la tabla 2, se muestra el análisis de confiabilidad total del instrumento de bienestar psicológico de Ryff, incluyendo los 20 reactivos que integraron la versión que se utilizó en esta investigación y se encontró que éste obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.966, quedando de la siguiente manera:

Tabla 2. Nivel de confiabilidad del Instrumento de bienestar psicológico adaptado a 20 reactivos.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento por cómo han resultado las cosas	81.71	549.096	.686	.965
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	81.24	541.566	.722	.965
19.Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	81.29	552.596	.819	.964
31.En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	81.59	530.007	.952	.962
3.No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	82.00	549.000	.499	.968
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes	81.53	542.515	.746	.964
21.Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	81.47	557.265	.572	.966
11.He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	81.94	540.684	.826	.963
16.En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	81.59	541.882	.801	.964
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria	81.94	543.184	.676	.965
39.Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	81.82	533.029	.915	.962
24.En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	81.59	549.382	.712	.965
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo	81.76	542.066	.684	.965
37.Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	81.41	547.382	.873	.963
38.Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	81.24	540.691	.839	.963
6.Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	81.35	556.493	.688	.965
12.Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	81.47	548.140	.862	.963
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	81.76	520.691	.842	.963
18.Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	81.71	544.721	.795	.964
23.Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	81.35	543.618	.815	.964
Alfa de Cronbach				0.966

Nota: Instrumento de bienestar psicológico de Ryyf 2006.

Para el análisis de datos se llevo a cabo la captura y el procesamiento de datos cuantitativos se utilizó el software Statical Package for the Social Sciences (SPSS V.17), a través de la generación de una base de datos. Estadística descirptiva para variables sociodemográficas y Prueba de Friedman y Wilcoxon para muestras relacionadas e independientes. El procedimiento que se realizó en esta investigación se muestra en la figura 1.

Resultados

Para el cumplimiento del objetivo específico número 1, se observa en el gráfico 1 las variables sociodemográficas que predominaron en las personas que estuvieron en la intervención y en grupo control mostrando las siguientes características.

Figura 1. Descripción gráfica del procedimiento

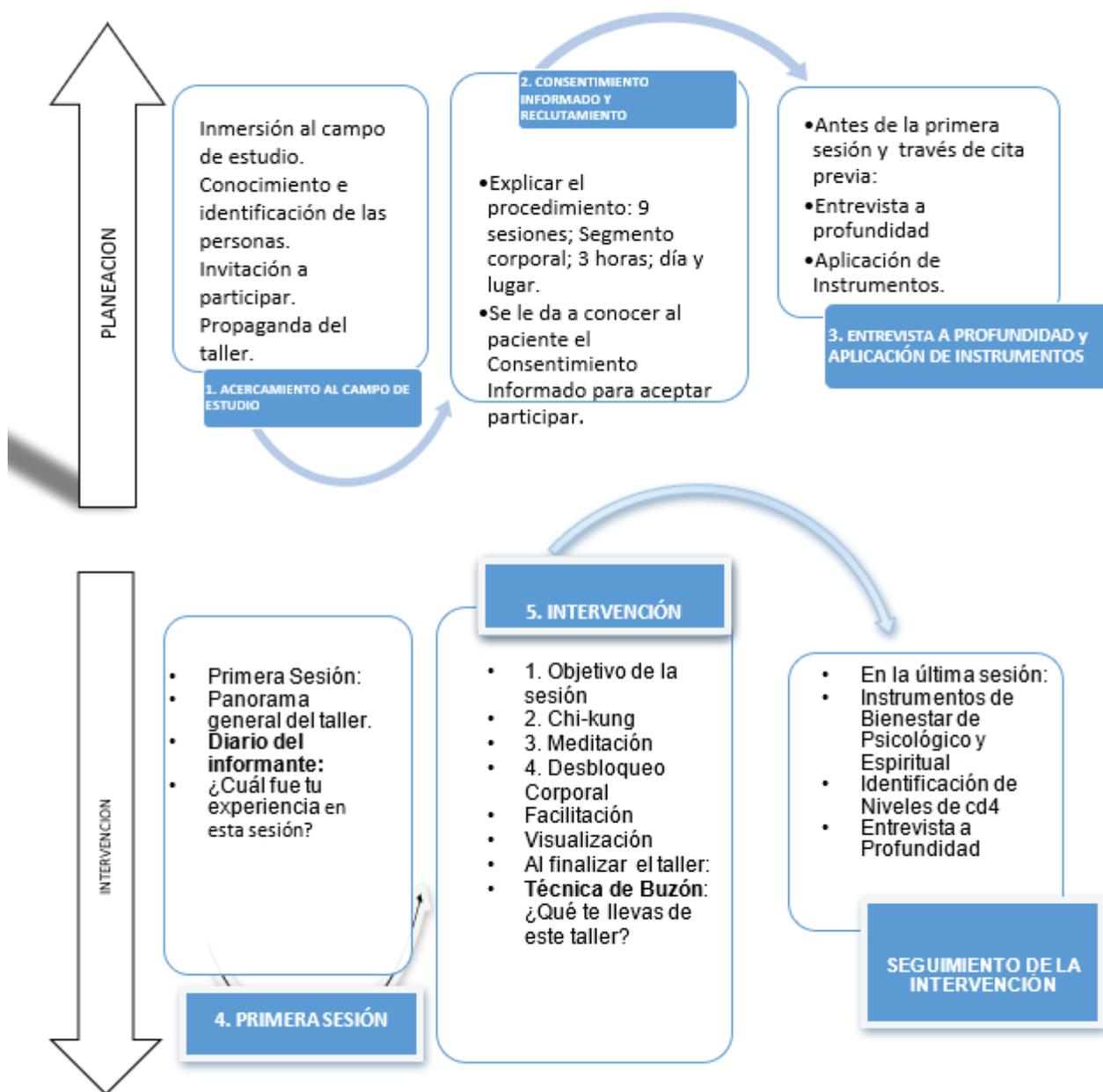
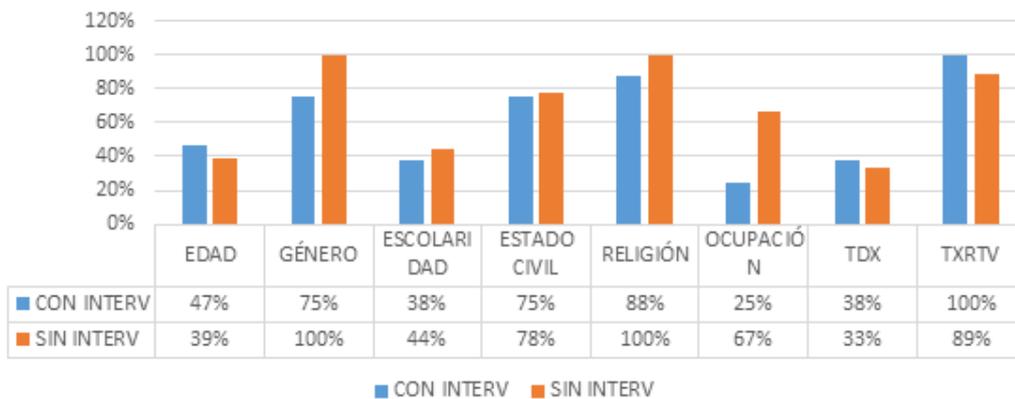


Gráfico 1. Variables sociodemográficas del grupo con intervención y del grupo sin intervención de terapia psicocorporal en la asociación CONVIHVE A. C.



Nota: Cédula de identificación de Personas de viven con VIH

Para el cumplimiento del objetivo específico número dos se presentan los niveles promedio del Bienestar Psicológico en sus diferentes dimensiones en el antes, después y en el seguimiento de las personas que estuvieron en la intervención.

La primera dimensión de “Autoaceptación” se presenta en la tabla 3 en donde se observan que el nivel promedio del bienestar psicológico en esta dimensión, en el antes fue de 4.3, después de la intervención se elevó a 4.7 y en el seguimiento de la intervención se mantuvo en 4.7.

Se destaca que, el promedio de “Autoaceptación” aumentó después de la intervención y logró casi mantenerse en la medición del seguimiento.

En la tabla 4, se observa que el comportamiento de la dimensión de “Autonomía” fue diverso. Los participantes iniciaron con un nivel de 4.3 antes de la intervención y después de la intervención bajo a 4.2, sin embargo, en el seguimiento se elevó a 4.7. Se identificó que a pesar de que los niveles de autonomía disminuyeron después de la intervención se muestran diferencias positivas en el seguimiento.

En la dimensión del “Dominio del entorno” en la tabla 5, se señala que el nivel promedio se elevó después de la intervención. Iniciaron con un promedio de 3.7 y se elevó a 4.1 después de la intervención y en el seguimiento tuvo un nivel de 4.1 que sigue siendo positiva en comparación al nivel que tenía antes de la intervención.

Por lo tanto, esta dimensión después de la terapia psicocorporal mostró diferencias en promedio favorables.

Tabla 3. Media de la dimensión de “Autoaceptación” del instrumento de bienestar psicológico en el total de las personas que recibieron la terapia psicocorporal antes, después y en el seguimiento.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo M	áximo
“Autoaceptación” antes de la intervención	6	4.3333	1.16905 2	.75	5.50
“Autoaceptación” después de la intervención	6	4.7917 .	62082 3	.75	5.50
“Autoaceptación” seguimiento de la intervención	6	4.7500	.92195	3.00 5	.50

Fuente: Instrumento de Bienestar Psicológico aplicado a PVV después de la intervención

En la tabla 6, se observa el comportamiento de la dimensión de “Crecimiento personal” en donde se muestra que antes de la intervención la media era de 4. Posteriormente después de la intervención se elevó a 5.3 y ya en el seguimiento mostró una ligera disminución a 5.0 que sigue siendo positiva a comparación de como empezaron. Podemos decir que la dimensión de “Crecimiento personal” elevó su promedio a pesar de que en el seguimiento tendió a bajar mínimamente.

La última dimensión del instrumento “Propósito en la vida”, inició antes de la intervención con 4.4 y se elevó a 4.7 después de la intervención. Posteriormente en el seguimiento su nivel promedio fue de 4.6.

La dimensión “Propósito en la vida” también se elevó después de la intervención.

(Véase tabla 7)

Para cumplir el objetivo específico número tres en la tabla número 8, podemos identificar que las diferencias significativas se reflejaron en dos dimensiones del instrumento de bienestar psicológico, en la dimensión de “Dominio del entorno” y en la dimensión de “Crecimiento personal”, y de manera global, podemos decir, que se acepta la hipótesis de este trabajo al comprobar que la terapia psicocorporal mostró cambios significativos en el bienestar psicológico de las personas que viven con VIH, específicamente en dos dimensiones y al análisis en general de la variable Bienestar Psicológico.

Conclusiones

A la luz de los resultados obtenidos en esta investigación fue importante darnos cuenta que el taller de terapia psicocorporal tiene un efecto positivo al incrementar los niveles de bienestar psicológico y de manera específica las dimensiones de “Dominio del entorno” y “El crecimiento personal”. Probablemente se debe, a que la terapia psicocorporal tiene un componente eminentemente psicológico, ya que trabaja las emociones y las actitudes. Por lo que podríamos decir, que la terapia

Tabla 4. Media de la dimensión de “Autonomía” del instrumento de bienestar psicológico en el total de las personas que recibieron la terapia psicocorporal antes, después y en el seguimiento.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
“Autonomía” antes de la intervención	6	4.3333	.41421	2.67	6.00
“Autonomía” después de la intervención	6	4.2222	.44016	.33	6.00
“Autonomía” en el seguimiento de la intervención	6	4.7778	.58373	3.67	5.33

Fuente: Instrumento de Bienestar Psicológico aplicado a PVV después de la intervención

Tabla 5. Promedio de la dimensión “Dominio del Entorno” del instrumento de bienestar psicológico en el total de las personas que recibieron la terapia psicocorporal antes, después y en el seguimiento

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
“Dominio del entorno” antes de la intervención.	6	3.7333	.82624	.60	4.60
“Dominio del entorno” después de la intervención.	6	4.6333	.36697	.00	5.00
“Dominio del entorno” en el seguimiento de la intervención.	6	4.1333	.89144	.00	5.00

Nota: Instrumento de Bienestar Psicológico aplicado a PVV después de la intervención

Tabla 6. Media de la dimensión de “Crecimiento Personal” del instrumento de bienestar psicológico en el total de las personas que recibieron la terapia psicocorporal antes, después y en el seguimiento					
	N	Media	Desviación típica	Mínimo M	áximo
“Crecimiento personal” antes de la intervención.	6	4.0000	.18322	.50	6.00
“Crecimiento personal” después de la intervención.	6	5.3333	.51640	.75	6.00
“Crecimiento personal” en el seguimiento de la intervención.	6	5.0833	.17969	.75	6.00

Nota: Instrumento de Bienestar Psicológico aplicado a PVV después de la intervención

Tabla 7. Media de la dimensión de “Propósito en la vida” del instrumento de bienestar psicológico en el total de las personas que recibieron la terapia psicocorporal antes, después y en el seguimiento					
	N	Media	Desviación típica	Mínimo M	áximo
“Propósito en la vida” antes de la intervención.	6	4.4333	.00731	.40	5.60
“Propósito en la vida” después de la intervención.	6	4.7333	1.45694	2.00	.80
“Propósito en la vida” en el seguimiento de la intervención.	6	4.6333	.53580	.60	5.80

Escala	Tabla 8. Comparación del bienestar psicológico antes y después de la terapia psicocorporal en el grupo con intervención mediante la prueba de Wilcoxon.							
	Dimensión	Subdimensión	N	Media	DE	Wilcoxon	Z	P
Bienestar Psicológico		“Autoaceptación” antes	17	4.4265	1.29230	80.000	-.097	.923
		“Autoaceptación” después	17	4.5882	1.17241	70.500	-1.016	.310
		“Autonomía” antes	17	4.2157	1.37407	72.000	-.872	.383
		2Autonomía” después	17	4.0588	1.17400	64.000	-1.646	.100
		“Crecimiento personal” antes	17	4.3824	1.28123	67.000	-.485	.628
		“Crecimiento personal” después	17	4.6618	1.06412	51.000	-2.897	.004**
		“Propósito en la vida” antes	17	4.3529	1.30102	71.500	-.049	.961
		“Propósito en la vida” después	17	4.3765	1.33207	66.000	-1.449	.147
		“Dominio del entorno” antes	17	4.0588	1.37650	80.000	-.097	.923
		“Dominio del entorno” después	17	4.3676	.98868	58.000	-2.224	.026*
		Bienestar Psicológico Total-Pretest	17	4.2941	1.22613	81.000	.000	1.000
		Bienestar Psicológico Total-Posttest	17	4.4265	1.02074	60.000	-2.023	.043*

*p>0.05, **p>0.01

Nota: Instrumentos aplicados a PVV después de la intervención a las PVV.

beneficia esta esfera de manera clave y considerarla una herramienta para el trabajo del bienestar psicológico en personas que viven con VIH (Díaz et. al, 2014). El bienestar psicológico para Carol Ryff es un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo. Es muy importante haber alcanzado la significancia en el bienestar psicológico a través de la terapia psicocorporal, ya que éste se encuentra relacionado con cómo la gente lucha en su día a día afrontando los retos que se van encontrando en sus vidas, ideando modos de manejarlos, aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida, lo que hace de estas características, aspectos importantes para el trabajo con personas que viven con VIH (Plutchik, 1987). Las dos dimensiones que mostraron significancia estadística fueron. “Dominio del entorno” y “Crecimiento personal: teóricamente las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir en el ambiente que las rodea, hacen un uso efectivo de las oportunidades que les ofrece su entorno y son capaces de crear o escoger entornos que encajen con sus necesidades personales y valores. Mientras que el las personas con puntuaciones altas en la dimensión de “Crecimiento personal” consideran que están en continuo crecimiento, están abiertas a las nuevas experiencias, desean desarrollar su potencial y habilidades, consideran que han ido mejorando con el tiempo y van cambiando de modos que reflejan un mayor autoconocimiento y efectividad. Por lo anterior se derivan las siguientes recomendaciones:

Abrir la investigación a la población general en condición de VIH, para buscar la significancia estadística en el bienestar físico y espiritual.

Encausar el cuidado de Enfermería hacia las prácticas complementarias y Alternativas desde la formación de Licenciatura, invitando a los estudiantes a vivir los talleres de la Terapia psicocorporal, las prácticas de meditación, la relajación y el Chi Kung.

Educar desde la formación profesional de Licenciatura en Enfermería al servicio humano en grupos vulnerables. Esto se puede realizar difundiendo la existencia de Asociaciones civiles de estos grupos en donde los investigadores deberían de estar involucrados para vivir desde ahí la aplicación de sus líneas de investigación que favorezcan ambas partes.

Aplicar el uso de terapia psicocorporal en personas recién diagnosticadas con VIH para que esta etapa, que es la más difícil, el afrontamiento pueda ser menos doloroso, ayude a la develación del diagnóstico y pueda fortalecer la calidad de vida de la personas recién diagnosticada.

Educación para los padres. La Prevención del VIH comienza en casa. La educación para padres y el trabajo interior personal forma parte de traer a la vida, hijos que se sientan queridos, amados, aceptados, respetados y a través de estas actitudes los hijos serán capaces de tener herramientas para luchar de manera inteligente en el mundo y no buscar las carencias afectivas de infancia en situaciones que ponen en riesgo su vida, como la promiscuidad y las adicciones que son los factores principales para la adquisición del VIH. Se considera que la recomendación principal

que puedo hacer es: “Amar inteligentemente a nuestros hijos”, sólo el amor genera como consecuencias la comunicación, la confianza y la seguridad para poder expresar problemáticas y sentimientos y así, prevenir consecuencias que pueden ser irreversibles. Es en la familia donde se fortalecen las herramientas para poder formar personas con recursos psicológicos altamente suficientes para hacer frente a la vida.

Referencias bibliográficas

Angaro T. y cols. Metodología en las ciencias del comportamiento. Síntesis de Psicología; México. 1998.

CENSIDA SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. [Homepage en Internet]. México; 2014 [Consultado 15 de Julio 2014]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN-2do_trim_2014.pdf

Díaz L, Alfaro CJ, Soto S, Neva H. Análisis del entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por enfermería, en una población con vih- sida: estudio de caso único; Análisis del entrenamiento de técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por enfermería, en una población con VIH-Sida: estudio de caso único.

Gómez A, Silva T, Machado E, Oliveira D. Representaciones sociales del SIDA para personas que viven con HIV y sus interfaces cotidianas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [2011]., vol.19, n.3, pp. 485-492. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692014000300006>

Marzan RM, Varas DN. Las dificultades de la sensación: el papel de las emociones en la estigmatización del VIH / SIDA. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 2009; Vol. 7, (Nº 4).

Navarro AR. Psicoterapia corporal y psicoenergética: Principios y técnicas. Pax México; México D.F; 2003

Martínez L, Otalvaro M. Estrategias de Afrontamiento y Depresión en pacientes diagnosticados con VIH” Readalyc. Vol 27, No. 1 pp. 5-13. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia, 18 de octubre 2007. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78511885001>

ONUSIDA. [Homepage en Internet]. Ginebra, Suiza; 2014 [Consultado 16 de Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgareport/>

Padros FB. Adaptación y estudio psicométrico de la escala de bienestar psicológico de C. Ryff de 39 items en Población Mexicana. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Mayo 2011.

Plutchik R. Las emociones. 1ª Ed. México: Editorial Diana; 1987

“PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN POR ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO”

Jesús Alcantar Gonzalez¹, Itzia Guadalupe Ramos Ruíz¹, Alondra Covarrubias Solorio¹, y M.E. Ana Celia Anguiano Morán²
alcantarjesus_96@hotmail.com

¹Pasantes de Licenciatura en Enfermería en Servicio Social, Facultad de Enfermería Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

²Maestra en Enfermería, Facultad de Enfermería Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Introducción. La lesión por presión es una afección en la piel, a consecuencia de la presión, isquemia o cizallamiento; Por lo que Enfermería juega un papel importante en la Prevención y Cuidado de las LPP. **Objetivo.** Identificar el Nivel de Prevención y Cuidado de LPP por parte de Enfermería en el Hospital General Dr. Miguel Silva. **Material y métodos.** Estudio Descriptivo Transversal, Cuantitativo no experimental. Muestra no probabilística por conveniencia de 62 enfermeras(os). Se utilizó el instrumento “Indicador de Calidad dirigido a la Prevención y Tratamiento de UPP”, cuenta con dos dimensiones la primera de prevención con 11 ítems y la segunda de cuidado y tratamiento con 15 ítems, alcanzo una validez de 0.8 de alpha de cronbach **Resultados.** 80.6% del personal de enfermería instauran medidas mecánicas para mitigar la presión, el 59.7% del personal efectúan cambios de posición cada dos horas, 71.0 % del personal no dispone de material necesario para brindar el cuidado y tratamiento, el 61.3% del personal no utilizan hoja de valoración del riesgo de LPP. **Discusión.** En el estudio de Ponce fue el 35% de no cumplimiento, mientras que en esta investigación fue del 71.0%, en el INCICH el 74.4% de las enfermeras(os) realizan medidas preventivas. **Conclusión.** El personal de enfermería tiene buen nivel de prevención y cuidado de LPP, sin embargo no siempre se logra cumplir con los cuidados, debido a la falta de recursos materiales por los que carece el Hospital.

Palabras clave: Prevención, cuidado, lesiones por presión, personal de enfermería

Introduction. Pressure injury is a condition in the skin, as a result of pressure, ischemia or shearing; So Nursing plays an important role in the Prevention and Care of LPP. **Objective.** Identify the Level of Preven-

tion and Care of LPP by Nursing in the General Hospital Dr. Miguel Silva. **Material and methods.** Transversal, Quantitative, non-experimental Descriptive Study. Non-probabilistic sample for the convenience of 62 nurses. The instrument “Quality Indicator for the Prevention and Treatment of UPP” was used, it has two dimensions, the first one of prevention with 11 items and the second one of care and treatment with 15 items, reached a validity of 0.8 of alpha of cronbach **Results .** 80.6% of the nursing staff establish mechanical measures to mitigate the pressure, 59.7% of the personnel make changes of position every two hours, 71.0% of the personnel do not have the necessary material to provide the care and treatment, 61.3% of the personnel do not use LPP risk assessment sheet. **Discussion.** In the Ponce study it was 35% non-compliance, while in this investigation it was 71.0%, in the INCICH 74.4% of nurses (os) perform preventive measures. **Conclusion.** The nursing staff has a good level of prevention and care of LPP, however, it is not always possible to comply with the care, due to the lack of material resources for which the Hospital lacks.

Key words: Prevention, care, pressure injuries, nursing staff

Introducción

La úlcera por presión es una lesión localizada de la piel y/o el tejido subyacente a ella, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento. (Barón, 2015).

Estas constituyen un tipo especial de lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de la presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas. (Zúñiga, 2014). La (UPP) es un problema de origen silente en el medio hospitalario que se da, principalmente, en los servicios donde los pacientes permanecen más de 3 días. Es un evento adverso y constante en salud pública porque origina un problema patológico adicional que genera mayor estadía, deterioro de la calidad de vida, malestar, aumento de la morbilidad, consecuencias socioeconómicas para el país y el Sistema de Salud.

(Tzuc, 2015).

El propósito de esta investigación es conocer el Nivel de Atención de Enfermería en el Cuidado de Lesiones por Presión en el Hospital General Dr. Miguel Silva. Se considera que las UPP son un evento adverso resultante de las intervenciones realizadas o no realizadas a los pacientes, entre las que se incluyen medidas preventivas así como también acciones enfocadas al tratamiento de dichas lesiones. (Stegensek, 2015).

Es de suma importancia el papel que juega el personal de Enfermería en la progresión y agravamiento de las LPP, así como también en la prevención de este tipo de lesiones, siendo la valoración del riesgo un aspecto clave para la prevención.

Las (UPP) se consideran una entidad importante por su incidencia y alta prevalencia, así como por las repercusiones asociadas. Las UPP son una complicación trágica, pero evitable, de la inmovilidad, afectan la calidad de vida de los pacientes, llegando incluso a ocasionarles la muerte. (GPC- IMSS, 2015).

Esto es considerado un problema de salud Pública debido de gran impacto en las diferentes esferas humanas ocasionando un desgaste físico, social, emocional y económico propiciando un largo periodo de hospitalización.

Hasta el 95% de los casos de UPP son prevenibles el punto clave del tratamiento es la prevención mediante la valoración periódica de los pacientes con cuidado oportuno y sistemático de la integridad cutánea. (Lyder, 2001).

La atención brindada a los pacientes es deficiente por parte del personal de Enfermería debido a la sobrecarga de trabajo en las unidades de salud.

Investigaciones desarrolladas en EE.UU., Reino Unido, Países Bajos y Australia han explorado el grado de conocimiento de las recomendaciones inmersas en las guías, tanto en prevención como en tratamiento (Hernández,2009).

Un estudio realizado en el 2009 sobre Prevención y cuidados de úlceras por presión en un Hospital de Barcelona menciona que el 75 % del personal de enfermería emplea medidas adecuadas de prevención. Exactamente éstas fueron: valorar el riesgo de UPP mediante una escala, valorar la ingesta de alimentos,

uso de almohadas para disminuir la presión local, movilizar para evitar fricción, usar superficies de alivio de presión en pacientes con riesgo, proteger con productos tópicos la piel enrojecida y mantener la piel limpia y seca.

En cuanto a las cinco actividades consideradas como contraindicadas o inefectivas por las guías de práctica clínica, ninguna fue identificada como inapropiada al menos por el 50% de las personas estudiadas (Hernández,2009).

En México específicamente en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez el 74.4% de los profesionales de enfermería llevan a cabo medidas preventivas para evitar lesiones de úlceras por presión como uso de dispositivos de presión alterna y se brinda tratamiento con terapia húmeda a partir de grado II a base de hidrocoloides e hidrogeles que permiten la cicatrización. En los últimos dos años en el INCICH se ha logrado prevenir la aparición de úlceras grado III o IV, lo que refleja la intervención oportuna del profesional de enfermería en la prevención y en la aplicación de tratamiento adecuado (Flores, De la Cruz, Ortega, Hernández, Florencia, 2010).

Todos los pacientes en general tienen el riesgo de padecer LPP, se han identificado diferentes grupos que tienen mayor probabilidad de desarrollarlas como los adultos mayores, pacientes con problemas neurológicos, pacientes en estado crítico y pacientes con limitaciones físicas.

Actualmente, el que un paciente desarrolle LPP se considera un evento adverso de suma relevancia debido a la omisión de intervenciones por parte de los profesionales de la salud.

La presente investigación es de suma importancia para que el profesional de Enfermería tenga el conocimiento sobre el cuidado y prevención de LPP, que así mismo, aplique medidas que disminuyan la incidencia de este tipo de lesiones.

En diversas ocasiones las LPP se originan por una deficiente atención del profesional de enfermería debido a la sobrecarga de trabajo, en algunos hospitales se asignan incluso hasta diez pacientes por enfermera(o), conlleva que los pacientes no reciban el tiempo adecuado de atención que se merece, ya que se enfocan principalmente a los cuidados propios de la patología dejando de lado la prevención de las LPP; olvidando

que una función de enfermería es evitar complicaciones futuras.

Este tipo de lesiones afectan de gran manera al sistema de salud ya que prolongan la estancia hospitalaria, afectando gravemente al presupuesto institucional.

Ante esta situación, se reconoce que la prevención es la piedra angular en el manejo de las UPP, sin embargo no se ha logrado concientizar al personal de Enfermería, sobre los beneficios que ofrecen las intervenciones oportunas para evitar la aparición de esta entidad inherente a la inmovilidad. (GPC-IMSS, 2015).

Material y métodos:

Estudio Descriptivo Transversal, no experimental de enfoque Cuantitativo que se realizó en el Hospital General Dr. Miguel Silva ubicado en la Ciudad de Morelia, Michoacán; en el periodo de Enero-Mayo, 2018.

Con la finalidad de Identificar el Nivel de Prevención y Cuidado de LPP por parte del personal de Enfermería. La muestra fue constituida por un subgrupo de 62 Enfermeras (os) que laboran dentro de los servicios de Medicina Interna, Traumatología-Ortopedia y Terapia Intensiva en el turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada siendo seleccionadas a través de un muestreo No probabilístico por Conveniencia.

Se utilizó como Herramienta de medición el “indicador de Calidad dirigido a la Prevención y Tratamiento de UPP” que fue utilizado anteriormente en el Instituto Nacional de Pediatría. Autores: González y Ponce (2016).

El ámbito de aplicación de esta herramienta está relacionado con el Personal de Enfermería del Hospital General Dr. Miguel Silva.

El instrumento para su Evaluación se encuentra en escala Dicotómica y a cada procedimiento (Puntos Críticos) se le asigna un valor numérico con base a la trascendencia del mismo, dicho valor va del 2 al 1, tomando en cuenta que 2 es el punto crítico de mayor impacto y 1 el de menor impacto. El tiempo de duración para contestar es de aproximadamente 10 minutos.

El instrumento está constituido por dos dimensiones, la primera integra la parte de Prevención y consta de 11 items que serán seleccionados y marcados como SI

(Si el personal lo Realiza) y NO (Si el personal no lo Realiza) y NA (Si no aplica y/o por Factores Externos al personal de Enfermería o de otra índole). En el que los puntos a obtener son de 16.

La segunda dimensión corresponde a la parte del Tratamiento de las UPP, integrado por 15 Items evaluados de la misma manera y los puntos a obtener dentro de este apartado son de 23 puntos.

De acuerdo con la validación del Instrumento alcanzo un alfa de cronbach de 0.8 como confiabilidad final lo que habla de la consistencia interna de los Ítems.

En cuanto a consideraciones éticas se apego a la Ley General de Salud en materia de Investigación, cogido de Helsinki, declaración de Núremberg sin dejar de lado la NOM-012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres Humanos.

Se utilizo estadística descriptiva para conocer las frecuencias y porcentajes. El análisis se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 20 mediante la utilización de tablas y gráficas.

Resultados:

En la investigación sobre prevención y cuidado de LPP por parte del personal de enfermería, con una muestra total de 62 enfermeras (os) encuestados, del Hospital General Dr Miguel Silva se obtuvo lo siguiente:

El número de pacientes asignados por cada enfermera (o) que se encontró es el siguiente, el 66.1% (41) tienen a su cargo entre 5-10 pacientes mientras que el 33.9% (21) atienden de 11-15 pacientes. (GRAFICA 1)

Los resultados encontrados, que corresponden al indicador de Calidad dirigido a la Prevención y Tratamiento de LPP, aplicado a las enfermeras (os) de la muestra total, por cada ITEM, arrojo lo siguiente.

Donde en la dimensión de prevención, sobre si las enfermeras (os) efectúan cambios de posición cada dos horas, la frecuencia y el porcentaje, el 59.7% (37) contesto que si efectúan los cambios, el 38.7 (24) no efectúan cambios y el 1.6% (1) contesto al ítem no aplica. (GRAFICA 2)

La frecuencia y porcentaje de las enfermeras (os) que conservan la piel limpia del paciente, se encontró que el 80.6% (50) si conservan la piel limpia, 14.5% (9) no conservan la piel limpia y el 4.8% (3) respondió que

no aplica. (GRAFICA 3)

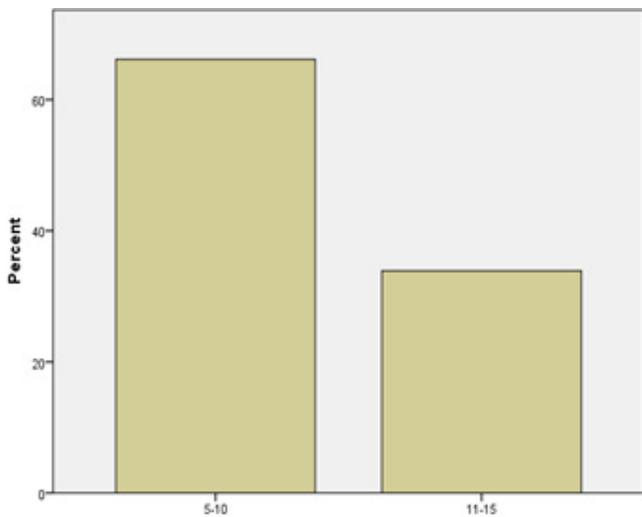
En cuanto a enfermeras (os) que instauran medidas mecánicas para mitigar la presión se encontró que el 80.6% (50) si instauran medidas, el 16.1% (10) no instauran medidas y el 3.2% (2) respondió que no aplica. (GRAFICA 4)

A cerca de las enfermeras (os) que disponen de material o equipo necesario la mayoría de ellas (os) 71% (44) no disponen de material necesario, el 24.2% (15) si disponen de material y el 4.8% (3) contesto que no aplica. (GRAFICA 5)

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NUMERO DE PACIENTES ASIGNADOS POR ENFERMERA (O)

Número de pacientes a su cuidado en este momento.

Tabla 1		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	5-10	41	66.1
	11-15	21	33.9
	Total	62	100.0



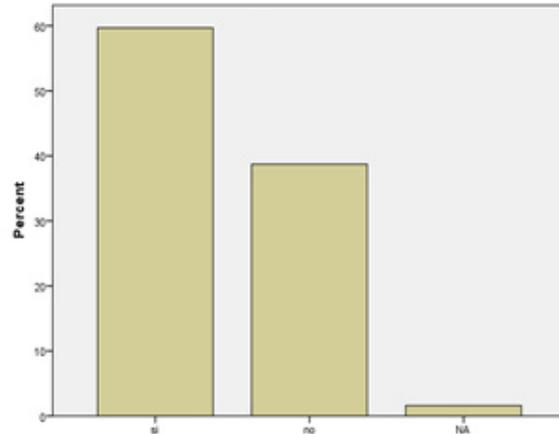
DESCRIPCIÓN: Los datos representados en la Gráfica anterior indican que el 66.1% (41) tienen a su cargo entre 5-10 pacientes mientras que el 33.9% (21) atienden de 11-15 pacientes.

Fuente: Investigación, Prevención y Cuidado de LPP por Enfermería en un Hospital Público (2018).

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NUMERO DE ENFERMERAS(OS) QUE EFECTUAN LOS CAMBIOS DE POSICION CADA DOS HORAS.

Efectúa cambios de posición cada dos horas.

Tabla 2		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	37	59.7
	No	24	38.7
	NA	1	.6
	Total	62	100.0



DESCRIPCIÓN: Los datos representados en la gráfica anterior indican que el 59.7% (37) de las enfermeras (os) si efectúan cambios de posición cada dos horas, mientras que el 38.7% (24) no los realizan.

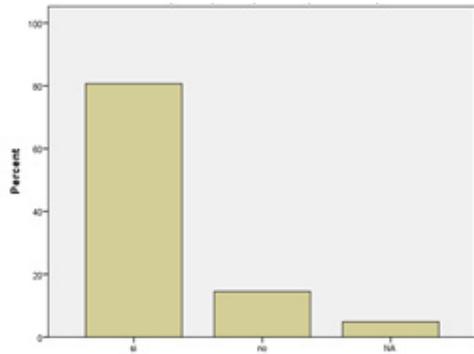
Fuente: Investigación, Prevención y Cuidado de LPP por Enfermería en un Hospital Público (2018).

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NUMERO DE ENFERMERAS(OS) QUE CONSERVAN LA PIEL LIMPIA DEL PACIENTE.

Conserva la piel limpia del paciente (baño diario).

Tabla 3		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	50	80.6
	No	9	14.5
	NA	3	4.8
	Total	62	100.0

GRAFICA 3:



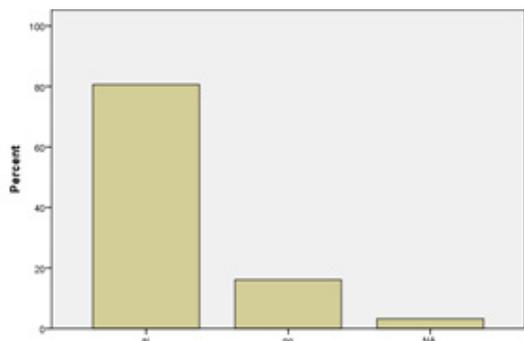
DESCRIPCIÓN: los datos representados en la gráfica anterior indican que el 80.6% (50) de las enfermeras (os) conservan la piel limpia del paciente, mientras que el 14.5% (9) no conservan la piel limpia.

Fuente: Investigación, Prevención y Cuidado de LPP por Enfermería en un Hospital Público (2018).

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS ENFERMERAS (OS) QUE INSTAURAN MEDIDAS MECANICAS PARA MITIGAR LA PRESION.

Instaura medidas mecanicas para mitigar la presión, como el uso de colchon de presion alterna u otros dispositivos.

Tabla 4		Frecuencia P	Porcentaje
Validos	Si	50 8	80.6
	No 1	0 1	1.6
	NA 2	3	4.8
	Total	62 1	100.0



DESCRIPCIÓN: Los datos representados en la gráfica anterior indican que el 80.6% (50) de las enfermeras (os) instauran medidas mecánicas para mitigar la presión, en cambio el 3.2% (2) no instauran medidas mecánicas.

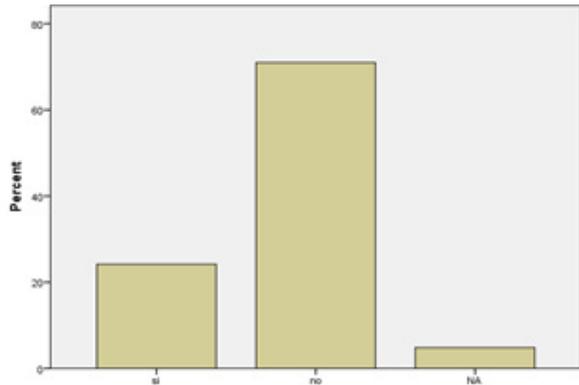
Fuente: Investigación, Prevención y Cuidado de LPP por Enfermería en un Hospital Público (2018).

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS ENFERMERAS (OS) QUE DISPONEN DE MATERIAL O

EQUIPO NECESARIO

Dispone de material o equipo necesario para prevenir las LPP.

Tabla 5		Frecuencia P	Porcentaje
Validos	Si	44 7	71.0
	No	3	4.8
	NA	15 2	24.2
	Total	62 1	100.0



DESCRIPCION: Los datos representados en la gráfica anterior indican que el 71.0% (44) de las enfermeras (os) disponen de material necesario para prevenir las LPP, en cambio el 4.8% (3) no disponen de material necesario para prevenir las LPP.

Fuente: Investigación, Prevención y Cuidado de LPP por Enfermería en un Hospital Público (2018).

Discusión:

La investigación se comparó con “la influencia de la calidad de atención de enfermería en la prevención de Ulceras por presión en una institución hospitalaria de tercer nivel” de autores Gonzalez y Ponce, 2016.

Un resultado muy relevante obtenido en ambos estudios fue que los profesionales de enfermería no logran cumplir con ciertos cuidados de las LPP, debido a la falta de insumos lo que impide que se brinde la prevención y cuidado, dado que en el estudio de Ponce el porcentaje fue de 35 % de no cumplimiento de los cuidados mientras que en esta investigación fue del 71.0% de no cumplimiento. Otro estudio realizado por Hernández 2009 sobre Prevención y cuidados de úlceras por presión en un Hospital de Barcelona menciona que el 75 % del personal de enfermería emplea medidas adecuadas de prevención, en el estudio de Flores realizado en la Ciudad de México fue el 74.4%, mientras que en esta investigación solo el 59.7% del personal realizan medidas preventivas.

Conclusión

El personal de enfermería del Hospital General Dr. Miguel Silva cuenta con un buen nivel de prevención y cuidado de LPP sin embargo no siempre se logra cumplir con ciertos cuidados esto debido a la falta de insumos por los cuales carece actualmente el Hospital. Lo que esta investigación aporta a la Ciencia de Enfermería es conocer la importancia que tiene el implementar programas de capacitación en las instituciones hospitalarias y en los servicios para que se capacite al personal de enfermería en cuanto a la prevención y cuidado de las lesiones.

De la misma manera incluir a familiares ya que son los cuidadores primarios de los pacientes y que por lo tanto conozcan las acciones preventivas y cuidados necesarios en este tipo de lesiones.

Referencias bibliográficas

Barón, M. (2015). Guía para la prevención y manejo de las upp y heridas crónicas. 16 de enero 2018, de ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad sitio web: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Preencion_UPP.pdf

Contreras, C. (2015). Prevención, Diagnóstico y Manejo de las úlceras por presión en el Adulto. 16 de Enero 2018, de Instituto Mexicano del Seguro URL:file:///C:/Users/Alondra%20Covarrubias/Desktop/ULCERAS_INTRAHOSP_EVR_CENETEC.pdf

Flores, I., De la Cruz, S., Ortega M., Hernandez, S., y Cabrera, M. (2010). Prevalencia de úlceras por presión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chavez. México. Revista mexicana de enfermería cardiológica, pp 13-17.

González, L., y Ponce, G. (2015). Influencia en la calidad de atención de enfermería en la prevención de úlceras por presión en una institución hospitalaria de tercer nivel. Rev Enferm Universitaria, pp.5-10.

Hernandez, J. (2009). Prevención y cuidados en úlceras por presión. Gerokomos, vol, 20, pp.132-140

Mejía, EM., Jiménez, MA., y Gálvez, R. (2015). Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención, enfermería universitaria. 12 (4):173-181.

Oliveira, M. (Ene.-Feb. 2015). Evaluación de las escalas de riesgo para úlcera por presión en pacientes críticos: una cohorte prospectiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 23, 28-35. URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00028.pdf

Stegensek, E. (2015). Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. 16 de Enero 2018, de Universidad Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Sitio web: : <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358744592002.pdf>

Tzuc, A. (2015). Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. 16 de enero 2018, de Universidad Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Sitio web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n4/1665-7063-eu-12-04-00204.pdf>

Zuñiga, C. (2014). Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional. Revista Enfermería Herediana , 7, 2.URL: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2566>

“ÚLCERAS POR PRESIÓN EN NEONATOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA”

María Antonieta Cuevas Peñaloza, Alejandra del Carmen Maciel Vilchis, Blanca Díaz Bernal, María de los Ángeles Monroy Martínez, Gloria Ángeles Ávila, “Y” José Enrique Alfonso Manzanet

macuevasp@gmail.com

Dra. en A.D. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Dra. en A.D. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Dra. en A.D. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Dra. en A.D. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Dra. en A.D. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Mtro. en Ciencias. Jefe del Departamento de Revistas Médicas Scielo Cuba.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la presencia de úlceras por presión durante el uso de ventilación mecánica en pacientes neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales en hospital de tercer nivel. **Instrumento:** Lista de cotejo basada en la Escala de Braden, agregando una sección para datos sociodemográficos de la madre y recién nacido. **Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo, realizado en 2017. La información se recopiló con la valoración de la Escala de Braden, a pacientes neonatos de 0 a 30 días, de hospitalización, por seis o más días con apoyo ventilatorio mecánico convencional o de alta frecuencia, monitorizados, con sensores para medir temperatura y saturación de oxígeno y uso de aparatos electromédicos, también, se consultaron los expedientes clínicos. Para procesar y analizar los datos, se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales determinando frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Las madres de los neonatos con lesiones en la piel tiene 16 y hasta 35 años de edad, un mínimo porcentaje llevó control prenatal, 60% son recién nacidos de 36 semanas de gestación o menos. La presencia de úlceras por presión en neonatos durante

el uso de ventilación mecánica fue de 66.7%, identificando que cada vez que se acumulen 6.6 días neonato con ventilación mecánica, existe la probabilidad de que se presente una úlcera por presión. **Conclusión:** El uso de ventilación mecánica en neonatos no es un factor que predisponga la aparición de úlceras por presión, los factores que condicionan el daño tisular son los relacionados a la falta de movilidad.

Palabras clave: úlceras por presión, neonato, ventilación mecánica

SUMMARY

Objective: To determine the presence of pressure ulcers during the use of mechanical ventilation in neonatal patients in the neonatal intensive care unit in third level hospital. **Instrument:** Checklist based on the Braden Scale, adding a section for sociodemographic data of the mother and newborn. **Material and methods:** Descriptive observational study, carried out in 2017. The information was collected with the assessment of the Braden Scale, to neonatal patients from 0 to 30 days, of hospitalization, for six or more days with conventional or high mechanical ventilatory support. frequency, monitored, with sensors to measure temperature and oxygen saturation and use of electromedical devices, also, clinical files were consulted. To process and analyze the data, the statistical package for social sciences was used, determining frequencies and percentages. **Results:** Mothers of neonates with skin lesions are 16 and up to 35 years of age, a minimum percentage carried prenatal control, 60% are newborns of 36 weeks of gestation or less. The presence of pressure ulcers in neonates during the use of mechanical ventilation was 66.7%, identifying that each time 6.6 days with mechanical ventilation are accumulated, there is a probability that a pressure ulcer is present. **Conclusion:** The use of mechanical ventilation in neonates is not a factor that predisposes the appearance of pressure ulcers, the factors that condition tissue damage are those related to the lack of mobility.

Key words: pressure ulcers, neonatal, mechanical ventilation.

INTRODUCCIÓN

Los neonatos prematuros o a término, con patologías al nacimiento son ingresados a unidad de terapia intensiva neonatal (UCIN), con el fin de aumentar su supervivencia a base de procedimientos invasivos que a la vez aumentan el riesgo y posibilidad de daños innecesarios como eventos adversos, entre los cuales se encuentra el desarrollo de úlceras por presión (UPP).

Los neonatos son un grupo muy vulnerable y con alto riesgo de presentar lesiones en la piel que son el factor de inicio para desarrollar UPP, debido a: la inmadurez de la piel, el compromiso de la perfusión, la disminución de la movilidad por el mal uso de protocolos de manipulación mínima o una inadecuada implementación de ellos, la retención de líquidos, la presencia de humedad, el uso de aparatos electromédicos, sobre todo los ventiladores mecánicos, que limitan parcialmente la movilización por el temor se extubarse, son factores que aumentan el riesgo de presentar lesiones tisulares e iniciar con la aparición de la UPP.

En tal sentido, la piel, es el órgano más grande del cuerpo humano, que envuelve estructuras como tejidos y órganos. Este órgano tiene una amplia gama de funciones: actúa como barrera protectora contra agentes externos, protege de abrasiones, de pérdidas de líquido, de sustancias nocivas y microorganismos invasores, regula la temperatura corporal, además, relaciona al cuerpo humano con el medio ambiente a través del tacto.

Asimismo, la piel del recién nacido (RN) es muy lábil, sensible y delicada debido a sus características de inmadurez, más aún si se trata de un RN prematuro extremo; tanto el RN a término como el RN prematuro, tienen riesgo de presentar complicaciones en el momento del nacimiento; las patologías más frecuentes en los RN son las asociadas a las vías respiratorias, que van desde transitorias hasta las que requieren permanencia en el hospital, por la necesidad de tratamiento con ventilación mecánica ya sea convencional o de alta frecuencia, según sea la sintomatología presentada.

La ventilación mecánica en pacientes neonatos implica poca movilidad, dadas las características particulares del ventilador utilizado, además, del uso de medicamentos sedantes y relajantes para la estabilidad y mejor manejo del paciente intubado, por lo que su movilización queda a cargo del cuidador y el riesgo

de lesión tisular es latente. La presión es la causa primaria de la aparición de lesiones tisulares, la cual no comprende una enfermedad en sí, sino una condición externa, cuya acción es favorecida por diversos factores: I) intrínsecos; como los extremos en la edad, el estado nutricional y la presencia de alteraciones en la movilidad; y II) extrínsecos identificados como la exposición de la piel a la humedad y a las fuerzas de fricción y cizalla (Stegensek, 2015, p. 175).

Atendiendo al problema, en octubre de 2007, la Organización Panamericana de la Salud, para favorecer la seguridad del paciente, instituyó en el Sistema Nacional de Indicadores de Salud (INDICAS) el indicador de calidad de prevención de UPP, debido a que la UPP es evitable hasta en un 95%. De acuerdo con Tzuc-Guardia, el uso de las Escalas de Valoración de Riesgo de UPP (EVRUPP) es uno de los objetivos prioritarios de su prevención y debe contemplarse en el proceso atención de enfermería, para reducir la incidencia en el paciente hospitalizado (Tzuc, 2015, p. 206). La mayoría de los pacientes con UPP, ingresan por causas ajenas a éstas, además, son una fuente de sufrimiento añadido, que causan: disminución de la calidad de vida del paciente, agravamiento de su estado general, disminución de su esperanza de vida, prolongación de la estancia hospitalaria y sobrecarga de trabajo para el personal de enfermería (Aparicio, 2010, p. 9).

La UCIN, es un área para la atención de RN con diversas patologías y tratamientos de soporte vital; fármacos, sedación continua, y dispositivos (catéteres, drenajes, sondas, entre otros), que condiciona una mayor vulnerabilidad del paciente. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) en neonatos obliga al uso de la ventilación mecánica, ya sea convencional o de alta frecuencia, por lo que el neonato debe permanecer mayor tiempo en decúbito dorsal y discretamente decúbito lateral izquierdo o derecho, haciendo presión importante en prominencias óseas, lo que puede desencadenar lesión tisular, dada la prematurez y labilidad de la piel de estos RN favoreciendo el desarrollo de UPP.

Los sensores para oximetría cuando se dejan apretados y no se rotan con frecuencia, suelen ocasionar lesiones tisulares, que evolucionan a la aparición de UPP, si bien es cierto que, las lesiones suelen ser pequeñas, son un factor de riesgo importante que puede desencadenar alguna infección.

Prevenir las UPP en los neonatos hospitalizados en la UCIN evitaría una causa importante de morbilidad, considerando el alto riesgo de infección por su difícil manejo y el dolor permanente que producen, aunado al estrés en el neonato y provocando desequilibrio hemodinámico, que aumenta el tiempo de estancia hospitalaria, además, repercute en un impacto económico, lo que representa un elevado consumo de recursos para la Institución de Salud, sin olvidar las posibles consecuencias legales.

En algunas ocasiones la manipulación mínima es mal entendida por personal de enfermería, considerando que no se debe movilizar al neonato, sin embargo, esta técnica no significa inmovilización total del paciente, se refiere a concentrar la mayor cantidad de técnicas en una sola intervención, procurando potenciar mayores periodos de descanso y tranquilidad al RN y con ello facilitar su desarrollo cognitivo y psicomotor. El baño es el momento preciso donde el profesional sanitario manipula al neonato limpiando y observando la piel del RN. Pero también es un momento donde la piel del RN en riesgo o el RNPT, puede sufrir una mayor agresión entre ellas el aumento del PH, el cambio de temperatura corporal. También, la humedad es un factor predisponente a la presencia de lesiones en la piel del neonato.

Determinar la presencia de úlceras por presión durante el uso de ventilación mecánica en pacientes neonatos en la UCIN de un hospital de tercer nivel permitirá proyectar debidamente el crecimiento o decrecimiento de casos de UPP y así crear estrategias de prevención, evitando con ello el riesgo de infecciones y de lesiones innecesarias que incrementen el riesgo de vida del RN.

En México, un estudio publicado en 2013 por Vela, que se realizó en 14 unidades de primer nivel de atención, señaló que el costo unitario de atención a las UPP ascendía a \$687.00 a la semana y \$20,748 al mes. Aunado a esto, los aspectos epidemiológicos de las UPP en México han enmarcado la necesidad de que cada unidad de salud evalúe el comportamiento e impacto de éstas, con sus propios recursos y tomando en cuenta las características de la población a la que prestan sus servicios (Stegensek, 2015, p. 175).

Cabe resaltar que la población pediátrica también es afectada, al respecto; la incidencia, prevalencia y costo de la prevención y tratamiento de Úlceras Por Presión en esta población es de relevancia y debe ser prioridad en pacientes en estado crítico, debido a que investiga-

ciones revelan una incidencia de 16.9% a 27.0% en unidades de cuidado intensivo pediátrico (UCIP) en diferentes hospitales (Aparicio, 2010, p. 9). Derivado de lo anterior, es relevante estudiar a los neonatos hospitalizados en UCIN ya que se encuentran bajo responsabilidad y cuidado del equipo de salud, el cual tiene autonomía en la prevención de eventos adversos. Al respecto la Secretaría de Salud, la Comisión Permanente de Enfermería juntamente con otros órganos colegiados, mantienen a la vanguardia a los profesionales de enfermería, haciendo siempre manifiesta la prevención de lesiones tisulares que son el inicio de la úlcera por presión en pacientes hospitalizados, limitados parcialmente en su movilización.

Con el propósito de contribuir a dar solución a esta condición, se determinó que era necesario conocer la magnitud de las UPP como uno de los eventos adversos que se presentan en el país a partir de la aplicación de una encuesta nacional, y cuantificar el problema que, de acuerdo con Pam Hibbs, antes de la década de los ochenta se consideró como “una epidemia debajo de las sábanas”, lo cual ilustra de manera didáctica la epidemiología de las UPP. Por tanto, se considera de vital

interés conocer el valor real de un evento adverso como las UPP, factor que contribuye a elevar los índices de morbilidad y mortalidad, situación que no debiera presentarse en los servicios de salud, especialmente cuando el evento es prevenible (Ortells, 2012, s/p).

Desarrollar una cultura de seguridad es un elemento clave para mejorar la calidad asistencial. El tema de calidad y seguridad de los pacientes en los últimos 20 años ha tenido relevancia en la conformación de políticas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 109ª reunión, dedicada a la Calidad de la Atención y la Seguridad del Paciente, recalcó: las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño.

La seguridad del paciente sin duda se sitúa en el centro de los debates públicos debido al alto índice de eventos adversos dentro del ámbito hospitalario. Estos pueden ser causa de muerte, invalidez, desajustes económicos o juicios contra profesionales de la salud. La OMS hizo mención de los estudios realizados por el Instituto de Medicina de Harvard, en donde se estimó que 4 % de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital, 70% de los eventos adversos provoca incapaci-

cidad temporal y 14% de los incidentes son mortales. Además, los errores médicos causan entre 44 000 y 98 000 defunciones por año en los hospitales de los Estados Unidos de América.

OBJETIVO

Determinar la presencia de úlceras por presión durante el uso de ventilación mecánica en pacientes neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital de tercer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación tiene un enfoque metodológico, observacional descriptivo, realizado en 2017. Se registraron los acontecimientos, sin intervenir en el curso natural de éstos, describiendo los hechos observados durante las intervenciones que el personal de enfermería ejecutaba a los neonatos con ventilación mecánica convencional o de alta frecuencia durante las primeras horas de la jornada laboral. Pertenece a la línea de investigación; proceso de enfermería en el área clínica.

El universo de estudio fueron RN hospitalizados en el área de neonatología (81 neonatos), el tipo de muestreo fue no probabilístico a criterio del investigador, la muestra estuvo constituida por 15 neonatos hospitalizados en la UCIN, con apoyo ventilatorio mecánico convencional o de alta frecuencia. El instrumento de recolección de información fue una lista de cotejo basada en la valoración de la Escala de Braden, agregando una sección para datos sociodemográficos de la madre y del RN. La fiabilidad se constató con el Alfa de Cronbach, obteniendo un resultado bueno de 0.80. La técnica empleada fue a través de la observación no participante observando al personal de enfermería asignado a la UCIN y que a su cuidado tuviera RN con ventilación mecánica.

Para la integración del marco teórico, fue a través de la revisión de información documental de libros y artículos científicos y bases de datos como Redalyc y Scielo, referente a las medidas preventivas y las escalas más utilizadas para la prevención de UPP e investigaciones en pacientes neonatos sometidos a ventilación mecánica.

Para realizar la observación, se llegaba diez minutos antes de la entrega y recepción de pacientes, seleccionando a los neonatos con ventilación mecánica convencional y de alta frecuencia. Posterior a ello se llevó a cabo la observación en el momento de la atención

al neonato (enfermera-neonato), considerando al paciente con edad de 0 a 30 días, con aparatos electro-médicos (ventilador mecánico, bombas de infusión, fototerapia), con dispositivos para monitorización (sensor de temperatura, sensor de saturación de oxígeno, brazaletes para toma de presión arterial), accesos endovenosos (central, umbilical o periférico) y sondas (orogástrica, gastrostomía, pleural, vesical). Se observaron las actividades e intervenciones del personal de enfermería, en el cuidado del neonato de manera discreta y sin previo aviso de la visita, haciendo especial énfasis en la atención en el baño o aseo del paciente, en el secado de su piel, la aplicación de productos lubricantes, el cambio de sábanas del colchón de las cunas radiantes, en la colocación de almohadillas, cambios de posición y la frecuencia con las que se realizaban, el aspirado de secreciones y la rotación de dispositivos para toma de signos vitales.

Cabe aclarar que, para la obtención de los datos sociodemográficos de la muestra de estudio, se consultaron los expedientes clínicos. Una vez obtenida la información se realizaron las anotaciones correspondientes en la lista de cotejo, procediendo al tratamiento estadístico de la información.

Concluida la información se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel para proceder al recuento y análisis de resultados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 23 a través de cuadros de frecuencia y porcentajes de cada una de las variables estudiadas, obteniendo así correlaciones significativas a través de la prueba de Chi cuadrada para cada una de las variables, teniendo como eje principal lesiones en la piel, que son el inicio para desarrollar UPP.

En cuanto al aspecto bioético, con base al Art. 17 del Reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, la presente investigación es considerada sin riesgo ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental en los que no se realiza ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. En tal sentido y atendiendo al Art. 23 del mismo Reglamento, se dispensa el consentimiento informado ya que a la letra dice: tratándose de investigaciones sin riesgo, se podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

RESULTADOS

La investigación mostró que el género femenino predomina con el 60.0%. Respecto a la aparición de lesiones titulares en neonatos hospitalizados durante el uso de ventilación mecánica, el estudio reveló que 66.7% de la muestra presentó lesiones en la piel, por ello, se deduce que cada vez que se acumulen seis puntos, seis días neonato con ventilación mecánica existe la probabilidad de que se presente una UPP.

Referente a la edad de las madres de los pacientes 60% madres de entre 16 y 26 años. De las madres de los neonatos con ventilación mecánica solo el 26.7% llevó control prenatal durante su embarazo.

En cuanto a la edad gestacional, 66.7% presentaron lesiones en la piel, de los cuales el 26.7% corresponde a RN de 36 o más semanas de gestación, 40.0% incumbe a pacientes con menos de 36 semanas de gestación. Por lo que podemos concluir que los neonatos de 36 o menos semanas de gestación, tienen 60% más probabilidad de desarrollar lesiones en la piel con respecto a los neonatos nacidos con más de 36 semanas de gestación.

40.0% con peso menor a dos kilogramos y 26.7% con peso mayor a dos kg, presentaron lesiones en la piel, por lo tanto, el peso no es significativo en los recién nacidos para desencadenar lesiones tisulares. Los neonatos que se encuentran en ayuno tienen 60% más probabilidad de presentar lesiones en la piel que los que son alimentados con fórmula materna o leche humana.

Referente a la relación que tiene el RN con ventilación mecánica por más de 72 hrs., y la presencia de UPP, en 46.7% existe lesión tisular, además 20.0% de los neonatos sometidos a ventilación mecánica con menos de 72 hrs., también presentaron UPP. Por ello, los RN con ventilación mecánica por más de 72 hrs., tienen 15% más probabilidad de presentar lesiones en la piel, en comparación con los neonatos que tienen menos de 72 horas con ventilación mecánica.

Con relación al uso de sonda orogástrica para alimentación o drenaje en neonatos con ventilación mecánica y el riesgo de desarrollo de UPP, el 66.6% presentaron lesiones en la piel y 33.4% no presentaron. De acuerdo con el resultado del estudio, la presencia de sonda instalada como riesgo de desarrollar UPP, no tiene significancia.

Valorar el llenado capilar en los neonatos con ventilación mecánica, es de suma importancia, al respecto el 66.6% de los pacientes estudiados presentaron UPP; de estos 40.0% tenían un llenado capilar igual a dos segundos, mientras que el 26.6% no. Por lo tanto, se infiere que los neonatos que tienen llenado capilar mayor a dos segundos tienen 60% más posibilidad de desarrollar UPP.

Respecto a los cambios de posición para evitar lesiones en la piel de los neonatos con ventilación mecánica, el 40% no reciben cambios de posición cada dos o tres horas y desarrollaron UPP, en contraposición el 26.7% reciben cambios de posición cada dos o tres horas y presentaron UPP; derivado de ello, se supone que a los neonatos que cambian de posición después de tres horas tienen 60% más probabilidad de presentar lesiones en la piel que los neonatos que reciben cambios posturales cada 2 o 3hrs.

Con relación al baño diario y a la presencia de UPP en los recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, 53.4% recibe baño diario y presentó lesiones en la piel, el 13.3% no reciben baño diario y presentaron lesiones en la piel y el 20% que no se les baña diario no desarrolló lesiones. De acuerdo con la estimación de riesgo, los neonatos a quienes se les baña diario tienen 68% más de probabilidad de desarrollar lesiones en la piel, (la piel del RN no es secada correctamente, friccionan bruscamente) en comparación con los neonatos que no reciben baño diario.

De acuerdo con los resultados, la estimación de riesgo reveló que los neonatos a los que no se les lubrica la piel tienen 60% más probabilidad de desarrollar lesión en la piel. Los neonatos inmovilizados que no reciben masaje en prominencias óseas tienen 17% más probabilidad de presentar lesiones en la piel. Los neonatos que no reciben rotación de brazaletes ni de sensores tienen 2.4 veces más riesgo de presentar lesiones en la piel que quienes reciben rotación de sensores y brazaletes durante la atención de enfermería.

La probabilidad de que se desarrollen lesiones en la piel de los neonatos con más de seis días de hospitalización es 7.3 veces más, que en los neonatos hospitalizados con menos de seis días de hospitalización.

Respecto al nacimiento los neonatos nacidos por operación cesárea tienen 2.4 veces más posibilidad de presentar lesiones en la piel, que los nacidos por parto eutócico.

Los neonatos que no son valorados con la escala Braden durante la atención de enfermería, tienen mayor probabilidad de presentar lesiones en la piel, dado que, al no valorar correctamente al recién nacido, el profesional de enfermería no puede detectar a tiempo las zonas en riesgo.

DISCUSIÓN

Es responsabilidad del profesional de enfermería, ofrecer una atención integral al individuo, a la familia y a la comunidad, en tal sentido, en los últimos años se ha incrementado el interés por las autoridades de los servicios de salud, al instaurar sistemas seguros que brinden atención con calidad al servicio de los usuarios.

Un estudio; “Cuidados de la piel del niño y factores de riesgo para desarrollar Úlceras Por Presión” calificó el mayor porcentaje con alto nivel de riesgo, (Aparicio 2010, p.13), resultados que establecen semejanzas con la investigación realizada, dado que los resultados obtenidos en los neonatos hospitalizados durante el uso de ventilación mecánica tiene un elevado porcentaje.

García y colaboradores en 2015, afirmaron que el neonato ingresado a la unidad de cuidados intensivos tiene casi 15 veces más riesgo de padecer una úlcera por presión que el neonato ingresado a cuidados intermedios y hasta casi cinco veces más riesgo ante una edad gestacional menor a 36 semanas, lo cual coincide con los resultados de esta investigación puesto que un alto porcentaje de RN durante la investigación requirió ventilación mecánica y quienes presentaron más lesiones en la piel fueron neonatos de menos de 36 semanas de gestación (García, 2015).

Bernal afirma, que de los recién nacidos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos el 100% tienen un nivel de adaptación comprometido por tener algún grado de riesgo de presentar UPP, ya que, mediante la evaluación periódica de la piel en todos los pacientes de alto riesgo se observó la aparición de zonas de presión en un estado temprano (Bernal, 2004, p.15). En comparación con la presente investigación un alto porcentaje de los RN con ventilación mecánica presentaron lesiones en la piel.

CONCLUSIONES

Referente a la presencia de UPP durante el uso de ventilación mecánica en neonatos en la UCIN de un hospital de especialidad, el estudio reveló que 66.7% de los pacientes hospitalizados con necesidad de ventilación mecánica, presentaron lesiones en la piel que indican el desarrollo de una UPP.

En cuanto a los datos sociodemográficos de los neonatos con ventilación mecánica hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, la edad de sus madres osciló entre los 16 y hasta 35 años de edad, de ellas solamente el 26.7% llevaron control prenatal y son madres de recién nacidos de pretermino; por otra parte, predominaron los recién nacidos de 36 semanas de gestación o menos, los cuales representan el 66.7% de la población estudiada, asimismo aventajo con el 60% el género femenino y los recién nacidos con peso igual o menor a dos kilogramos.

El estudio reveló que los factores de riesgo para desarrollar Úlceras Por Presión en el neonato con ventilación mecánica son: la falta de control prenatal, dado que durante el embarazo se pueden desencadenar enfermedades que propician partos prematuros, siendo la edad gestacional un factor de riesgo. También son factores de riesgo: el peso, el ayuno, los tratamientos invasivos como la instalación de catéteres, el uso de tapón auditivo y antifaz, el uso de sonda orogástrica, la falta de baño diario y de lubricación de la piel, friccionar la piel del recién nacido posterior al baño, la presencia de sábanas con pliegues, el llenado capilar mayor a dos segundos; así como también, la falta de cambios posturales, la sedación, el no rotar los sensores para oximetría y los brazaletes para toma de presión arterial.

La escala de Braden es utilizada o aplicada en un mínimo porcentaje por el personal de enfermería, durante la atención proporcionada al neonato con ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

REFERENCIAS

Aparicio Santiago, G. L., Ponce Gómez, G., & Carmo-
na Mejía, B., (2010). Cuidados a la piel del niño y fac-
tores de riesgo para desarrollar Úlceras Por Presión.
Revista Enfermería Universitaria, ENEO, México.
[Consultado 12/11/16]

Bernal Bellon, A. C. & Nieto Torres, M. C., (2004). Úl-
ceras Por Presión en niños. Aquichán [online]. [Con-
sultado 15/01/18]

García Molina, P., (2015). Adaptación cultural y va-
lidación de la escala de valoración de riesgo de Úlce-
ras Por Presión en neonatos hospitalizados (Neonatal
Skin Risk Assessment Scale). Departamento de En-
fermería Comunitaria Alicante, España. [Consultado
04/04/17]

García Molina, P., Gil Hermoso, M., Balaguer López,
E., Jose Aibarra, A., Quesada Ramos, C., Verdú So-
riano, J. & Salazar Llano, B., (2012). Informe de resul-
tados: Análisis del riesgo de Úlceras Por Presión en
neonatos hospitalizados mediante una nueva escala
de valoración. Fomento de la Investigación sanitaria
en la Comunitat Valenciana, Valencia. [Consultado
10/10/16]

Ortells Abuye, N. & Paguina Marcos, M., (2012). In-
dicadores de calidad y seguridad del paciente en la
enfermería de urgencias un valor seguro. Revista elec-
trónica trimestral de Enfermería scielo, copyright. Es-
paña. [Consultado 27/12/17]

Stegensek Mejía, E. M., Jiménez Mendoza, A., Romero
Gálvez, L. & Aparicio Aguilar, A., (2015). Úlceras Por
Presión en diversos servicios de un hospital de segun-
do nivel de atención, Revista Enfermería Universita-
ria, Universidad Nacional Autónoma de México, Mé-
xico. [Consultado 03/03/17]

Tzuc-Guardia, A., Vega-Morales, E. & Collín-Nove-
lo, L., (2015). Nivel de riesgo y aparición de Úlceras
Por Presión en pacientes en estado crítico, Enfer-
mería Universitaria, Merida, Yucatan. [Consultado
04/0/317]

“VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO CORRECTO Y LLENADO DE LA HOJA DE CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDA”

María de los ángeles Monroy Martínez, Gloria Ángeles Ávila, María Antonieta Cuevas Peñaloza, Blanca Díaz Bernal, Alejandra del Carmen Maciel Vilchis y Rafael Antonio Estévez Ramos
mamonroym@uaemex.mx

Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México

Introducción. En el marco de los esfuerzos desplegados por la organización mundial de la salud (OMS), por reducir el número de defunciones de origen quirúrgicos en todo el mundo, el departamento de seguridad del paciente de la OMS, creó el programa “la cirugía segura salva vidas”. El programa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad. **Objetivo.** Verificar el cumplimiento de la hoja de cirugía segura; en el hospital en Metepec estado de México.

Material y métodos. es un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y transversal, instrumento de recolección de datos, consta de una lista de verificación la cual refleja tres momentos antes de la inducción de la anestesia (entrada), antes de la incisión cutánea (pausa quirúrgica), antes de que el paciente salga de quirófano (salida).

Resultados. Se verifico que los cirujanos cumplen con 86% al firmar la hoja de cirugía segura y un 14% le da poca importancia en la firma de la lista de chequeo, mientras que los profesionales de enfermería cumplen en un 96% y solo un 4% no cumple.

Conclusiones. Con la verificación de la hoja de cirugía segura encontramos que existen deficiencias para el cumplimiento correcto de la misma aun cuando se lleva a cabo en un 80%, es necesario eliminar las omisiones de algún rubro para seguridad tanto de los pacientes como del equipo quirúrgico.

Palabras clave: verificación, cumplimiento, cirugía segura.

Introduction. In the framework of the efforts made by the World Health Organization (WHO), to reduce the number of surgical origin deaths worldwide, the WHO Patient Safety Department created the program “safe surgery saves lives.” The program aims to take advantage of political commitment and clinical will to

address important security issues.

Objective. Verify compliance with the safe surgery sheet; at the hospital in Metepec state of Mexico.

Material and methods. Is a study with a descriptive and transversal quantitative approach, data collection instrument, consists of a checklist which reflects three moments before the induction of anesthesia (entry), before the cutaneous incision (surgical pause), before the patient leaves the operating room (exit).

Results. It was verified that the surgeons comply with 86% when signing the secure surgery sheet and 14% give little importance in the signature of the checklist, while the nursing professionals meet 96% and only 4% do not comply.

Conclusions. With the verification of the safe surgical sheet we found that there are deficiencies for the correct fulfillment of the same even when it is carried out in 80%, it is necessary to eliminate the omissions of some item for the safety of both the patients and the surgical team.

Key words: verification, compliance, safe surgery.

Introducción

En el marco de los esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por reducir el número de defunciones de origen quirúrgicos en todo el mundo, el departamento de Seguridad del Paciente de la OMS, creó el programa “La Cirugía Segura Salva Vidas”. (Salud, 2009)

El programa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésica, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.

Se ha comprobado que estos problemas son un riesgo mortal y pueden evitarse. (Salud, 2009)

La “Seguridad del Paciente” se define como la “ausencia o reducción, a nivel mínimo aceptable del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria”. Una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos: Identificar procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces, garantizar que se apliquen a quien los necesita y que se realicen correctamente y sin errores.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a todo nivel de desarrollo. Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el implante equivocado, o la persona equivocada) son poco frecuentes, pero no son un evento “raro”. Se consideran incidentes evitables, que en gran parte son el resultado de una mala comunicación y de una información no disponible o incorrecta.

La OMS establece que todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica de los hospitales si usan la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) o instrumentos similares y si establecen una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos. La OMS establece la LVSC como una herramienta para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. (Gutierrez-Fernández R, Fernández-Martín J, 2010)

El profesional de enfermería debe estar comprometido con los pacientes para brindar un ambiente seguro, en el cual el paciente pueda tener confianza de no sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad.

Esta investigación se centró la verificación del cumplimiento correcto y llenado de la hoja de cirugía segura salva vida, debido a que en esta unidad hospitalaria se atiende a un número considerable de población para intervención quirúrgica, y muchas veces se carece de una valoración integral por parte del equipo multidisciplinario, basándose el cumplimiento correcto y llenado de la hoja de cirugía segura.

Tiene como objetivo principal; Verificar el cumplimiento de la hoja de cirugía segura; en un hospital en Metepec Estado de México. Lo cual permitirá generar beneficios a los diversos sectores inmersos en la aten-

ción de esta población.

Se compone de tres capítulos: el primero de abordan el quirófano, áreas quirúrgicas; así como las funciones, en el segundo capítulo se describen las metas internacionales sobre la seguridad del paciente y el programa de cirugía segura salva vidas. En el tercer capítulo se encuentra descrito, la institución donde se realizó la investigación.

La presente investigación, tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-transversal, el muestreo fue no probabilístico. Se dividió en tres fases: Fase I teórica, donde se hizo la revisión de fuentes de información para la fundamentación teórica. Fase II empírica, donde se describe el procedimiento de recolección de datos. Por último, la Fase III analítica, donde se procesaron los resultados. Finalmente se mencionan las diversas fuentes bibliográficas donde se sustenta la información y los resultados obtenidos en la recolección de datos.

Planteamiento del problema

La seguridad del paciente es un componente esencial de la gestión de los riesgos. Para alcanzar una atención sanitaria más segura se precisa un cambio de la cultura de los profesionales. La “Seguridad del Paciente” se define como la “ausencia o reducción, a nivel mínimo aceptable del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria”.

En los quirófanos se ha mantenido un distanciamiento entre los profesionales que conforman el equipo quirúrgico, y se ha dejado de lado la seguridad y bienestar del paciente. La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a todo nivel de desarrollo. Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el implante equivocado, o la persona equivocada) son poco frecuentes, pero no son un evento “raro”. Se consideran incidentes evitables.

Es por esto que este estudio intenta verificar la aplicación de la lista de chequeo de la seguridad de la cirugía establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Alianza Mundial para la la seguridad del paciente, 2008)

El riesgo de complicaciones está poco caracterizada en muchas partes del mundo. Se estima que a nivel mundial un 25% de los pacientes sometidos a cirugía

sufren complicaciones postoperatorias; entre el 2 y 5 % contraen algún tipo infección en sitio de operación, y del total de los eventos adversos reportados, la mitad se asocia a procedimientos quirúrgicos. Estas tasas se considera que pueden ser mucho mayores en países en vías de desarrollo. Por lo tanto, la atención quirúrgica y sus complicaciones representan una carga sustancial de enfermedad y un problema de salud pública a nivel mundial. Afortunadamente, la mayoría de estas complicaciones son potencialmente prevenibles en todos los países y entornos. (Enriqueta Baridó, Alethse De la Torre, Alejandro E. Macias, 2012)

La lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensado como una herramienta práctica y fácil de usar para los clínicos y reducir el número de complicaciones. La OMS establece la LVSC como una herramienta para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. (Alianza Mundial para la la seguridad del paciente, 2008)

Es por ello que en el Hospital de Metepec Estado de México se utiliza la hoja de cirugía segura durante los actos quirúrgicos, pero es necesario que se realice su llenado de forma correcta así como corroborar que cada uno de los criterios establecidos en el formato se cumplan de forma precisa y oportuna para evitar eventos adversos que ponga en peligro la vida del paciente y de esta forma brindar una atención segura; y surge la interrogante.

¿Se cumple el correcto llenado la hoja de cirugía segura en el área quirúrgica del Hospital en Metepec, Estado de México?

Justificación

La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud. En junio del 2008, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente lanzó su segundo reto de seguridad: La campaña “Cirugía Segura Salva Vidas”; cuyo propósito es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país. (Alianza Mundial para la la seguridad del paciente, 2008)

Tras el lanzamiento de la campaña de la OMS se implementa la aplicación de la lista de chequeos en todos los procedimientos quirúrgicos. La inclusión de cada medida de control en la lista de verificación está basada en pruebas clínicas o en la opinión de expertos de

que dicha inclusión, reducirá la posibilidad de daño quirúrgico grave evitable.

La lista está pensada como herramientas para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos, y aun mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

En 2009 se publicó un estudio que incluyó varios centros en diferentes países, que tenía la hipótesis de que la implementación de esta lista de verificación y los cambios culturales asociados reducirían las tasas de mortalidad y complicaciones mayores después de la cirugía en diversos entornos. Se analizaron los datos de 3,733 pacientes de 16 años o mayores, que fueron sometidos a cirugía no cardíaca. El punto final primario de evaluación del estudio fue la tasa de complicaciones, incluida la muerte, durante la hospitalización dentro de los primeros 30 días después de la operación. La tasa de mortalidad fue del 1.5% antes de la lista de verificación y se logró disminuir a 0.8% después de su implementación, de manera similar también se observó una disminución de 11% a 7% del total de complicaciones, resultados que apoyaron la hipótesis inicial, la lista de verificación efectivamente salva vidas y reduce complicaciones.

El 9 de diciembre de 2009 en la Academia Mexicana de Cirugía el Dr. José Ángel Córdoba Villalobos, en ese entonces Secretario de Salud, realizó el lanzamiento en México de la Campaña Sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas” en presencia de las instituciones del Sector Salud.

La presente investigación resulta importante, dado que en la actualidad, existe carencia de estudios sobre el presente tema tanto a nivel regional, nacional como a nivel mundial, y dada la relevancia del significado, beneficios de su cumplimiento y perjuicios de la omisión de la lista de chequeo de cirugía segura, es conveniente realizar un estudio sobre el nivel de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital de Metepec Estado de México, para conocer como ejecutan la mencionada lista de chequeo y que factores predisponen el incumplimiento de dicha estrategia.

Objetivo general

Verificar el cumplimiento de la hoja de cirugía segura; en el Hospital en Metepec Estado de México.

Objetivos específicos:

Identificar si se aplica la lista de verificación de cirugía segura

Identificar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura antes de la inducción anestésica.

Identificar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura antes de la incisión de la piel o pausa quirúrgica.

Identificar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura antes de que el paciente abandone el quirófano.

Diseño metodológico

El enfoque de estudio de esta investigación fue cuantitativo, transversal de tipo descriptivo y la línea de investigación proceso de enfermería en el área clínica. Cuantitativo: enfoque de investigación que usa la recolección de datos en base a la medición numérica y el análisis estadístico para verificar el correcto llenado la hoja de cirugía segura. Descriptivo: en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga. Transversal: porque la investigación se realizó en un solo momento y en un tiempo determinado. (Hernández Sampieri R.; Fernández Collado, C. y Baptista P. , 2015) La línea de investigación será proceso de enfermería en el área clínica.

El universo de estudio, Hospital en Metepec, Estado de México. Muestra: personal que se encuentra asignado al quirófano en los turnos matutino y vespertino. El muestreo fue no probabilístico a criterio del investigador. (Castañeda, 2011: 117).

Técnica de recolección de datos: Se realizó a través de la hoja de cirugía segura. Instrumento de recolección de datos: Consta de una lista de verificación la cual está formada de tres momentos antes de la inducción de la anestesia (entrada), antes de la incisión cutánea (pausa quirúrgica), antes de que el paciente salga de quirófano (salida).

Criterios de inclusión: Profesional de enfermería adscrito al área de quirófano, que sea de base, que pertenezca al turno matutino o vespertino.

Criterios de exclusión: Personal de enfermería que no acepte participar.

Fases de investigación:

Fase teórica: Para estructurar el marco referencial y teórico se investigó en la biblioteca digital accedendo a base de datos como lo son: Redalyc, Elsevier, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, y se asistirá a la biblioteca de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, UAEMex.

Las palabras claves para la búsqueda de la información fueron: verificación, cumplimiento y cirugía segura.

Fase empírica: Se solicitó la autorización del área de enseñanza de la institución para la aplicación de los instrumentos. Posteriormente, se le hizo una invitación al profesional de enfermería para participar, se le proporciono un consentimiento informado, donde se especifican las características de la investigación, una vez aclarados se solicitó el nombre y la firma de autorización, y se procedió con la aplicación del instrumento.

Fase analítica: Se utilizó el programa Excel para obtener el análisis de los resultados, los datos se presentan en cuadros y gráficas, a partir de ellos se realizó la descripción y discusión: con ello se formulan conclusiones que dan respuesta a los objetivos y se emiten sugerencias.

Los aspectos bioéticos implícitos en esta investigación son los siguientes:

Ley General de Salud en México, que en su título quinto, artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. (Secretaría de Salud, 2003)

Y con base al reglamento de la Ley General de la Salud en materia de investigación para la salud, específicamente el título segundo, capítulo 1, artículo 16 que establecen: la protección de la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Y artículo 17 donde: se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Por lo anterior la presente investigación se considera sin riesgo, ya que emplea técnicas y métodos de investigación retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni traten aspectos sensitivos de su conducta. (Secretaria de salud, 2015)

Resultados

Antes de la inducción de la anestesia

Tabla 1. Consentimiento informado

Consentimiento Informado	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	86%
No	4	14%
Total	28	100%

Se observó que los pacientes que ingresan a quirófano para una intervención quirúrgica un 86% de ellos cuentan con el consentimiento informado como lo marca la norma y la institución, mientras que un 14% le faltan firmas ya sea del paciente o responsable o del médico.

Tabla 2. Está marcado el sitio quirúrgico

Está marcado el sitio quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Procede	24	86%
No Procede	4	14%
Total	28	100%

Del 100% de las cirugías el 86% si tienen marcado el sitio quirúrgico, mientras que en un 14% no procede la cirugía por falta de claridad en el sitio quirúrgico.

Tabla 3. Se completó el control de seguridad

Control de seguridad	Frecuencia	Porcentaje
El instrumental	28	100%
Medicamentos	20	71%
Riesgo anestésico	28	100%
Se comprobó el funcionamiento del oxímetro	20	71%

Respecto al control de seguridad que debe seguir el equipo multidisciplinario previo a la cirugía el 100% si revisan el instrumental, u 71% solo revisan los medicamentos, el 100% también revisan el riesgo anestésico del paciente y un 71% comprueban el funcionamiento del oxímetro previo a la cirugía.

Tabla 4. Se comprueban riesgos del paciente

Riesgos del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Alergias	24	86%
Vía aérea difícil 2	6	92%
Riesgo a hemorragia	24	86%
Accesos venosos y hemoderivados	28	100%

La comprobación de riesgos en el paciente es importante para asegurar una cirugía exitosa sin embargo solo un 86% revisan el riesgo de alergias, un 92% comprueban que el paciente no tenga vía aérea difícil, el 86% revisan el riesgo a hemorragia y el 100% comprueban que el paciente cuente con acceso venoso t tenga hemoderivados disponibles.

Antes de la incisión cutánea

Tabla 5. Se verifica que todos los miembros del equipo se hayan presentado por nombre y función

Presentado por nombre y función	Frecuencia	Porcentaje
Cirujano 2	4	86%
Personal de Enfermería	24 8	6%
Anestesiólogo 2	8	100%

En cuanto a la presentación del equipo quirúrgico se observó que el cirujano y el personal de enfermería se presentan en un 86% y omite presentarse en un 14%, mientras que el anestesiólogo se presenta en un 100%.

Tabla 6. Se administró profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos

Ministración y administración de antibiótico	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	71%
No	8	29%
Total	28	100%

La tabla representa que un 71% de los pacientes que ingresan al quirófano se les administran antibióticos 60 minutos antes de un procedimiento quirúrgico y un 29% de los pacientes que ingresan no se administra antibiótico.

Antes de que el paciente salga del quirófano

Tabla 7. Notificación verbal

Notificación verbal	Frecuencia	Porcentaje
Nombre del procedimiento realizado	20	71%
Recuento de instrumental, gasas y agujas	28	100%
Etiquetado de muestras	20	71%
Problemas con instrumental y equipo	20	71%

La notificación verbal al término de la cirugía es importante para que todo el equipo se encuentre con el mismo conocimiento de todo lo que sucedió durante el procedimiento, sin embargo; solo el 71% notifican el nombre del procedimiento, etiquetan muestras y comentan los problemas respecto a instrumental y equipo, pero en un 100% se sigue notificando el recuento de instrumental, gasas y agujas.

Tabla 8. Plan de tratamiento

Plan de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	86%
No	4	14%
Total	28	100%

Fuente: Instrumento aplicado.

Con respecto al plan de tratamiento a seguir, aspectos principales de recuperación y riesgos post quirúrgicos solo lo dan a conocer en un 86% y un 14% no específica cual será el plan de seguimiento.

Tabla 9. Firma de la lista de verificación Cirugía Segura Salva Vidas

Firma de los integrantes del equipo quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Cirujano	24	86%
Anestesiólogo	20	71%
Enfermera instrumentista	28	100%
Enfermera circulante	28	100%

Fuente: Instrumento aplicado.

Se verifico que los cirujanos cumplen con 86%, anestesiólogos en un 71%, enfermera instrumentista y circulante en un 100% respecto a la firmar de la hoja de cirugía segura y lista de chequeo.

Conclusiones:

Con la verificación de cheque de la hoja de cirugía segura encontramos que existen deficiencias para el cumplimiento correcto de la misma aun cuando se lleva a cabo en gran porcentaje es necesario reafirma la importancia de que se lleven el correcto chequeo de la lista y eliminar las omisiones de algún rubro para seguridad tanto de los pacientes como de personal multidisciplinario del equipo quirúrgico.

En la revisión del estudio se demuestra que existe resultados positivos solo falta hacer más conciencia, de que se lleve la verificación se realice conforme está indicada por parte de todo el equipo multidisciplinario que participa en un procedimiento quirúrgico.

Se detectó que la mayoría de las omisiones que existen en la hoja de cirugía segura son por parte del personal médico al cual se debe hacer notar la importancia y participación en el chequeo de la lista para brindar en todo momento del procedimiento quirúrgico, seguridad al paciente.

En general los aspectos se cumplen por parte del equipo de salud que participa en el acto quirúrgico solo falta comunicación eficiente y hacerlo parte de la cultura para no causar daño a otras personas y hacer conciencia de que el chequeo hace la diferencia entre

causar alguna daño a un paciente y brindar seguridad en procedimiento.

Así mismo como profesionales en enfermería debemos responder con un alto nivel de excelencia en el ejercicio, un alto nivel de satisfacción del paciente, con riesgo mínimo para él, hacerlo sentir seguro y utilizar con eficiencia los recursos disponibles. Como personal de enfermería estamos llamados a velar por la calidad de los servicios prestamos.

Referencias Bibliográficas

Alianza Mundial para la la seguridad del paciente. (2008). La cirugía Segura Salva Vidas. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf

Enriqueta Baridó, Alethse De la Torre, Alejandro E. Macias. (2012). Evolución de la cirugía:La meta. Revista Digital Universitaria, 4-6.

Fuller, J. K. (2013). Instrumentación Quirúrgica. Madrid, España: Panamericana .

Fuller, J. K. (2013). Instrumentación quirurgica principios y prácticas. Madrid, España : Panamericana.

García, M. A. (2012). Enfermería de quirófano. Barcelona, España: Difusión Avances de Enfermería .

Guillermina Hernández, Rebeca Aguayo. (2005). Técnicas quirúrgicas en Enfermería . México: Editores de textos mexicanos S.A. de C.V. .

Gutierrez-Fernández R, Fernández-Martín J. (2010). La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. Rev. CONAMED, 188-194.

Hernández Sampieri R.; Fernández Collado, C. y Baptista P. . (2015). Metodología de la Investigación . México: Mc Graw Hill .

Organización Mundial de la Salud. (2009). Manual de la aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía . Obtenido de La cirugía segura salva vidas: http://apps.who.int/iris/bitstream/44233/1/9789243598598_spa.pdf

Salud, O. M. (2009). Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la Cirugía . Obtenido de Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la Cirugía: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=E171D55610930841D288B6AE78E1C4C3?sequence=1

Secretaria de Salud. (2003). Ley General de Salud. Obtenido de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Secretaria de salud. (2015). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Obtenido de <http://www.liconsa.gob.mx/wp-content/uploads/2015/11/Reglamento-de-la-Ley-General-de-Salud-en-Materia-de-Investigación-para-la-Salud.pdf>



JANASKAKUA

Dirección del sitio

Web <http://janaskakua.enfermeria.umich.mx>

Datos de contacto

Dra. María del Carmen Montoya Díaz

carmen_montdiaz@yahoo.com.mx

Morelia, Michoacan. Mexico.

