

# POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

## EJE 4 SALUD



## “Las prácticas alimentarias de adolescentes preparatorianos dentro de un contexto de inseguridad alimentaria. Implicaciones para la política social”.

Sandra Rubí Amador Corral<sup>173</sup>  
Martha Leticia Cabello Garza<sup>174</sup>

### Resumen

*La finalidad del presente trabajo es dar a conocer algunos resultados de una investigación realizada en 3 preparatorias de diferente nivel socioeconómico del área metropolitana de Monterrey Nuevo León México. El estudio propuesto tiene como objetivo conocer las prácticas alimentarias dentro del contexto de la inseguridad alimentaria y lograr un mejor entendimiento sobre la manera en la que se alimentan los adolescentes, es decir el cómo y el porqué de su alimentación. Uno de los principales hallazgos de esta investigación fue el encontrar las diferencias en las prácticas alimentarias de los adolescentes en función del nivel socioeconómico. El acceder a la propia experiencia para dar voz a los adolescentes entrevistados, dejó ver que es necesaria una mayor intervención de los encargados de las políticas de salud para atender a este grupo de la población que tendrá mayores problemas relacionados con la alimentación en el futuro. Las acciones de prevención relacionadas a la alimentación de los adolescentes destacan por ser costo efectivas al tratar de mejorar la salud y calidad de vida, mientras se trata de evitar altos costos de tratamiento en el futuro; sin embargo las acciones que son llevadas a cabo no tienen una efectiva coordinación entre las distintas instituciones públicas de salud, las políticas fiscales y las políticas agrarias.*

*Palabras clave:* adolescentes, políticas de alimentación, prácticas alimenticias, seguridad alimentaria

### Introducción

**E**n todas sus dimensiones la alimentación se contextualiza en un momento histórico concreto que representa y reproduce la dinámica y las transformaciones que está sufriendo cada sociedad (Duran, 2005). Es por ello que estudiar las prácticas alimentarias en todas sus dimensiones es importante, porque afectan a todos y cada uno de los miembros de una sociedad, pero en especial el conocimiento del impacto que tienen estos temas en los adolescentes, es trascendental ya que es un grupo influenciado en gran medida por las características globalizadoras de la alimentación, como ejemplo se menciona la colocación de productos en el mercado y marcas transnacionales en el consumo y preferencias de alimentos.

---

<sup>173</sup> Facultad de Trabajo Social UANL

<sup>174</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León.

Los problemas alimentarios actuales tienen una importante raíz social y están estrechamente relacionados con el cambio que se ha producido con la modernidad y la globalización (Díaz y Gómez, 2008). Las personas de las sociedades modernas no saben comer, son enfermos de la abundancia y la civilización (Gracia, 2003). Según Luque (2008), dentro de los sistemas alimentarios modernos, las personas no toman sus decisiones en relación a la comida que consumen, sino que la selección de la dieta se encuentra determinada por factores dentro de un entorno mercantilizado, como el sexo, la edad, y la clase social.

En los países en desarrollo uno de los objetivos principales de la política social alimentaria de salud son los acuerdos y programas que buscan implementarse en diferentes instituciones y sobre todo en clínicas y hospitales de primer nivel; no obstante, los problemas de salud relacionados a la alimentación siguen estando presentes (Contreras, 2005; Gracia, 2005). El caso de los adolescentes con problemas relacionados con la alimentación como la obesidad, el sobrepeso, las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT), la anorexia, la bulimia y cuestiones que tienen que ver con un ideal del cuerpo, es el marco ideal para germinar estos padecimientos que han sido fomentados por la publicidad que se da al interior de un mundo cada vez más globalizado (Delbino, 2013). En México hay pocos estudios que abordan las prácticas alimentarias de los adolescentes (Álvarez, Eroza, y Ramírez; 2008), y menos aún estudios que investiguen las experiencias personales, motivaciones, preferencias y los conocimientos relacionados con la comida, por lo que estudios centrados en conocer las prácticas alimentarias de los adolescentes y entender cómo el contexto de inseguridad alimentaria impacta en su vida cotidiana, seguramente puede ofrecer algunos lineamientos y pautas a nivel de política pública.

La finalidad del estudio propuesto fue conocer las prácticas alimentarias de 23 adolescentes en 3 preparatorias de diferente nivel socioeconómico del área metropolitana de Monterrey Nuevo León México. Las prácticas alimentarias están fuertemente asociadas a factores culturales, nutricionales, socioeconómicos y demográficos; para conocerlas y analizarlas, se necesita saber lo que las personas consumen de manera cotidiana, pero es aún más importante lograr un entendimiento del por qué se consume, con quién y en dónde; es decir, comprender cómo interactúa ese contexto con los propios adolescentes y más aún como ese contexto en diferentes estratos socioeconómicos puede ser determinante para la prevención o promoción de políticas de alimentación saludable.

## **Prácticas alimentarias de los adolescentes**

La alimentación de los adolescentes está condicionada por diversos factores; por un lado están los relacionados con la diversidad, cantidad y calidad de los alimentos disponibles relacionados a aspectos geográficos, políticos económicos o de infraestructura; y por el otro factores que tienen que ver con la elección de los alimentos como los biológicos, socioculturales e individuales (Serra y Aranceta, 2001).

Otros aspectos como la modernización y el desarrollo urbanístico también afectan la manera en la que se alimentan los adolescentes, las cuales están determinadas por sus prácticas alimentarias, debido a los horarios continuos de trabajo y estudio, así como a los nuevos estilos de vida implementados en las ciudades (Uribe, 2006; Contreras y Gracia 2006). Fishler (1995), menciona algunos elementos que forman parte de la conformación de las prácticas alimentarias entre los que se encuentran: una progresiva industrialización, la feminización de la sociedad y el ingreso de las mujeres al campo laboral, el auge de alimentos de diferentes marcas y tipos aunado a un individualismo con modelos de felicidad difundidos por medios de comunicación y más recientemente el desarrollo de supermercados planetarios donde es posible obtener infinidad de alimentos producidos en diferentes partes del mundo.

En el mismo orden de ideas Story, Neymark y French (2002), mencionan algunos elementos que pueden condicionar la alimentación de los adolescentes y se dividen en cuatro niveles: 1) las influencias individuales: características personales, factores psicológicos, actitudes, preferencias alimentarias; 2) las influencias del entorno social, en donde se encuentra la familia, el grupo de amigos, la escuela y las interacciones entre ellos; 3) influencia del entorno físico o de la comunidad, que tiene que ver con la disponibilidad o accesibilidad de alimentos, los restaurantes de comida rápida, los quioscos, máquinas expendedoras, y 4) la influencia del macrosistema o de la sociedad: publicidad, normas sociales o culturales, sistema de producción y distribución de alimentos, políticas y normativas relacionadas con los alimentos como los precios y los mecanismos de distribución.

Por otra parte es necesario tomar en cuenta que las personas eligen los alimentos que van a consumir en función del contexto social en el que se desenvuelven, por lo que es trascendental cuando se pretende incidir en problemáticas relacionadas con el consumo de alimentos, analizarlo como un proceso, es decir como un conjunto de comportamientos insertos en ámbitos privados y públicos, que generan determinados estilos de vida, cambios culturales y estructurales de la sociedad en su conjunto sobre todo en aquellos

grupos que se ven más afectados, como los adolescentes (Bertrán; 2010; Gracia 2005; Muñoz, Córdova, y Boldo, 2012).

## **Problemas de alimentación de los adolescentes**

Según la Organización Panamericana de la Salud (2010), los adolescentes de los países industrializados o que se encuentran en vías de desarrollo, viven en un mundo que está siendo transformado por los cambios demográficos, la globalización, los cambios ambientales y un uso creciente de tecnologías de la información. Desde el punto de vista nutricional la adolescencia es una parte importante para el desarrollo del ser humano ya que es mayor la demanda de nutrientes y calorías debido al crecimiento físico. Cuando éstas necesidades no son atendidas de manera adecuada, la situación nutricional puede tornarse vulnerable; además los cambios en los estilos de vida y hábitos alimenticios que afectan la ingesta de nutrientes pueden causar problemas en la vida adulta; en este sentido la adolescencia es una etapa muy sensible que supone periodos de crisis donde diversas situaciones experimentadas por el adolescentes pueden provocar que aparezcan hábitos y situaciones de riesgo (Mesana, 2013).

En las últimas décadas, este grupo vulnerable ha presentado importantes problemas de salud que están relacionados a la mala alimentación y a la nula actividad física, como el sobrepeso y la obesidad, además, en los últimos años se han comenzado a observar la aparición de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT) en jóvenes y adolescentes, que anteriormente solo se presentaban en adultos (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En los adolescentes de México, el sobrepeso y la obesidad ha aumentado casi tres veces en los últimos 20 años. El 30% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso, y uno de cada 10 presenta obesidad (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Oropeza, y Hernández, 2012). La prevalencia de sobrepeso y obesidad combinada en adolescentes según la última Encuesta Nacional de Salud (ENSNUT, 2012), es de 35.8% para la mujeres y 34% para los hombres. El que los adolescentes padezcan sobrepeso u obesidad resulta de gran importancia ya que tienen más probabilidad de desarrollar alguna de las ECNT como la Diabetes Mellitus II, la presión alta o la hipertensión (OMS, 2013), enfermedades que ocupan los primeros lugar de mortalidad en México.

Otro de los problemas conexos a la alimentación de los adolescentes son las practicas alimentarias de riesgo que han sido analizadas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) dentro de las que se encuentran: la preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que

se come; en las mujeres, la de más alto rango es la preocupación por engordar (20%), y en los hombres, la conducta de riesgo más frecuente fue el hacer ejercicio en exceso para perder peso (13%) (Gutiérrez, et al. 2012). Aunque la ENSANUT 2012, no especifica si son los adolescentes con sobrepeso u obesidad los que presentan estas conductas, debe tomarse en cuenta que este grupo de la población se encuentra en situación vulnerable en cuestiones relacionadas con los alimentos. Cabe hacer mención que si bien uno de los problemas relacionados a la alimentación de los adolescentes son el sobrepeso y la obesidad, y que estos generan mayores riesgos de implicaciones en la salud física, algunas veces tienen consecuencias de naturaleza psicosocial que afectan su socialización y desarrollo (Ríos, 2015; Silvestri, 2005). Los adolescentes con sobrepeso y obesidad pueden sentirse diferentes, ya que con frecuencia son objeto de burlas por sus grupos de pares que no experimentan estos padecimientos (Barragán, 2005; Macedo et al., 2008).

Según De León (2008), el desarrollo económico de la industria alimentaria ha marcado pautas para que las personas de las sociedades actuales consuman una mayor cantidad de alimentos industrializados, lo cual ha repercutido en problemas relacionados con la salud y malos hábitos alimenticios en diversos grupos de la población, debido en gran parte a la globalización alimentaria donde la presión de las empresas multinacionales utilizan la publicidad como un instrumento de convicción y establecen una uniformidad en el consumo de alimentos especialmente en las personas más jóvenes. En consecuencia surgen enfermedades como anorexia, bulimia, obesidad o trastornos de la conducta alimentaria que pueden deteriorar la salud física y mental de las personas que las padecen (Moncusi, 2012).

## **La Políticas sociales de la alimentación**

En México la política social de alimentación tiene como objetivo garantizar que todos los miembros de la población tengan acceso a alimentos que le permitan satisfacer sus necesidades y que cumplan con los requerimientos nutritivos para tener un mejor nivel de vida a través de una alimentación saludable. Esta política social tiene dos ejes principales, el primero se refiere a la producción de alimentos y el segundo tiene que ver con el consumo.

Por más de cuatro décadas (años 30's a 70's) la política social alimentaria estuvo enfocada solamente a cuestiones relacionadas con la producción y el abasto de alimentos básicos en el país, en la década de los 80's se empezó a apoyar a la agricultura temporal, a través de impulsar agroindustrias campesinas, facilitar el acceso a la tierra, la tecnología y los insumos y promover una canasta básica de alimentos para establecer una relación entre producción, abasto, consumo y nutrición y así lograr un abasto

suficiente de alimentos, que en aquel entonces era un problema social importante (Ortiz, Vázquez y Montes, 2005).

En los años siguientes a la década de los 70's lo que se buscaba era satisfacer la falta de alimentos para las personas de grupos vulnerables como lo eran las poblaciones indígenas, los niños menores de 5 años, menores en edad escolar, mujeres embarazadas y en lactancia y a los adultos mayores (Vega, 2014).

Si bien, en la actualidad existe un mayor acceso y ha aumentado el consumo de alimentos industrializados, se deben tomar en cuenta diversas problemáticas derivadas de ello: 1) existe una desigualdad social en el acceso a determinados tipos de alimentos y a las elecciones de los mismos. 2) la diferenciación según el contexto y bagaje sociocultural condicionan los patrones alimentarios, y 3) la variabilidad que se da a partir de la oferta alimentaria, debido a la gran cantidad de productos disponibles que se encuentran en los supermercados, que ofrecen distintas alternativas de calidad, precio, nutrición y sabor (Gracia, 2003).

Tomando en cuenta lo anterior, una de las principales problemáticas de la política social de la alimentación en el país es prevenir y paliar las consecuencias que se derivan de una mala alimentación, es decir se busca regular el consumo de alimentos saludables y que mejoren la calidad de vida de los individuos; y que no solo se enfoquen a grupos vulnerables, sino en todos los grupos de la población ya que los problemas de salud como el sobrepeso, la obesidad, las ECNT afectan a todos los grupos etarios y en todos los niveles socioeconómicos.

En los últimos años las políticas relacionadas con la alimentación han tratado de poner énfasis en el ambiente obesogénico definido como la suma de influencias que los entornos, las oportunidades o las circunstancias de la vida, tienen para producir sobrepeso, obesidad y enfermedades relacionadas al consumo de alimentos en los individuos o en la sociedad (Muñoz, 2002). Un ambiente que está conformado por la disponibilidad permanente de alimentos con alta densidad energética y por una estructura social-tecnológica que facilita el sedentarismo y tiene un factor poderoso para generar obesidad y problemas de salud relacionados con los alimentos (De León, 2008). Sin embargo han descuidado la calidad y el consumo nutricional de los alimentos.

En México en el año 2010, a través de la Secretaría de Salud, se pactó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), en donde se presentan estrategias específicas contra el sobrepeso y la obesidad y las ECNT en todos los grupos de edad, ya que se reconoce este problema como una cuestión prioritaria de salud pública que exige una respuesta en marcha de una política nacional que reconozca el origen multifactorial del problema (SSA, 2010). Sus objetivos fueron determinados mediante la revisión de la magnitud

y trascendencia del problema en el país, de la evidencia científica internacional, de diversos programas realizados en este país y de intervenciones que se han llevado a cabo en otras naciones.

Desde su creación el ANSA ha buscado ser adoptado como una política de Estado; en él se presentan las metas que se deben seguir a fin de revertir las tendencias de la epidemia de la obesidad para el caso de la infancia, detenerla en los adolescentes y desacelerarla en los adultos, al igual que las ECNT, sin embargo sus objetivos y acciones se concentraron principalmente en el componente alimentario, complementándolo necesariamente con el componente de la actividad física (SSA, 2010), y descuidaron otros factores relacionados con el consumo de nutrientes y en fomentar el plato del buen comer.

En el año 2013 derivado del ANSA se presentó la Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso la obesidad y la diabetes, que sigue los mismos lineamientos de atacar el componente alimentario a través de la educación y promoción de mejorar o cambiar los alimentos que se consumen, además de realizar actividad física (SSA, 2013). No obstante en México se ha mostrado una actitud pasiva frente a los propósitos y objetivos planteados por el ANSA , puesto que todos los esfuerzos encaminados en este sentido han sido pocos y casi imperceptibles, pues se da prioridad al libre mercado propio del proceso de la globalización y no se ha regulado de manera integrada los productos que entran al mercado.

Los cambios que se han producido en los entornos alimentarios de los países en desarrollo ponen de manifiesto el lugar de la abundancia del bienestar, encaminado a una deficiente nutrición. Entre las sociedades industrializadas, una vez que se ha resuelto el problema de garantizar alimentos suficientes, el interés se centra en saber si la alimentación elegida más o menos libremente y entre numerosas opciones resulta fiable en términos de calidad (Sandoval, Domínguez y Cabrera 2009).

Anteriormente, cuando se hablaba de seguridad alimentaria era para referirse a garantizar el aprovisionamiento de alimentos; sobre todo en los países industrializados. Actualmente el término de seguridad alimentaria ha adquirido otro significado que está relacionado al consumo de alimentos libres de riesgos para la salud (Contreras y Gracia, 2008). En relación a la problemática de la obesidad, la seguridad alimentaria representa el consumo de alimentos sin altos contenidos de grasas, azúcares, que pasan por largos procesos de industrialización antes de llegar a ser consumidos por la población, y otro concepto emerge de esta situación, que es la inseguridad alimentaria. El contexto de inseguridad alimentaria está representado por un entorno en el que múltiples espacios muestran alimentos para su adquisición, constituidos de manera creciente por las grandes cadenas de distribución y de

los restaurantes de comida rápida, aunado a la publicidad que ejerce gran influencia en este rubro (Luque, 2008).

Según Contreras y Gracia (2008), hasta hoy la población jamás había comido tanto, y tan variado, y menos aún se habían tenido tantos controles alimentarios, tecnologías tan eficaces y sofisticadas que garantizaran la seguridad de los alimentos; es decir, nunca había existido tanta seguridad alimentaria. Sin embargo, la seguridad alimentaria es un hecho que resulta cuestionable, ya que se esperaría que a mayor seguridad alimentaria, se alcanzara mayor bienestar en la población; sin embargo, los altos niveles de sobrepeso y obesidad y los cada vez mayores trastornos y problemas relacionados a la alimentación, como las ECNT y los trastornos alimentarios, muestran lo contrario.

La inseguridad no desaparece e incluso aumenta las incertidumbres y las dudas acerca de lo que se come y de los posibles riesgos que se pueden encontrar en los alimentos, es decir, los daños potenciales o probables para la salud. Las prácticas alimentarias están fuertemente asociadas a factores culturales, nutricionales, socioeconómicos y demográficos; para conocerlas y analizarlas, se necesita saber lo que las personas consumen de manera cotidiana, pero es aún más importante lograr un entendimiento del por qué se consume, con quién y en dónde; es decir, comprender cómo interactúa ese contexto con los propios adolescentes y más aún como ese contexto en diferentes estratos socioeconómicos puede ser determinante para la prevención o promoción de políticas de alimentación saludable.

## **Implicaciones de los resultados de la investigación para la Política de Alimentación**

Este estudio se realizó bajo un enfoque cualitativo donde el principal interés fue comprender, por un lado, que es lo que motiva al adolescente a elegir sus alimentos y así conformar sus patrones alimentarios, además de considerar sus conocimientos y preferencias como parte importante dentro de la alimentación en su vida cotidiana. Las categorías que emergieron de los discursos de los participantes muestran que los horarios de consumo, el tipo y preparación de los alimentos, la disponibilidad, abastecimiento y acceso a ellos se encuentran interrelacionados.

Uno de los hallazgos de esta investigación da cuenta de las diferencias en las prácticas alimentarias de los adolescentes en función del nivel socioeconómico. De manera general los adolescentes de Nivel Socioeconomico Bajo se alimentan dependiendo de la disponibilidad y el acceso a los alimentos, lo cual se encuentra condicionado por el nivel de ingresos de los padres que influye en el abastecimiento de alimentos en casa,

así como el dinero que dan a sus hijos para comprar algún producto en la escuela.

Por el contrario en los adolescentes de Nivel Socioeconómico Alto se pudo observar como su alimentación se encuentra altamente relacionada con el factor económico, pues consumen alimentos que ayudan a mantener un cuerpo sano y delgado además de tratar y prevenir enfermedades, es por ello que la compra de alimentos en lugares especializados, se buscaba que fueran de buena calidad, que sean frescos, que no tengan componentes que puedan dañar la salud, que exista variedad. La salida a fondas o establecimientos de comida rápida es poco frecuente y se busca que las salidas a comer fuera sean en lugares que cumplan con sus estándares de alimentación.

Lo anterior denota claramente que las políticas de alimentación en México deben estar centradas en una política económica enfocada a aumentar los ingresos per cápita en la población, ya que esto reflejará mejores opciones saludables de alimentación.

Los resultados del estudio aquí propuesto muestran el escenario en el que se desenvuelven los adolescentes como parte fundamental de algunos problemas relacionados con la alimentación como es la obesidad, el sobrepeso y las ECNT. De manera general, los discursos de los participantes muestran que los principales motivos y preferencias que afectan las prácticas alimentarias de los adolescentes, son la disponibilidad de comida en casa o en la escuela, el tiempo que dedican en la preparación de los alimentos, y el tiempo que tienen para consumirlos en la hora del descanso mientras están en la escuela, así como el precio y el gusto por ciertos alimentos. Además de conocer este escenario es importante partir de los micro escenarios donde se desarrolla la vida cotidiana de los adolescentes para poder crear y formular programas y políticas sociales que respondan a las necesidades y características de este grupo de la población en materia de nutrición y alimentación.

Las enfermedades no transmisibles constituyen una carga económica para los sistemas de salud, y acarrear grandes costos para la sociedad. La salud es un factor determinante del desarrollo y un motor del crecimiento económico. Los programas encaminados a promover una alimentación sana y actividad física a fin de prevenir enfermedades, son instrumentos decisivos para alcanzar los objetivos del desarrollo de los países industrializados. Los resultados derivados esta investigación deben ser considerados para desarrollar alternativas que vayan enfocadas a problemáticas como ésta por las que atraviesan los adolescentes.

El acceder a la propia experiencia para dar voz a los adolescentes entrevistados, dejó ver que es necesaria una mayor intervención de los encargados de las políticas de salud para atender a este grupo de la población

que tendrá mayores problemas relacionados con la alimentación en el futuro, ya que las situaciones a las que se enfrentan no son las mejores. Lo anterior tienen que ver a un contexto en donde la falta de alimentos sanos y una mayor disponibilidad de aquellos que tienen altos contenidos de azúcares y grasas, son aspectos que siempre está presentes en su vida cotidiana. Los estudios analizados y las cifras en materia de salud, muestran que no han sido suficientes las campañas que pretenden solo informar a la población sobre los riesgos en los alimentos.

Las estrategias que se han implementado por parte de las políticas de salud para tratar los temas relacionados a la alimentación de los adolescentes tienen como propósito fundamental disminuir la prevalencia y aumento de la obesidad y el sobrepeso, y con ello prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles; sin embargo las últimas encuestas de salud (ENSANUT 2006 y 2012) dan cuenta de que estos programas no han tenido los mejores resultados; estos han planteado la restricción de la oferta de alimentos industrializados de bajo contenido nutricional con el objetivo inmediato de propiciar un mayor consumo de alimentos considerados sanos y una reducción del consumo de los considerados perjudiciales, sin embargo no se ha tenido avances en este renglón .

Dentro de los aspectos más significativos que deben analizarse para mejorar acciones encaminadas a mejorar las prácticas alimentarias de los adolescentes y que se mencionan en documentos internacionales de la OMS (2014) y documentos nacionales como el Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2013) es la importancia que tienen las políticas nacionales relativas a los alimentos y a la agricultura que deben ser compatibles con la protección y la promoción de la salud pública. Debe alentarse a los gobiernos para que examinen las políticas relativas a los alimentos y a la agricultura; estas acciones están relacionadas con la promoción de productos alimenticios acordes a una dieta saludable, las políticas fiscales, los programas alimentarios y la política agraria.

Por último, uno de los aspectos que resulta necesario que se tome en cuenta dentro las políticas sociales de salud relacionadas a mejorar la alimentación de los adolescentes es dejar de concebir los modos de vida como desordenados o inadecuados a consecuencia de una civilización abundante y decadente; ya que es producto de los propios sistemas alimentarios creados por los países industrializados. La orientación que se tiene dentro de las políticas de salud a medicalizar la alimentación de los adolescentes trae como consecuencia una disparidad entre lo que se debe comer y lo que hay en el entorno; este fue uno de los hallazgos que pudimos observar en este estudio.

La alimentación, más allá de ser la principal fuente de sobrevivencia del ser humano, sirve para preservar, afianzar o mejorar las relaciones

personales, conlleva actos para expresar amor y cariño, hace distinción entre grupos, se utiliza para hacer frente a stress emocional o psicológico, puede significar status, también recompensa o castigo, y puede servir para ejercer poder. Algunas de las cuestiones antes planteadas fueron mencionadas por los adolescentes de este estudio. En este sentido es de vital importancia que los programas sociales que atienden los problemas relacionados a su alimentación resignifiquen conceptos pongan más atención a todas a las implicaciones relacionadas a los alimentos para así poder realizar intervenciones más efectivas.

Las acciones de prevención relacionadas a la alimentación de los adolescentes destacan por ser costo efectivas al tratar de mejorar la salud y calidad de vida, mientras se trata de evitar altos costos de tratamiento en el futuro. Sin embargo las acciones que son llevadas a cabo no tienen una efectiva coordinación entre las distintas instituciones públicas de salud, las políticas fiscales y las políticas agrarias.

La comparación de las prácticas alimentarias de los adolescentes por nivel socioeconómico da cuenta de los procesos que viven los adolescentes diferenciando aspectos importantes que se encuentran dentro de su contexto. Lo anterior resulta importante ya que en la actualidad en todos los grupos de la población existe la desigualdad social, la cual está ampliamente influida por los ingresos (Tuñón, 2009). Los adolescentes de los países en desarrollo se enfrentan todos los días a situaciones de desigualdad y los aspectos relacionados a la alimentación y a la salud no escapan de ello, en este sentido sería beneficioso que las políticas sociales de alimentación orientadas a los adolescentes tomaran en cuenta esta variable para profundizar más en sus resultados.

## Referencias Bibliográficas

- Álvarez, G., Eroza, J. y Ramírez C. (2008) Diagnostico sociocultural de la alimentación de los jóvenes en Comitán. *Revista de Medicina Social*, 4 (1), 35-5.
- Barragán, M. (2005). Hábitos alimentarios en estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (3) 132-150.
- Bertran, M. (2010). Acercamiento antropologico de la alimentacion y la salud en México. *Physis Revista de Saúde Colectiva*, 20 (2), 387-411.
- Contreras, J. (2000). Cambios sociales y cambios en los comportamientos en la España de la segunda mitad del siglo XX. *Zainak*, 20, 17-33.
- \_\_\_\_\_(2005). La modernidad alimentaria: entre la sobreabundancia y la inseguridad. *Revista Internacional de Sociología*, 63 (40), 109-132.
- Contreras, J. García M. (2006). Del dicho al hecho: las diferencias entre las normas y las prácticas alimentarias. En M. Bertrán y P. Arroyo

- (Eds.), *Antropología y Nutrición* (pp. 76-155). México: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
- Contreras, J. y Gracia, M. (2008) Preferencias y consumos alimentarios entre el placer, la conveniencia y la salud. En C. Díaz Méndez , y C. Gómez Benito (Eds.), *Alimentación, consumo y salud* (pp. 153-188). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Delbino C. (2013) Conocimientos, actitudes y practicas alimentarias de adolescentes concurrentes del colegio F.A. S. T.A. Recuperado de <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/81/304.pdf?sequence=1>
- De León, A. (2008). Políticas alimentarias y seguridad del consumidor En C. Díaz y C Gómez (Eds.), *Alimentación, consumo y salud* (pp. 81-129). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Díaz, C. y Gomez C. (2008). Introducción. En C. Díaz y C. Gómez (Eds.). *Alimentación Consumo y Salud* (pp. 11-21). Barcelona: Fundación La Caixa
- Durán, P. (2005). ¿Estamos ante un nuevo orden alimentario en Tunéz? La obtención y el consumo de carne como indicador de globalización. *Contra Relatos desde el Sur. Apuntes sobre Africa y Medio Oriente*, 2 (3), 45-66.
- Fichler C. (1995) Gastro-nomia y gastro-anomía. En J. Contreras (Comp.). *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. (pp.357-380). Barcelona: Universidad de Barcelona
- Gracia, M. (2003). Alimentación y cultura ¿Hacia un nuevo orden alimentario? En J. Nava López y C. Gaona (Eds.), *Los modelos alimentarios a debate: la interdisciplinariedad de la alimentación* (pp. 1-13). Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (2005). Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde las normas y más allá de las normas. *Revista Internacional de sociología*, 40, 159-182.
- Gutiérrez , J., Rivera, J., Shamah, T., Oropeza, C., y Hernández, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. México : Instituto Nacional de Salud Pública .
- Luque, E. (2008). La obesidad más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios. En C. Díaz Méndez , y C. Gómez Benito (Eds.), *Alimentación, consumo y salud* (pp. 130-149). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Macedo, G., Bernal, P., Lopéz, P., Hunot, B., Vizmanos, B., y Rovillé, F. (2008). Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara, México. *Antropo* 16, 29-41.
- Mesana, M.I. (2013) *Alimentación en adolescentes: Valoración del consumo de alimentos y nutrientes en España: Estudio AVENA* (Tesis de doctorado) Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. Recuperado de <https://zagan.unizar.es/record/10337/files/TESIS-2013-028.pdf>
- Moncusi, F (2012). Los TCA como construcción sociocultural. En M. Gracia (Ed.), *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios* (pp. 227-252). Tarragona, España: Publicaciones URV.

- Muñoz, J. M., Cordova, J.A., y Boldo X. M. (2012). Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco. *Salud en Tabasco*, 18 (3), 87-95.
- Olaiz , G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas , R., Villalpando , S., Hernández , M., y Sepúlveda, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Cifras y datos. 10 datos sobre la obesidad*. Recuperado de [www.who.int/features/factfiles/obesity/es](http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es)
- Organización Mundial de la Salud (2013). Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *La OMS pide que se preste más atención a los adolescentes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018*. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- Ortiz, A.S., Vazqu ez. V. y Montes, M. (2005). La alimentación en México: Enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales*, 13 (25), 8-34.
- Rios, M.R. (2009). Estilo de vida y obesidad en estudiantes universitarios: una mirada cons perspectiva de género. *Alternativas en Psicología, Número especial*, 87-100.
- Sandoval, A., Domínguez, S y Cabrera A. (2009). De golosos y tragones est n llenos los panteones: cultura y riesgo alimentario en Sonora. *Estudios Sociales*, 49-179.
- Secretaria de Salud (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Recuperado de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/acuerdo\\_nacional.html](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/acuerdo_nacional.html)
- Serra, L. y Aranceta B. (2001). *Alimentación infantil y juvenil. Estudio Enkid*. Barcelona España: Masson Editorial.
- Silvestri E. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje desde un enfoque multidisciplinario*. Recuperado de <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>
- Story, M., Neymark, D. y French S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent behaviours. *Journal of the American dietetic association*, 102 (3), 12-66.
- Tu n, I. (2009). Niñez y adolescencia urbana: *Desigualdades sociales en el ejercicio del derecho a contar con una estructura mínima de oportunidades de desarrollo humano*. Recuperado de [http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Ni-ez\\_y\\_adolescencia\\_urbana\\_Desigualdades\\_sociales.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Ni-ez_y_adolescencia_urbana_Desigualdades_sociales.pdf)
- Uribe, J.F. (2006). Las prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal. El caso de la ciudad de Medellín, Colombia. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 20 (37), 227-250.

Vega, M. (2014). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. Ponencia presentada en el 1er. Congreso Internacional en Salud Pública y Desastres. Estrategias que contribuyen al cumplimiento de los ODM y sus determinantes: Investigación y Práctica. Recuperado de [http://www.cemesad.unach.mx/images/Ponencias\\_congreso/alimentacion.pdf](http://www.cemesad.unach.mx/images/Ponencias_congreso/alimentacion.pdf)

## “El cuidador primario como elemento fundamental en la intervención social”.

*Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos*<sup>175</sup>

*Carlos David Santamaría Ochoa*<sup>176</sup>

### Resumen

**E**sta comunicación presenta los resultados de la intervención social que realizaron estudiantes del noveno periodo de la licenciatura en trabajo social, durante su Práctica Preprofesional; mediante la investigación con enfoque mixto, y la implementación del Programa para cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal, en un hospital de tercer nivel en Cd. Victoria, Tamaulipas, denominado “Porque te quiero, aprendo y te cuido”; su objetivo: sensibilizar a los familiares de los pacientes de la sala de hemodiálisis, en la adopción de una cultura alimenticia adecuada para la salud del paciente, con el lema “tú te informas, yo me informo y él vive”.

La insuficiencia renal es un problema de salud pública en México; es un padecimiento que consiste en la pérdida progresiva, permanente e irreversible de las funciones de los riñones. Actualmente es la quinta causa de muerte entre la población mexicana y según la Fundación Mexicana del Riñón, existen entre 8 y 9 millones de personas en estadios tempranos de la enfermedad. Cuando un paciente es diagnosticado, tanto él como su familia, su red principal, enfrentan una crisis para afrontar esta nueva realidad; frecuentemente, sólo uno de esos miembros toma la responsabilidad o es a quien se le adjudica el compromiso como “cuidador primario”; es la persona que se hace cargo del cuidado y apoya al paciente, tanto en casa como en el hospital, acompañándolo permanentemente ante esta travesía de múltiples condiciones y experiencias de sufrimiento total, que complican el camino.

Al Trabajador Social, integrante del equipo multidisciplinario de salud, le compete otorgar la atención al paciente y su familiar en el servicio de nefrología de un hospital, a partir de la primera experiencia de una sesión de hemodiálisis, surgiendo parte de la intervención social, siendo fundamental la evaluación que realiza del paciente y su familia.

**Palabras clave:** cuidador primario, intervención social, trabajador social, insuficiencia renal, hemodiálisis.

---

<sup>175</sup> Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria.

<sup>176</sup> Unidad Académica de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

## Contextualización y revisión de la literatura

La Universidad Autónoma de Tamaulipas. (UAT) México, consciente de los retos que enfrentan las Instituciones de Educación Superior y considerando que en el presente milenio se establece un nuevo paradigma para la formación de estudiantes, cuyos principales elementos son aprendizajes para toda la vida, aprendizaje autodirigido y formación integral con una visión humanista y responsable, así como la importancia que tiene la búsqueda de información, las habilidades analíticas, de razonamiento y la solución de problemas, ante las necesidades que la sociedad presenta, como afirma Fernández (en Pastor y Martínez, 2014):

El trabajo social en su campo de aplicación, precisa siempre contrastar las bases teóricas en las que se fundamenta con la práctica de su relación con los servicios que necesitan de una intervención en el ámbito social y con los ciudadanos que utilizan estos servicios. (p. 51)

La Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, como uno de los entes que integran la Universidad, considera pertinente desarrollar acuerdos formales con organismos gubernamentales y no gubernamentales, de carácter público o privado, que están comprometidas a otorgar un servicio con calidad y calidez a sus usuarios, con el fin de atender las demandas y expectativas que estos tienen, a través de la firma de convenios, en donde se asientan los criterios mediante de los cuales se rigen los estudiantes que deben realizar tanto su servicio social, como la práctica pre-profesional.

La Unidad Académica de Trabajo Social, oferta tres licenciaturas, entre ellas, la de Trabajo Social, en donde los alumnos, al cursar el octavo y noveno periodo tienen la responsabilidad de realizar su práctica pre-profesional I y II, como se manifiesta en el Documento de Barcelona 2007 (como se citó en Fernández en Pastor y Martínez, 2014) “el practicum es un conjunto de actividades orientadas a un aprendizaje basado en la acción y la experiencia y a permitir la apropiación e integración de destrezas y conocimientos”. Dicha práctica se lleva a cabo en alguna de las instituciones que están convenidas; puede ser en el campo de la salud, educación, asistencia social, jurídico, empresarial, entre otros, desarrollando durante la primera parte del curso, la fase de la investigación, que se requiere para conocer la problemática, necesidad o área de oportunidad, como afirma Pimentel (Preciado y Covarrubias, 2013, p.199) “sus métodos de investigación le proporcionan herramientas útiles para acercarse a conocer una faceta”... posteriormente establecer su diagnóstico social y a partir de él, diseñar su plan de intervención; el cual se debe llevar a cabo durante la segunda parte del curso, realizando un seguimiento, para finalizar con un proceso de evaluación.

En la institución pública donde fueron aceptados los estudiantes, siempre permanecen bajo la tutela de un profesionista del trabajo social, quien a través de su experiencia contribuye en la formación de los mismos, acompañándolos y siendo partícipes del desarrollo de sus actividades, en pro del logro de sus objetivos, como afirma Fernández “el tutor de prácticas es el profesional ejerciente que acompaña al estudiante en el centro en donde este ha sido asignado” (Pastor y Martínez , 2014, p. 52).

La decisión fue trabajar con cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal, ya que éste es un problema de salud pública en México. Es un padecimiento que consiste en la pérdida progresiva, permanente e irreversible de las funciones de los riñones, entre ellas la capacidad de filtrar sustancias tóxicas de la sangre, la eliminación natural de los líquidos y la capacidad endócrina (producción de hormonas); se considera la quinta causa de muerte entre la población mexicana (INEGI, 2016) y según la Fundación Mexicana del Riñón y la Cámara de Diputados , en nuestro país están registrados entre 8 y 9 millones de personas en estadios tempranos de la enfermedad.

Las causas de un déficit en el funcionamiento de los riñones, pueden ser muy variadas; lo más común es que se presente en pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial, siendo unas de las principales causas de morbimortalidad en México, aunque también existen personas que presentan alguna enfermedad autoinmune, que les hace enfrentar este padecimiento.

La sala de hemodiálisis es parte de la infraestructura de una institución hospitalaria de tercer nivel: es un espacio específico del servicio de nefrología, que se acondiciona con el mobiliario, instrumental, equipo y recursos humanos necesarios para atender a los pacientes que presentan insuficiencia renal crónica, es decir personas que han perdido más del 90% de la función renal y asisten donde se les otorga una terapéutica de reemplazo a dicha función.

Tirado, Durán, Rojas, Venado, Pacheco y López (2011) expresan: “la hemodiálisis es un tratamiento relativamente nuevo en México pues se desarrolló durante la última década del siglo XX”... “Este procedimiento permite remover las toxinas y el exceso de líquidos del cuerpo, mediante el uso de una máquina y un dializador, también conocido como riñón artificial”. (p. S492)

En la sala de hemodiálisis es fundamental la participación del equipo multidisciplinario de salud, para otorgar a los pacientes la atención integral, ofreciendo un servicio con calidad y calidez, que coadyuve en beneficio de su salud, a través del control de la enfermedad; la institución hospitalaria está comprometida a generar procesos educativos a favor de quienes lo necesitan,

mediante la participación de sus empleados, de forma particular, el trabajador social; como afirman Vázquez y Cid de León (2016):

Los trabajadores sociales del sector salud en la práctica asumen la representación del Estado, entidad a la que corresponde proporcionar a la población los elementos necesarios para mantener y mejorar su nivel de vida ; además de educarla para que desarrolle estilos de vida saludables, para que conozca y aproveche los medios que mejoren sus condiciones de vida. (p. 268)

Es el Trabajador Social, uno de los integrantes del equipo multidisciplinario , a quien le compete otorgar la atención al paciente y su familiar al ingresar al servicio de nefrología de un hospital, en donde, a partir de la primera experiencia de una sesión de hemodiálisis surge parte de la intervención social. Teniendo en cuenta que referirse a la intervención social, implica todo el proceso, desde la investigación, el diagnóstico social, la planeación y desarrollo de actividades, hasta la evaluación.

Además de realizar la evaluación social del paciente, el trabajador social tiene la responsabilidad de conocer los recursos con los que cuenta, no sólo en el aspecto económico, sino también en lo social, siendo importante el reconocimiento de las redes de apoyo, con la finalidad de saber con quienes cuenta para ofrecer el tratamiento social al paciente, como señalan Vázquez y Cid de León (como se citó en Cabello y Castro, 2016):

Es imprescindible que cuando se aborde uno de los casos o situaciones que se presentan en el ámbito de la salud, se permee más allá, de lo que se observa en ese caso en particular; pues de acuerdo a la experiencia profesional, ante la presencia de una enfermedad considerada como terminal, existe una red de interrelaciones e interacciones, que es necesario investigar, para conocer los aspectos que influyen en su totalidad; para posteriormente ser tomados en cuenta en el plan de acción y tratamiento social que se establece como alternativa de intervención social. (p. 230)

Así mismo, el profesionista del trabajo social es quien lleva a cabo el proceso de educación, dirigido no sólo al paciente, sino también a su familia, de manera particular al cuidador primario.

Aunque no hay estudios sobre el cuidador primario en específico, en México esta responsabilidad corresponde en mayor medida a la familia del paciente, que constituye la base de las personas encargadas de los cuidados requeridos. Como lo afirman Rivera, Mejía, Chiquete, Beltrán, Barrientos, Alfaro, Quiróz, Montelongo, Pacheco, Lara y Sánchez (2016):

El paciente con enfermedad avanzada suele requerir una serie de tratamientos y cuidados para mejorar su calidad de vida. Generalmente, muchos de estos cuidados se transfieren a los miembros de la familia o a

personas cercanas al paciente, surgiendo así la figura del cuidador primario. (p.148)

Definido por la Organización Mundial de la Salud en 1999 (Guerrero, Romero, Martínez, Martínez y Rosas, 2016) como:

“La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. (p. 11)

El cuidador primario se constituye como el enlace entre el equipo de tratamiento y el paciente, siendo el responsable del cumplimiento del tratamiento e indicaciones, así como del cuidado y capacitación que pudiera requerir quien tiene necesidad de este tipo de manejo clínico.

Alfaro-Ramírez , Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos y Guevara (2008) afirman :

El cuidador primario tiene un nivel de involucramiento con el paciente de forma tal que participa en su convalecencia, lo que propicia que sufra depresión, ansiedad y tenga necesidad inclusive de medicarse para contrarrestar los efectos de estas situaciones psicológicas. (p. 486)

“La sobrecarga del cuidador comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades...” (Espinoza y Jofre, 2012, p. 24). Por ello se requiere que sea quien se encargue de tan importante labor una persona cercana al paciente sujeto a procedimiento de hemodiálisis, de forma que pueda involucrarse en el padecimiento orientando y capacitando, además de la ayuda que presta en forma cotidiana.

En cuanto a las alteraciones que pudiera presentar, se plantean dos tipos de sobrecarga, siendo éstos la subjetiva y la objetiva. En el primer caso, se refiere a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar al paciente, y la segunda, se refiere al grado de perturbaciones o cambios domésticos y de la vida de los mismos cuidadores.

Desempeñarse como cuidador primario se requiere de varios tipos de apoyo, tales como el económico, informativo y psicológico, así como el que permita manejar la fatiga, toda vez que el responsabilizarse de un paciente con cuidados especiales implica una mayor tensión y presión ante las circunstancias que pudieran presentarse.

Desempeñarse como cuidador primario implica también el desprenderse de algunas actividades personales, profesionales o familiares por la carga que se experimenta al estar permanentemente al cuidado de un enfermo crónico o terminal. En el caso del paciente con hemodiálisis, el cuidador debe considerar la atención en cuanto a disciplina médica, que

incluye toma de medicamentos, procedimientos de higiene; asimismo, aspectos de nutrición e higiene, recreativos y de descanso. Implica un enorme y agotador trabajo que conlleva a la ocupación de la mayor parte del tiempo.

Estudios sobre el cuidador primario en este y otros tipos de pacientes cuya dependencia resulta importante revelan la presencia de cuadros depresivos en éstos, por la carga que representa una responsabilidad tal que orilla al abandono parcial, cada vez mayor, de las actividades personales y/o familiares; el cuidador primario se convierte en par del paciente, de forma que abandona una vida personal y presenta ansiedad, depresión y otros síntomas psicológicos que representan un deterioro en su salud mental.

Sin embargo, es éste el que propicia los cuidados necesarios a pacientes cuyo tratamiento no les es posible seguir en forma individual e independiente y requieren de otra persona.

## **Metodología**

Las tres estudiantes de trabajo social fueron asignadas a un hospital de tercer nivel, para realizar su práctica Preprofesional, de manera inicial llevaron a cabo una investigación preliminar, como parte del plan de su práctica, con el propósito de conocer de manera amplia dicha institución médica, con respecto a: los antecedentes, misión, visión, valores, objetivos, organización, servicios proporcionados a la población usuaria, infraestructura física, costos del servicio, entre otros, de acuerdo a Fernández (como se citó en Pastor y Martínez, 2014) :

Deben conocerse sus objetivos, sus programas, zona de influencia, población a la que atiende, personal y otros recursos con los que cuenta, estructura orgánica, funciones y acciones de los profesionales, disponibilidad hacia los alumnos o profesionales que se integren en ella, y todo aquello que determine la conveniencia o no de establecer un acuerdo formal. (p.51)

De manera más puntual, fue en la sala de hemodiálisis, donde decidieron enfocar su atención. Posteriormente, llevaron a cabo el proceso de investigación formal, para el conocimiento de la realidad social, como expresan González e Infante (como se citó en Sánchez, 2004, p.241) “la institución o la comunidad es la realidad que se quiere conocer para poder trabajar eficazmente en ella”. Se realizó bajo un enfoque mixto, a través del método cuantitativo, mediante la aplicación de un cuestionario, como instrumento indispensable en la investigación, debido a que les permitió recopilar los datos necesarios para alcanzar el objetivo de investigación: “conocer si el cuidador primario tiene noción acerca de los cuidados alimenticios que debe brindar al paciente que acude a la unidad de hemodiálisis de dicha institución hospitalaria”; además de tener un

acercamiento directo con el cuidador primario, conociendo de esta manera aspectos relacionados con el estado nutricional del paciente y la relación que tiene con el familiar más cercano. Ya que la base para toda intervención del trabajo social, es el conocimiento de lo que aqueja a la persona, grupo, comunidad o institución, y la manera en que se ha tratado de atender esa situación, como lo afirman Cid de León y Vázquez (como se citó en Cabello y Castro, 2016):

El ser humano que tiene dolor y sufrimiento ante la proximidad de la muerte o de un ser querido requiere por parte del equipo de trabajo social de un profundo conocimiento no sólo de la personalidad, sino de los aspectos biológicos, legales, económicos, sociales y espirituales relacionados con el proceso de enfermedad terminal. (p. 223)

El cuestionario se formuló con 50 ítems distribuidos en 5 secciones, con variables como: datos generales, aspectos alimenticios, información adquirida sobre el padecimiento, participación en actividades relacionadas con estilos de alimentación y recursos con los que cuenta, así como la relación entre paciente y cuidador primario; se aplicó a un universo total de 24 cuidadores primarios. El procesamiento de datos se llevó a cabo a través del programa computacional Excel, de Microsoft.

En cuanto al paradigma cualitativo, se hizo uso de la observación participante, ya que “es el proceso que autoriza a los investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en el escenario natural”...(Gallo, como se citó en Guinot , 2009, p.101) ,realizando un recorrido guiado por un profesionista del trabajo social, por todas las áreas que conforman el hospital, con principal énfasis aquellas donde interviene trabajo social , a fin de conocer de viva voz, las funciones que realizan estos profesionistas; así como identificar en que área existe un mayor número de usuarios atendidos, teniendo un acercamiento con ellos, para identificar sus necesidades y expectativas. De igual forma se pudo apreciar las actitudes de los usuarios al momento de responder el instrumento de investigación y el estado emocional en el que se encuentran.

Mediante la técnica de la entrevista informal a los profesionales en trabajo social de cada área, se pudo obtener una referencia previa de las situaciones atendidas y las necesidades que con mayor frecuencia presentan los usuarios que acuden a recibir algún tratamiento, a fin de determinar el contexto de intervención.

Posteriormente mediante el uso de la técnica del diálogo, se logró tener un acercamiento más directo con la trabajadora social responsable de la unidad de hemodiálisis, en donde se trataron aspectos relacionados con la situación de los pacientes y los procesos por los cuales atraviesan, ante la enfermedad, tanto de manera individual como familiar; así como la evaluación social que se realiza del paciente y su familia y los procedimientos establecidos para la

atención de los profesionistas del trabajo social. Esto permitió tener un panorama hacia donde se debería enfocar la intervención, considerando las necesidades presentes dentro de la unidad. Como refieren Vázquez y Cid de León (2014):

Para el trabajo social es de gran interés conocer la manera en la cual se están atendiendo... los efectos psicosociales que se producen a nivel personal, familiar, en las interacciones de los grupos primarios, en la accesibilidad a los servicios de educación, salud.... (p.216)

Un instrumento fundamental durante la práctica, es el diario de campo, en el cual se lleva un registro de las actividades realizadas, y en el cual se describen situaciones relevantes de la práctica que puedan ser útiles para los fines de la investigación.

Después de tener los resultados, se elabora el diagnóstico social (Ander-Egg, 1985):

Es la conclusión del estudio o investigación de una realidad, expresada en un juicio comparativo sobre una situación dada: es el procedimiento por el cual se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan al aspecto, sector o situación de la realidad social motivo de estudio-investigación en vista de la programación y realización de una acción. (p. 95)

A través del cual se realiza una correlación de las situaciones existentes, mediante un diagrama causal, con la finalidad de identificar las causas que están originando el problema; posteriormente se debe jerarquizar y determinar sobre cuál de ellas se va a actuar considerando la factibilidad de llevarlo a cabo mediante la implementación de líneas de acción.

El diagnóstico social dio pauta para la intervención del profesional en trabajo social dentro del campo de acción, es decir, no solo se realiza para saber qué pasa, si no para saber qué hacer.

Mediante el plan de intervención, se establecen las actividades que se proponen para la atención de la problemática, necesidad o área de oportunidad existente, con el propósito de lograr un cambio, como afirma Escartín (1998, p. 27) “la intervención es una acción específica del trabajador social en relación a los sistemas o procesos humanos para producir cambios. Es el qué hacer, pero también el cómo hacer”.

Para efecto de la intervención, las alumnas de la práctica pre profesional consideraron los siguientes objetivos:

---

## General

---

Promover en el cuidador primario una cultura alimenticia saludable, que favorezca a los pacientes con insuficiencia renal crónica.

---

### **Tabla 1: Objetivo general**

*Fuente: Reporte Técnico de T.S. 2016-2017*

---

## Específicos

---

- Sensibilizar al cuidador primario, paciente y equipo de salud acerca de la importancia de brindar una alimentación saludable al paciente con insuficiencia renal.
  - Informar al cuidador primario temas relacionados con la adopción de las actitudes y prácticas alimentarias adecuadas y saludables.
  - Desarrollar en el cuidador primario hábitos de alimentación saludable.
- 

### **Tabla 2: Objetivos específicos**

*Fuente: Reporte Técnico de T.S. 2016-2017*

Para alcanzar estos objetivos, determinaron como estrategias: sensibilización, motivación, interacción y educación, a través de las cuales se desarrollaron las actividades de intervención, planificadas de la siguiente manera:

ACTIVIDADES	OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un registro con el menú de la semana.</li> <li>• Proyección de videos reflexivos enfocados en una alimentación saludable.</li> <li>• Diálogo entre pacientes trasplantados y cuidadores primarios para compartir el estilo de alimentación que adoptaron durante el tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir con el cuidador primario a llevar un control alimenticio del paciente con insuficiencia renal crónica, a través de la reflexión si lo que consume es adecuado y recomendable o no para su salud.</li> <li>• Sensibilizar y concientizar al cuidador primario sobre la importancia de la alimentación</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de tríptico informativo sobre alimentación saludable.</li> <li>• Implementación de módulo informativo y directorio de nutriólogos para un fácil acceso de la información.</li> <li>• Elaboración de un video a través del cual el cuidador primario exprese algunas recomendaciones para futuros pacientes que acudan a la Unidad de Hemodiálisis.</li> <li>• Gestión de profesionales en nutrición para la exposición de temáticas relacionadas con una alimentación saludable.</li> <li>• Plática educativa con un Nutriólogo: “Pregúntale a un experto”</li> <li>• Proyección de Video: “Cocina con salud”</li> </ul>	<p>adecuada en los pacientes con insuficiencia renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr a través de la interacción grupal y manifestación de la experiencia, un aprendizaje sobre la importancia de la alimentación saludable.</li> <li>• Facilitar el acceso a la información de los cuidadores primarios y pacientes de la unidad de hemodiálisis.</li> <li>• Lograr que los pacientes y cuidadores primarios cuenten con instancias para la atención de sus dudas respecto a la alimentación saludable y cuidados.</li> <li>• Reforzar conocimientos sobre alimentación saludable para pacientes con insuficiencia renal crónica, a través de la manifestación de la experiencia de cuidadores primarios.</li> <li>• Integrar la participación de expertos en la exposición de temáticas con énfasis en alimentación saludable para pacientes con insuficiencia renal crónica.</li> <li>• Informar al cuidador primario sobre los alimentos que favorecen la nutrición del paciente con insuficiencia renal, a través del apoyo de un profesional.</li> <li>• Exhortar al cuidador primario a mejorar los patrones alimenticios del paciente y promover la sana</li> </ul>
---	---

	<p>convivencia entre el personal de salud, pacientes y familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el testimonio sobre el impacto del buen comer en pacientes con insuficiencia renal crónica..</li> </ul>
--	---

**Tabla 3: Estrategias**

*Fuente: Reporte Técnico de T.S. 2016-2017*

El modelo de intervención social utilizado es el “sistémico”, basado en la teoría de los sistemas.

De acuerdo a Viscarret (2007):

El modelo se fundamenta en el principio de que las personas para la realización de sus planes y para la superación de las dificultades que les plantea la vida dependen del apoyo que les presten los sistemas sociales existentes en su entorno social inmediato. (p. 274)

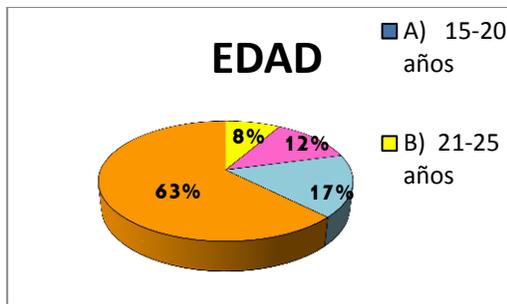
Se considera como base teórica para atender la necesidad del conocimiento en aspectos nutricionales a la Teoría General de Sistemas, la cual permite la explicación de los fenómenos que suceden en la realidad y que permite hacer posible la predicción de la conducta futura de esa realidad, a través del análisis de las totalidades y las interacciones internas de estas y las externas con su medio; en este caso los cuidadores primarios , pacientes y equipo de salud como son parte de este sistema, mismos que trabajan en conjunto para desarrollar y adoptar una cultura alimenticia saludable para beneficio de quien padece de insuficiencia renal .

Permitiendo que la información brindada a los cuidadores primarios sea proporcionada a través del abordaje de los diversos sistemas: el equipo multidisciplinario formado por médicos, trabajador social, enfermeros y nutriólogos; la familia, representada por el paciente y el cuidador primario; el ámbito administrativo, en el que se encuentran otros profesionistas que tienen que ver en la atención de los pacientes, a fin de que exista una comunicación asertiva para el buen manejo de la información y que ésta siga dándose continuamente para las próximas personas a ingresar al tratamiento, aprovechando los recursos, ya sean internos o externos que los cuidadores primarios poseen, pudiendo ser estos, el compartir experiencias o conocimientos adquiridos anteriormente en relación a estilos de alimentación saludable para pacientes que se encuentran en un estado de salud igual o similar.

## Resultados

Respecto a los datos que se obtuvieron en la fase de investigación destacan los siguientes:

Los cuidadores primarios tienen un parentesco cercano con el paciente que presenta la insuficiencia renal, en su mayoría madres, esposas o hijas, lo que manifiesta el apoyo emocional brindado hacia él durante el tratamiento. 63% son del medio urbano y 37% del medio rural. El nivel socioeconómico es bajo en su mayoría. Cabe señalar que en cuanto al periodo de tiempo que llevan asistiendo a la sala de hemodiálisis, el mínimo es de tres semanas, al momento del estudio, y el máximo es de más de dos años; de un total de 24 cuidadores primarios, el 79% son del sexo femenino y el 21 % masculino; 63% son mayores de 40 años, 17% tiene entre 36-40 años, 12% de 31 a 35 años y sólo el 8% de 21 a 25 años (Figura 1):



**Figura 1. Rango de Edad**

Fuente: Elaboración propia<sup>177</sup>

De ellos, solo un 17% ha participado en actividades relacionadas con el cuidado alimenticio que se le debe brindar al paciente con insuficiencia renal, mientras que el 83% restante no ha sido participe de este tipo de actividades de información y educativas (Figura 2):

---

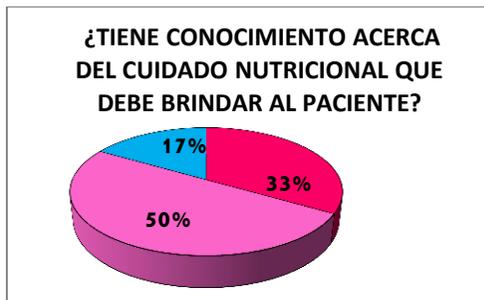
<sup>177</sup> Todas las figuras del documento son elaboración de los autores.



**Figura 2: Participación en actividades**

*Fuente: Elaboración propia*

En lo que respecta al conocimiento que poseen los cuidadores primarios en relación al cuidado alimenticio brindado al paciente, la mitad del universo total investigado, 50% tiene un conocimiento medio relacionado con la alimentación correspondiente, debido a que han escuchado por familiares y/o amigos que han pasado por la misma situación que el paciente, así también por personal capacitado al inicio del tratamiento representado en un 33%, pero consideran que aún resulta importante indagar y aprender más sobre esta temática, mientras que un 17% no tiene noción del tema (Figura 3):



**Figura 3. Conocimiento del tema cuidado nutricional**

*Fuente: Elaboración propia*

El cuidador primario considera de suma importancia aprender nuevas técnicas y modos de preparar y seleccionar los alimentos viables para el paciente (Figura 4), debido a que tiene el temor que esto sea perjudicial a corto o mediano plazo, ya que al no llevar una alimentación saludable, pueden existir efectos posteriores que compliquen más el tratamiento, pues consideran que la

hemodiálisis les ayuda a “limpiar a sangre”, pero no es el único recurso necesario.



**Figura 4. Importancia del conocimiento sobre el tema**

*Fuente: Elaboración propia*

Se requiere capacitar, orientar y asesorar a los cuidadores primarios para que puedan apoyar al paciente durante y después del tratamiento, de igual manera saber las medidas de higiene que se deben de tener después de ser trasplantados y que la información se brinde en su momento y no cuando pasen cosas desfavorables, considerando la importancia que implica una buena alimentación en estos casos, con el fin de disminuir la ansiedad en los cuidadores primarios.

En la elaboración de Diagnóstico Social las estudiantes, utilizaron el diagrama de Ishikawa (Figura 5) , para hacer el análisis causal:



**Figura 5: Diagrama Causal**

*Fuente: Elaboración propia*

Una vez procesados y analizados los datos se concluyó que dentro de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Cd. Victoria, existe la necesidad de ampliar y reforzar los conocimientos que el cuidador primario posee en relación a los aspectos nutricionales que debe brindar al paciente con insuficiencia renal, debido a que como factores causales se encontró que en lo que concierne a los cuidadores primarios hay insuficiencia de conocimientos respecto al tema, algunos debido al poco tiempo de haber llegado a la sala de hemodiálisis; además de no contar con un apoyo profesional de nutriólogos, desde el inicio del padecimiento de su paciente, así como tener un desconocimiento sobre organismos gubernamentales y no gubernamentales que les pueden proporcionar el apoyo.

Como resultados inmediatos de la intervención social, se dio la aceptación, sensibilización y conciencia de los cuidadores primarios sobre la necesidad imperante de capacitarse sobre el tema de la alimentación saludable, ya que esto les hace tener inseguridad y sentir ansiedad; permitió el acercamiento de profesionistas, expertos en la materia, quienes a través de su participación, lograron transmitir temas importantes y de actualidad, logrando atenuar la ansiedad del cuidador primario; así mismo se logró una interacción entre los cuidadores primarios, pacientes, el equipo de salud y directivos, permitiendo que se diera una comunicación abierta, a través de la cual se recibieron comentarios y sugerencias por parte de los pacientes y sus familiares; esto conminó a las autoridades directivas a comprometerse para atender las necesidades más apremiantes, tomando en cuenta la opinión de quienes padecen los estragos de la enfermedad, exhortándolos a mantener el acercamiento y la comunicación; además el compromiso de crear un foro abierto hacia la comunidad, a través de las redes sociales.

El hacer la difusión sobre los aspectos de nutrición para el cuidado del paciente con insuficiencia renal, a través de las diferentes actividades programadas, permitió no sólo el conocimiento en el paciente y su cuidador primario, además fue un gran baluarte para el aprendizaje la población usuaria de los servicios de salud del hospital.

## **Discusión**

En la presente comunicación se confirma lo que la literatura a nivel internacional afirma, que en su mayoría quienes fungen como cuidadores primarios son las personas del sexo femenino; desempeñando el rol de madre, esposa o hija, lo que demuestra que aunque ha habido cambios en el sistema familiar, ante un mundo más globalizado, las funciones de cuidado siguen bajo la responsabilidad de la mujer, los patrones no han sufrido cambios, a pesar del tiempo transcurrido, esto denota dos aspectos fundamentales: por un

lado la necesidad de generar programas y proyectos de intervención que brinden el apoyo social que los cuidadores requieren, tomando en cuenta sus necesidades y expectativas; además de considerar pertinente incluir desde los niveles básicos de educación, la información respecto a estos temas, con la finalidad de crear conciencia social, promover la solidaridad y ser más incluyentes con el sexo masculino en este tipo de responsabilidades.

También es importante señalar que el desempeñar el rol como cuidador primario, no asegura tener el conocimiento sobre el padecimiento en particular, que las instituciones de salud deben considerar dentro de sus políticas internas, como parte del programa de educación continua para pacientes y familiares, la capacitación específica, acorde a las necesidades.

El acompañar al paciente durante el trayecto de su enfermedad, genera en el cuidador primario sobrecarga y situaciones de estrés, lo que a corto, mediano o largo plazo, contribuye en el desgaste físico y emocional, por lo que es imperante implementar programas de salud mental, que coadyuven a mejorar la calidad de vida de los cuidadores primarios.

## **Conclusión**

Se concluye que la importancia que tiene en el tratamiento del paciente sujeto a procedimiento de hemodiálisis el cuidador primario resulta fundamental, dada la cercanía entre ellos, ya que por lo general esta responsabilidad es asumida por un familiar en primera línea. Del sexo femenino en su mayoría, mayores de 40 años, no tienen inicialmente experiencia en capacitación nutricional, la cual adquieren al involucrarse en el tratamiento de hemodiálisis, gracias a la participación de miembros del equipo multidisciplinario.

Existe disposición en el cuidador primario por aprender sobre temas de nutrición, y por mejorar la atención de sus familiares sujetos a hemodiálisis, conscientes de que una atención integral puede propiciar que las complicaciones no se presenten en forma tan inmediata o consecuente.

Resulta fundamental el instrumentar acciones tendientes a capacitar al cuidador primario en material de nutrición respecto a sus familiares con procedimiento de hemodiálisis, enfatizando sobre temas que estén relacionados con la evolución de su problema nefrológico y formas de limitar el avance de posibles complicaciones.

En base a los resultados de los estudios realizados, se considera que es importante ampliar y reforzar los conocimientos del cuidador primario para que pueda éste ofrecer mejor y mayor atención al paciente con insuficiencia renal, para lo que se requiere de la participación de profesionales de la

nutrición y apoyo de las instituciones, ya que en ellos, los cuidadores primarios, existe una gran disposición por proporcionar ayuda y orientación a sus familiares.

## Referencias bibliográficas

- Alfaro-Ramírez, O., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Ramos, B. y Guevara, U. (2008). *Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales*, 46(5), 485-494. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im085e.pdf>
- Ander- Egg, E. (1985). *Investigación y Diagnóstico para el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Humanitas.
- Cid de León, B., y Vázquez, S. (2016). *La intervención del trabajo social ante la muerte. Abordaje desde los modelos sistémicos y de crisis*. En M., Cabello y M., Castro (Ed). *La intervención en Trabajo Social*. (pp. 223-253): México: Editorial Universitaria UANL
- Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión. (2016). *En México 12 millones de personas padecen algún grado de deterioro renal*. (1003). Recuperado de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Febrero/23/1003-En-Mexico-12-millones-de-personas-padecen-algun-grado-de-deterioro-renal>
- Escartín, M. (1998). *Manual de Trabajo Social (Modelos de práctica profesional)*. España: Editorial Aguacalera.
- Espinoza, K., y Jofre, V., (2012). *Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales*, 18(2), 23-30. Recuperado de [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art\\_03.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_03.pdf)
- Fernández, J. (2014). *Las prácticas externas y la supervisión, dos elementos clave en la formación del grado en Trabajo Social*. En E. Pastor & M. Martínez (Ed), *Trabajo Social en el Siglo XXI Una perspectiva internacional comparada* (pp. 47-56): Madrid. Editorial Grupo 5
- Gallo, L. (2009). *Técnicas para la obtención, elaboración y proceso de la información*. En C. Guinot (Ed). *Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social*. (pp. 99-107): España: Deusto publicaciones.
- García, M., García, M., y Guerrero M. (2016-2017). *El cuidador primario de pacientes con insuficiencia renal crónica*. (Reporte Técnico de la Práctica Preprofesional I y II). Universidad Autónoma de Tamaulipas. México.

- Guerrero, J., Romero, G., Martínez, M., Martínez, R., Rosas, S. (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2) Recuperado de [www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162d.pdf)
- Gil, I., Pilares, J., Romero, R., Santos, M., (2013). *Cansancio del rol de cuidador principal del paciente en hemodiálisis*, 16(1), 156-217. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v16s1/comunicacion\\_poster19.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v16s1/comunicacion_poster19.pdf)
- González, M., e Infante, V. (2004). *La sistematización en trabajo social*. En M., Sánchez (Ed), *Manual de Trabajo Social* (pp. 237-273): México. Plaza y Valdes.
- Pimentel, J. (2013). *Trabajo social, la importancia de la investigación en áreas no abordadas*. En S. Preciado, E. Covarrubias (Ed). *Trabajo social y la importancia de la investigación en diferentes áreas de actuación* (pp.199-215). México: Ediciones de la noche.
- Rivera, G., Mejía, J., Chiquete, E., Beltrán, C., Barrientos, V., Alfaro, I., Quiroz, P., Montelongo, D., Lara, A. y Sánchez, S. (2016). *Evaluación de variables psicosociales en el cuidador del paciente con enfermedad avanzada: un propuesta preliminar*, 26(2), 147-160. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2191>
- Tirado, L., Durán, J., Rojas, M., Venado, A., Pacheco, R., y López, M. (2011). *Las unidades de hemodiálisis en México: una evaluación de sus características, procesos y resultados*, 53(4), s491-s498. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011001000013](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000013)
- Vázquez, S., Cid de León, B. (2016). *El autocuidado y los riesgos en la salud de los trabajadores sociales del sector salud en Tamaulipas. El caso de la Secretaría de Salud en Tamaulipas-México*. En S. Vázquez, B. Cid de León & E. Montemayor (Ed), *Riesgos y Trabajo Social* (pp. 267-278). México: Porrúa.
- Vázquez, S., Pimentel, J., Cid de León, B., (2014). *La vulnerabilidad asociada a la inseguridad. Los retos de la intervención desde el trabajo social*. *Revista Azarbe N. 03*: 215-222. España: Editorial Universidad de Murcia
- Viscarret, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. España: Alianza Editorial
- World Health Organization. (1999), *WHO Fact Sheet "Caregiving"*. Geneva: WHO.

## “De la construcción social a la construcción teórico – metodológica de la nota de Trabajo Social en el contexto hospitalario”.

Ruth Lomelí Gutiérrez<sup>178</sup>  
Nora Hilda Fuentes León<sup>179</sup>

### Resumen

**E**n el marco la Universidad Veracruzana las funciones sustantivas en la academia giran entorno de la docencia, la investigación y la vinculación de manera articulada; esta condición nos da la oportunidad de acercarnos a las realidades que representan los diversos actores sociales en su vida cotidiana es así que bajo este escenario la presente comunicación tiene su punto de referencia como parte de los resultados del Proyecto de vinculación denominado “Intercambio de Experiencias Teórico- Prácticas En Trabajo Social”, particularmente el acercamiento con los pares del área de la salud y la práctica docente ha permitido identificar las diferentes construcciones sociales bajo las cuales se significa la elaboración de la nota médico - social sobre los fundamentos teóricos metodológicos de la profesión , el análisis de estas construcciones han sido detonantes para la demarcación de situaciones a considerar en su elaboración desde el Trabajo Social , así como la unificación de criterios y lineamientos en el llenado de los mismos. Para el análisis de esta experiencia ha estado sustentado por la Fenometodología y Etnometodología, se utilizó como herramienta de campo el taller como el espacio de encuentros y desencuentros de cara a cara generadores de diálogo y reflexión en tres contextos Hospital Regional de Petróleos Mexicanos, Hospital Regional Valentín Gómez Farías y colegas de sistemas de salud de Tabasco pertenecientes al Colegio del Trabajadoras Sociales de esa Entidad Federativa para trascender de la construcción social de la nota médico social a la construcción basada en los principios teóricos - metodológicos del Trabajo social.

**Palabras claves:** Construcción social, Método, Reflexividad.

### Introducción

**L**a presente comunicación tiene como intención compartir los resultados de un Proyecto de Vinculación denominado “Intercambio de Experiencias Teórico- Prácticas en Trabajo Social”; particularmente en torno a elaboración de la nota de Trabajo Social en el área de hospitalización por colegas del Hospital, Regional de Petróleos Mexicanos de Minatitlán, Hospital Regional Valentín Gómez Farías de Coatzacoalcos y con integrantes del Colegio de Trabajadores Sociales del Estado de Tabasco con ejercicio en diversas instituciones de salud. Metodológicamente es un

---

<sup>178</sup> Universidad Veracruzana, Facultad de Trabajo Social.

<sup>179</sup> Universidad Veracruzana, Facultad de Trabajo Social.

trabajo cualitativo, participativo y de análisis fenomenológico. En su desarrollo expone un marco de referencia inductivo-empírico, el proceso metodológico bajo el cual se desarrolló la experiencia y los resultados.

## **Marco de referencia**

Sin duda alguna, uno de los campos más tradicionales del Trabajo Social es el campo de la salud en el cual se han detonado una serie de modelos institucionales que han marcado de manera significativa para el gremio una representación sobre el hacer profesional. Sin embargo retomar sus antecedentes ha permitido reflexionar sobre el predominio de esos marcos institucionales y su relación con la imagen que los usuarios de las diversas instituciones de salud construyen sobre el profesional del Trabajo Social.

Bajo esta premisa esta comunicación toma como punto de partida las primeras prácticas desde lo social en el marco de las instituciones de salud. En términos de la Maestra Nelia Tello:

La intervención social recae en lo social, los sujetos de lo social, ya individuales, ya colectivos, son parte de la construcción histórica de la realidad. Asumirlos y asumirse como tal fundamenta la posibilidad de un cambio intencionado en una realidad dada. (Tello, 2017, p. 5)

En una mirada desde y para adentro del quehacer profesional bien se puede decir que hay una intención de privilegiar la reflexión del hacer mismo en su construcción histórica-social, observándonos como sujetos que en lo individual y colectivo hemos aportado con nuestras representaciones un significado social sobre lo que somos como miembros del gremio.

Garcés (2011) construye una compilación cronológica considerada para este tema como importante denominada Historia cronológica del Trabajo Social en los Estados Unidos. En dicho documento describe las contribuciones del Dr. Cabot al ejercicio del Trabajo Social con repercusiones en los Hospitales de los Estados Unidos del cual hace referencia en lo siguiente:

Después de 1905 la mayoría de las trabajadoras sociales fueron entrenadas como enfermeras. Cabot cambió la manera en que el departamento de servicios ambulatorios del hospital funcionaba, pensando que las condiciones económicas, sociales, familiares y psicológicas eran la causa de las muchas condiciones que los pacientes presentaban cuando llegaban al hospital. Cabot pensó que las trabajadoras sociales podrían trabajar en una relación complementaria con los médicos quienes se encargarían de los problemas fisiológicos y las trabajadoras sociales se encargarían de los problemas psicosociales. (Garcés, 2011, p.4)

En su génesis, el Trabajo Social hospitalario desde la valoración con un trasfondo fisiológico fue imaginado en un hacer que trasciende los muros de la institución y especializado en y para el abordaje de la realidad en las dimensiones psico-sociales. Por otro lado es importante hacer énfasis en la construcción de una acción profesional multidisciplinar que explique el ciclo de la salud-enfermedad-salud. En su momento visión que posiciona y reconoce al quehacer profesional importante y necesario en la atención de las pacientes-usuarios del sistema de salud con habilidades, conocimientos y una actitud para la investigación como el eje para orientar la atención del paciente.

Sin duda alguna la innovación de ciencia y técnica en las Ciencias Sociales por un lado dan la oportunidad a los profesionales del Trabajo Social para la construcción de escenarios desde diversas miradas ya sea por adopción de una mirada o en términos de complementariedad. Por otro lado en términos metodológicos la utilización de los enfoques cuantitativos y cualitativos.

Las ideas y concepciones que bajo la forma de teorías estructuran determinadas visiones del mundo, la lógica inmersa en los procedimientos utilizados para el abordaje de realidad y los objetos específicos, conforman una amalgama-de íntimas articulaciones y conexiones- definitoria de las opciones metodológicas que en un momento dado se asumen. (Vélez, 2012, p. 57)

Es interesante reconocer que en lo individual se construye una concepción que también determina la selección estrategias específicas de actuación profesional como bien lo plantea la misma autora; que toda acción se construye a partir de una concepción y que en la selección de las estrategias de actuación consideradas pensadas desde el Trabajo Social se encuentra una carga con un conjunto de representaciones en lo general sobre lo social y en particular sobre el Trabajo Social.

Aunado al origen que da existencia al Trabajo Social en el contexto de la salud se suman las aportaciones de los pioneros y contemporáneos en relación a los métodos, metodologías y técnicas para la intervención. Autores como: Gallardo (1976); Ander-Egg (1984); Rangel (2002) cuyas construcciones que desde sus particulares experiencias y miradas coinciden en representar un proceso que tiene su origen con el estudio social, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y evaluación. Otros incluyen procesos específicos como la sistematización, educación, orientación social y organización.

Sin embargo cualquiera que sea la referencia es un hecho, que la base de toda decisión para resolver o atender un problema radica en la forma en que se aborda el problema o necesidad social y que los programas de

formación de los Trabajadores Sociales en sus niveles técnicos, licenciatura y posgrado incluyen como un saber necesario los contenidos de la investigación social y los métodos, metodologías y modelos de intervención en Trabajo Social. Estas condiciones permiten construir como imaginario, que en el ámbito de lo laboral los y las Trabajadoras Sociales desempeñen procedimientos de este campo del conocimiento; que en particular es el campo de la salud donde está obligado a evidenciar el desempeño profesional ante la solución del problema o necesidad social a través de la nota médico – social.

En su momento fue Cabot (Como se citó en Garcés, 2011) quien pensó que las trabajadoras sociales podrían trabajar en una relación complementaria con los médicos quienes se encargarían de los problemas fisiológicos y las trabajadoras sociales se encargarían de los problemas psicosociales. Si bien en su conjunto los niveles de atención requieren de un proceso multidisciplinario y desde la academia trasdisciplinarios, se ha hecho interesante lograr una aproximación con las prácticas ejercidas por los colegas ante esta tarea y ante los modelos, métodos e instrumentos que utiliza para dar cuenta de su participación profesional en el proceso de la enfermedad-salud-enfermedad.

Sumamos a la interrogante ¿Qué hacer para contribuir a la modificación de la situación-problema? La interrogante ¿Cómo evidenciar que lo que he identificado como objeto concreto de intervención se está modificando?)

El objeto de intervención de trabajo social, entendido como el espacio de las relaciones, las interacciones, los vínculos, los lazos que se establecen entre los sujetos sociales, o bien los procesos sociales. No importa el problema que se aborde, siempre es necesario enfocarse en lo social, lo cual evitará la pérdida de especificidad de nuestra intervención y que ésta se diluya en actividades de apoyo o de servicio. (Tello y Ornelas, 2015, p. 20)

Si contextualizamos en el campo de la salud la construcción del objeto de estudio se requiere que el profesional sea capaz de establecer una serie de relaciones con otros, en este caso con los integrantes del equipo de salud, el enfermo y su familia lo interesante de esto es que como sujeto social el Trabajador Social ha construido una subjetividad en su relación con vínculos previos y fuera del contexto institucional y bajo la cual estructura su pensamiento.

En el marco institucional las y los Trabajadores Sociales han integrado como parte de su ejercicio la importancia de elaborar la nota médico social como un instrumento al parecer más de presencia que de evidencia en los procesos de atención. La demanda de las jefas de Trabajo Social de servicio a la academia para buscar una alternativa que eviten que las y los colegas repitan los diagnósticos médicos ha favorecido a la reflexión sobre: el

posicionamiento profesional los modelos de actuación, los métodos, metodologías y herramientas para la identificación del problema o necesidad y el seguimiento de su actuación es decir:

La Institucionalización bajo este proceso por el que se construye el sentido de la realidad social se encuentra el hecho de externalización que llevan a cabo las personas; es decir, deben producir lo que necesitan para sobrevivir. En este proceso de externalización las personas suelen desarrollar pautas habituales de acción e interacción en situaciones recurrentes. La vida sería imposible sin la existencia de hábitos. Sería sumamente difícil decidir una acción apropiada para cada nueva situación. (Ritzer, 1993, p. 284)

Si bien los y las colegas integran a su práctica diagnosticar como lo hace el médico como acto de cumplimiento en el expediente clínico de los pacientes y una forma de subsistencia en el área de hospitalización hecho aceptado y no cuestionado durante mucho tiempo sin embargo después de este acto supletorio la situación se complejiza en el sentido de no tener ahora que escribir para dar seguimiento al diagnóstico a través de la nota de Trabajo Social.

Bajo este panorama se parte del principio que el profesional en su connotación de sujeto se manifiesta como un sujeto inmerso y mediado por significados compartidos y contruidos en la colectividad ya que en la colectividad esta acción de creer que es correcto indicar el diagnóstico del médico en el propio sin embargo limitado para dar seguimiento profesional desde lo social.

## **Proceso metodológico**

Metodológicamente el presente trabajo es cualitativo dado que: en su naturaleza inductiva, responde a la demanda de las jefas de Departamento de Trabajo Social y necesidades de un colectivo gremial respecto a cómo mejorar la estructura y contenido de la nota médico social. Es Fenomenológico ya que se ha hecho énfasis en la manifestación de las experiencias en su dimensión individual y colectiva. Así mismo se ha privilegiado el taller como el espacio de encuentro y desencuentros entre los sujetos y los sujetos con las demandas institucionales relacionadas a la construcción de la notas de Trabajo Social; recupera y analiza el discurso de los y las participantes. En términos Etnometodológicos se ha privilegiado “la reflexividad entendida como el proceso en el que estamos todos implicados para crear la realidad social mediante nuestros pensamientos y nuestras acciones” (Ritzer, 1993, p. 289).

## Resultados

El proceso de campo se ha desarrollado por los siguientes momentos:

- **Identificación del problema (Primera aproximación)** Los Proyectos de Vinculación Universitaria favorecen el acercamiento con los diversos sectores a sus problemáticas y necesidades, en el caso de las autoras de manera particular con las colegas inmersas en diferentes ámbitos de la profesión. Sin duda alguna el más detonante y demandante ha sido el ámbito de la salud a través de la participación como facilitadoras en los programas de Educación Continua de los Hospitales. Este espacio ha sido el determinante para develar las dificultades que presentan las colegas para responder a la exigencia en la elaboración de la nota de Trabajo Social en el área de la hospitalización y se pide sea incluido como parte de los contenidos de la Educación Continua. Situación parecida en el caso del Colegio de Trabajadoras Sociales del Estado de Tabasco sin embargo con una representación más amplia en el sentido de que aglutina a colegas de los diversos niveles de atención del sistema de salud.
- **Construcción de estrategias** Cuando se tienen conocimientos sobre la naturaleza y dinámica de las instituciones cualquier propuesta aunque surja de su interior genera incertidumbre para quien la diseña, en este sentido nos propusimos diseñar un proceso que no respondiera al planteamiento institucional por un lado y por otro a una posible receta quizás esperada por las colegas. Privilegiamos la construcción racional dada por la experiencia individual y enriquecerla con la subjetividad de la colectividad; posicionar a los Trabajadores Sociales como sujetos históricos en su propio deshacer y hacer. Cazzaniga (como se citó en Rangel, 2014) refiere: La noción de sujeto se configura en uno de los aspectos constituido de la disciplina, y que su análisis está íntimamente relacionado con otros aspectos tales como corrientes teóricas, objetos, objetivos, estrategias metodológicas, espacio profesional en un contexto sociohistórico determinado.

Incluir en esta noción la concepción de la condición humana en toda su dimensión y generar un escenario en donde la palabra, las emociones y la experiencia orienten este deshacer y hacer en relación a la nota de Trabajo Social. En este sentido se construyeron las siguientes preguntas generadoras:

¿Qué es una nota de Trabajo Social en el contexto hospitalario?  
(como la defino, cuál es su función y/o intención de una nota)

Considerando, tu experiencia, tus cargas de trabajo, el papel de las notas de Trabajo Social en el proceso de atención hospitalaria y poshospitalaria.

¿Cuáles sería los criterios para integrar una nota de Trabajo Social en el expediente clínico?

En esencia ¿cuáles son los rasgos distintivos entre la nota del Médico y la nota del Trabajador Social?

¿Cuáles son los instrumentos y técnicas auxiliares para la elaboración de la nota de Trabajo Social?

- **Operación de la estrategia.** La operación de la estrategia estuvo sujeta al siguiente protocolo: Determinar con las responsables de los grupos lugar y hora de inicio. Autorización institucional para la asistencia de los participantes y el Planteamiento de las preguntas generadoras utilizando el taller como espacio para la reflexión y el aprendizaje colectivo.
- **Propuesta de mejora** (deshacer y hacer) Proceso de reflexión sobre la naturaleza de la nota de Trabajo Social y toma de decisiones para su implementación.

A continuación se exponen algunas de las representaciones manifestadas en las respuestas a las preguntas generadoras.

-Es registrar los datos más relevantes del paciente durante su ingreso y estancia hospitalaria. Registrar estudios y eventos solicitados. Tiene la intención de llevar registro de lo realizado durante su estancia hospitalaria.
-Es un registro legal en el cual se registran los datos de un paciente para conocer su entorno familiar y social y su función para conocer la problemática que está pasando el paciente.
Es una recopilación de datos del paciente registro de intervenciones sociales del paciente satisfactorios que benefician el contexto de salud del paciente. En conjunto con tratamiento médico.
Es una descripción de la problemática social que nos permite conocer el entorno social del paciente tanto hospitalario como familiar tomando como punto principal el bienestar del paciente.
La recopilación de datos del paciente de diferentes aspectos que nos ayudan a identificar y conocer muchos aspectos de la enfermedad y del paciente (.....) para diagnosticar, TX y trato del paciente así como el entorno familiar , trabajo
La nota de Trabajo Social nos orienta a nosotros como Trabajadores Sociales para conocer la situación social y económica del paciente.
Es la forma de dar a informar acerca de la problemática del paciente y de su evolución de él y para conocer su entorno familiar, social (.....)

Es el apartado o el espacio asignado a Trabajo Social en el expediente de un paciente. Tiene la función de recabar la información más importante del paciente en cuanto a su atención médico-social este hospitalizado o se encuentre en tratamiento.
Una nota de Trabajo Social es una descripción de sucesos que presentan los pacientes, así como también, familiares, personal médico y paramédico.
Es el desarrollo o relato del ingreso del paciente a la unidad hospitalaria así como el ámbito social, familiar en el que se desenvuelve.
Es la observación del paciente desde el punto de vista social (su dinámica familiar, su estado emocional, la posible causa de su enfermedad actual) la defino como una herramienta que nos ayude a apoyar al enfermo a detectar causas de su estado actual y tratar de darle ayuda desde el punto de aceptación, de él mismo, su entorno, cultura y emocional.
Es una descripción que su principal función es dar a conocer los datos importantes del pacientes, su situación económica, el tipo de familia las características del lugar donde habita, al igual en una nota médica, se da un posible diagnostico que el médico lo indica; esto conlleva, así el paciente es de familia con carencias o no.

**Tabla 1. Significado sobre la nota de Trabajo Social**

*Fuente: Instrumento del Taller, elaboración propia.*

De acuerdo a las construcciones que plantean las Trabajadoras y Trabajadores Sociales de los diversos contextos donde se replicó el taller, denotan conocimiento y claridad en cuanto a los elementos y la utilidad que tiene la nota de Trabajo Social en la atención de la salud integral, aunque en la práctica no se manifiesta con base a lo que manifiestan las jefas de los departamentos de Trabajo social.

<b>Instrumental</b>	Instrumento	Recabar información Observación Registra datos
	Herramienta	Recopilación de datos
	Registro legal	Forma de dar informar
<b>Esencia</b>	Aspecto social - factores sociales -familiar. Entorno familiar -social-trabajo- relación con la familia Problemática social-hospitalario y social-Inquietudes y necesidades que originan el ingreso- Problema emocional-	<b>Circunstancias inmediatas</b> Familiares, Hospitalario, Emocional, Dinámica familiar, Necesidades, Inquietudes, Relación con la familia. <b>Circunstancias mediatas</b> Factores sociales Trabajo, Relación de contextos (Familia, Trabajo, Hospital)

	estado emocional Relación del paciente con la enfermedad- Dinámica familiar Problemática del paciente	
<b>Sentido (a razón de qué )</b>	...“lograr la prevención y/o corrección de sus hábitos (aspectos) sociales que influyen en su ingreso del paciente y familia”. ...“como punto principal el bienestar del paciente. .... “mostrar la evolución”. ... “fuente de información para el médico”. ... “sirve para la comunicación entre el paciente y el médico” ... “para la recuperación o rehabilitación de la salud”. ... “nos ayude a apoyar al enfermo a detectar causas de su estado actual y tratar de darle ayuda desde el punto de aceptación, de él mismo, su entorno, cultura y emocional”. ... “ayudaran al médico a mejorar el diagnóstico y tratamiento para el paciente” ... “es un apoyo para el médico ...el médico conocerá el entorno social del paciente	
<b>Modalidad</b>	Descriptivo - identificar y conocer muchos aspectos de la enfermedad	
<b>Enfoque</b>	Psicosocial (1) Multifactorial (que factores, el entorno, diferentes aspectos)	

**Tabla 2. Naturaleza del significado**

*Fuente: instrumento del Taller, elaboración propia*

El cuadro anterior permite describir la naturaleza de los significados que construyen los Trabajadores Sociales respecto a la Nota de trabajo Social en el contexto hospitalario, en cuanto a la naturaleza **instrumental** la ven como “Instrumento, Herramienta y Registro legal” donde se “Recaba información”, se “Registra datos”, así como las “Observación” respecto al usuario, buscando identificar las causas de la enfermedad; respecto a **La esencia** punto fundamental de la nota de Trabajo Social expresaron que debe incluir “Aspecto social , factores sociales , Entorno familiar -social-trabajo- relación con la familia, las Problemática social-hospitalario y social-Inquietudes y necesidades que originan el ingreso, problema emocional, estado emocional Relación del paciente con la enfermedad- Dinámica

familiar, Problemática del paciente; otro aspecto identificado en la naturaleza es el **Sentido** que tiene este instrumento para el desarrollo de las funciones inherentes al Trabajo Social en el área de la salud ...“lograr la prevención y/o corrección de sus hábitos (aspectos) sociales que influyen en su ingreso del paciente y familia”, “Mostrar la evolución”.

... “fuente de información para el médico”. ... “sirve para la comunicación entre el paciente y el médico”, “nos ayude a apoyar al enfermo a detectar causas de su estado actual y tratar de darle ayuda desde el punto de aceptación, de él mismo, su entorno, cultura y emocional”.

... “ayudaran al médico a mejorar el diagnóstico y tratamiento para el paciente”...”el médico conocerá el entorno social del paciente”, lo expresado por los participantes nos permite identificar que en cuanto al sentido de la nota de Trabajo Social, la ven más como una herramienta de utilidad para el desarrollo de la función del Médico en relación a la atención que este debe de brindar a los pacientes , pero no así como instrumento que le permita a los Trabajadores Sociales identificar las problemáticas sociales que viven los usuarios, generar un plan social y esta forma contribuir en la recuperación de la salud integral; en cuanto a la **Modalidad**, Trabajadores Sociales participantes de las distintas instituciones concuerdan que debe ser “Descriptivo” aun que le dan mayor importancia a “identificar y conocer muchos aspectos de la enfermedad” en vez de centrarse en los aspectos sociales; de acuerdo al **Enfoque** coinciden en que debe ser “Psicosocial” donde convergen aspectos “Multifactorial”, si bien es cierto este debe ser el enfoque de la Nota de Trabajo Social, esto no concuerda con lo expresado por los participantes en cuanto a al sentido de esta herramienta .

Nota médica	Nota de Trabajo Social
Toma en cuenta la patología	Toma en cuenta el entorno social
Antecedentes de la enfermedad, edad, inicio de la patología, diagnóstico, tratamiento	Nombre, edad, ocupación. Dinámica familiar, religión, cultura. Grado de estudios, diagnóstico, intervención
Síntomas de la enfermedad, tratamiento, estudios, historia clínica.	Entorno familiar. Información de sus derechos y obligaciones, orientación sobre tramites y estudios, canalización a diferentes servicios.
Ficha, nombre del paciente, datos personales, signos vitales, antecedentes de la enfermedad, plan tentativo, diagnóstico.	Nombre del paciente completo, ficha datos personales, firma, observaciones, plan de trabajo,

Ficha, nombre del paciente, datos generales, signos vitales, diagnóstico, antecedentes y desarrollo de la enfermedad, plan tentativo	Datos personales, ficha, sexo, religión, observaciones, plan tentativo, diagnóstico, objetivo, resultado, canalizaciones.
Aspectos físicos, anatómicos	Aspectos sociales
Aspectos médicos, diagnóstico, plan	Aspectos sociales, familiares, ambientales, laborales, higiene
Diagnóstico y tratamiento médico	Diagnostico social
Aspectos fisiológicos ,anatómicos	Aspectos biopsicosociales culturales
Nombre, Sexo, Fecha y hora, Diagnostico, Expediente, Cama	Nombre, Edad, No. De expediente, Cama, Sexo , fecha y hora
Nombre, Edad, Dx. Médico, Tratamiento médico, Dieta, Estudios pendientes	Nombre, Edad, Dx. Social, Intervención de TS, Plan social, Seguimiento
Explican sobre los manejos del tratamiento del paciente (medicamentos resultados de laboratorios y Rx etc.	Explica situaciones relacionadas con problemas sociales del paciente.
Diagnóstico médico ,Indicaciones médicas, Prescripción de medicamentos , Medidas generales	Nombre, edad, sexo; cama; Diagnóstico, fecha y hora; Situación social; Situación económica, Familiar responsable
Antecedente de patologías familiares, situación actual.	La entrevista, (escrita)
Antecedentes de enfermedades, Tratamiento	Ingreso: referencia, Situación económica, Quien lo canaliza, Que gestiones se realizan
En conjunto con el médico tratante, el plan a seguir con el paciente.	Llevar a cabo un plan con el paciente a un buen término del mismo.
Nombre del paciente, Fecha y hora ingreso redacción de la nota, Edad, Sexo, Servicio, Expediente, Desarrollo de la nota	Nombre del paciente, Fecha y hora de ingreso o redacción dela nota, Edad, Sexo, Servicio Expediente
Inicio de padecimiento, Tratamiento médico o atención recibida, Estado general del paciente, Tratamiento médico.	Procedencia del paciente, Orientar sobre el procedimiento y cobertura estancia hospitalaria.

**Tabla3. Aspectos distintivos de la Nota médica y la Nota de Trabajo Social**

*Fuente: instrumento del Taller, elaboración propia.*

El cuadro anterior describe el discurso de algunos de los participantes en relación a las diferencias que ellos consideran existen entre los rasgos distintivos de la Nota médica y la Nota de Trabajo Social, como se puede observar en varios de los participantes hay una gran similitud en los

contenidos de las notas, esto concuerda con lo que expresan las jefas de los departamentos de Trabajo Social, en relación al desempeño de los Trabajadores Sociales en la elaboración de Notas que tienen una gran influencia de las elaboradas por los Médicos, en vez de Notas con enfoque de Trabajo Social, son pocos los que expresan que la nota debe incluir aspectos familiares, económicos, culturales y sociales de su contexto inmediato, también dejan de lado el estructurar un plan social para dar respuesta a las problemáticas que manifiesten los usuarios, a través de los talleres se identifica también que no hay una claridad en los lineamientos a considerar respecto a que usuarios elaborarle Nota y a cuáles no.

Desde el enfoque Fenomenológico se identifican las **Representaciones** que construyen los participantes:

- *“Es muy importante identificar el entorno familiar”*
- *“Hablar de una terapia familiar, necesitaría el grupo estar demandando ese servicio”*
- *“Sería necesario tener una especialidad en terapia sistémica, es necesario estar más preparadas, pues es necesario estos conocimientos,”*
- *“Es importante la intervención del Trabajador Social para la solución de los problemas. Pues la intervención les permite tener una mejor recuperación.”*
- *“Si pero lo difícil es tratar de cambiar los formas de pensar, no nos metemos a cambiar estas formas de pensar.”*
- *“Se identifica que de la nota médica es de carácter instrumental, que puede llegar a ser útil.”*
- *“La nota médica es para aportarle al médico, pero sería importante ver como la está viendo el médico,”*
- *“Es muy sustantiva porque permite identificar situaciones sustantivas”*
- *“La nota es descriptiva, pero expresa como se siente el paciente”*
- *“El médico solo ve las notas como algo simple, el médico da al paciente el medicamento y el paciente no reacciona, pero el médico solo lo ve desde la parte médica”*
- *“Es importante preguntarle al paciente como se siente, para poder identificar como esta, por que en muchas ocasiones no se llevan bien con su familia”.*
- *“Cuando identifican en la nota situaciones sociales le quieren dar tiempo, pero las ponen a hacer cuestiones administrativas”*
- *“Su prioridad es darle respuesta a la parte administrativa, aun cuando es necesaria su intervención con estos pacientes.”*

- *“Hay pacientes que no necesitan notas , porque por ejemplo en gineco las pacientes no presentan muchos casos donde se deba de presentar notas”*
- *“El incluir en el expediente las notas de Trabajo Social brinda, mayor estatus al Trabajo Social.”*
- *“La administración se tiene que dar cuenta de la importancia que tiene la nota de TS. Y dejar de lado la parte administrativa.”*

De acuerdo a Galeana de la O. (2005) definir el campo de problemas que atienden profesiones multidisciplinarias como el Trabajo Social, presenta a primera vista una gran complejidad; sin embargo, si se realiza un análisis de las características del quehacer profesional, su intervención se identifica de manera clara y precisa en diversas áreas de la realidad social.

Sin duda una de las problemáticas a las que se enfrenta el Trabajador Social , es esa falta de definición del quehacer profesional, aspecto que pudimos identificar en el discurso de los participantes en los distintos talleres, aun cuando todos están inmersos en el área de la salud , cada institución tiene su propio manual de intervención, su propio reglamento, esto genera que no sea homogénea la intervención de los Trabajadores Sociales, otra situación está en relación a la prioridad que se le da en las instituciones a la parte administrativa **“Su prioridad es darle respuesta a la parte administrativa, aun cuando es necesaria su intervención con estos pacientes.”**

Al situarme yo misma como profesional en uno de los contextos de la práctica sometidos a investigación, pretendía establecer conexiones explícitas entre las dimensiones de la teoría, práctica e investigación del trabajo social. Estas conexiones se han perdido o minimizado cuando las prácticas del Trabajo Social se han visto con demasiada frecuencia, desconectadas de la teorización sobre el Trabajo Social, incluyendo la teorización sobre la práctica crítica. (Healy, 2001, p.93)

Lo antes expuesto nos llevó a continuar desde la academia con el proyecto de vinculación “Intercambio de Experiencias Teórico- Prácticas en Trabajo Social” con una propuesta de mejora en la construcción de la Nota de Trabajo Social en el contexto hospitalario, para ello se decidió trabajar un taller de capacitación para la construcción de diagnóstico social, en congruencia con los resultados de los procesos de reflexión y en analogía al proceso desarrollado por el Médicos y del cual se genera la nota que expresa el proceso de atención al o los problemas detectados.

Los instrumentos utilizados en este proceso fueron seleccionados de acuerdo al contexto de la salud y con referencia a las necesidades que en su momento les dieron origen. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con Diabetes tipo 2; Evaluación de la calidad de vida en personas

mayores (Escala FUMAT); Test de percepción del funcionamiento familiar FFSIL; Escala de “Gijon” de valoración socio familiar en el anciano; Índice del esfuerzo del cuidador; inventario Texas revisado de duelo con el fin de ejemplificar la atención a las situaciones comúnmente expuestas por los colegas en su trabajo cotidiano. Para identificar procesos de comunicación, relaciones y estructuras familiares se utilizó el Familiograma.

En el desarrollo del Taller se expuso una película que sirvió para el análisis de las diversas problemáticas sociales que en ella se presentan, se facilitó a los participantes los instrumentos antes mencionados, se marcó tiempo para el llenado de estos de manera individual y posteriormente se trabajó de manera grupal, a través de la técnica de “lluvia de ideas” se hizo el llenado de los instrumentos, esto permitió en los participantes el descubrimiento que la Nota de Trabajo Social no se construye por la observación o el sentir de quien la hace, sino en un sentido estricto, profesional y científico; apoyada por los resultados basados en instrumentos que además permitan delimitar el punto de atención. Diferenciando el diagnóstico del estudio social, se contribuyó a través del intercambio de teoría - práctica en la identificación de los elementos necesarios que debe de incluir la Nota de Trabajo Social, a su vez también se consensó respecto a la importancia de desarrollar un plan de intervención social que contribuya de manera fundamentada en la recuperación de la salud de los usuarios.

## **Referencias Bibliográficas**

- Ander-Egg E. (1984). Metodología y práctica del Desarrollo de la comunidad. México: El Ateneo.
- Galeana O.S. (2005). Campos de acción del Trabajo Social. En R. M. Sánchez (Coord.), Manual de Trabajo Social (pp. 139-158). México: Editorial Plaza y Valdez.
- Gallardo M. A. (1976). Metodología básica del Trabajo Social. Monterrey, Nuevo León, México: Facultad de Trabajo Social, UANL
- Tello, N. (2012). Apuntes de Trabajo Social Trabajo Social, disciplina del conocimiento. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social recuperado de [neliatello.com/docs/apuntes-sobre-intervencion-social\\_nelia-tello.pdf](http://neliatello.com/docs/apuntes-sobre-intervencion-social_nelia-tello.pdf)
- Tello N. y Ornelas A (2015). Estrategias y modelos de intervención de Trabajo Social. Aportes para su construcción. México: Estudios de opinión y participación social.

- Garcés C. C., DSW (2011). Historia Cronológica de Trabajo Social en los Estados Unidos. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00016.pdf>
- Vélez Restrepo O. (2012) Reconfigurando el Trabajo Social Perspectivas y tendencias contemporáneas. Argentina: Editorial Espacio.
- Ritzer G (1993). Teoría Sociológica Contemporánea. México: Editorial McGRAW HILL.
- Heaky K. (2001). Trabajo Social: Perspectivas contemporáneas. Madrid, España: Editorial Morata.
- Rangel M. (2014). Construcción del Trabajo Social a la construcción de sujetos sociales: Sistematización de experiencias de práctica comunitaria. México: UNAM.
- Rangel M. (2002). Una opción Metodológica para los trabajadores sociales. México: Débora Publicaciones.

## “Cuidado de enfermería perdido en pacientes postquirúrgicos con riesgo de caídas”.

Leticia Vázquez Arreola<sup>180</sup>

Clara María Ruelas Conde<sup>181</sup>

Sofía Guadalupe Medina Ortiz<sup>182</sup>

María Guadalupe Moreno Monsiváis<sup>183</sup>

### Resumen

**L**a seguridad del paciente es fundamental en la práctica de enfermería, ésta se puede ver afectada por errores de comisión y omisión. Cuando los cuidados de enfermería no se realizan se denomina cuidado de enfermería perdido, aumentando el riesgo de que el paciente presente una caída. **Objetivo:** Determinar el cuidado de enfermería perdido en pacientes postquirúrgicos con riesgo de caídas de un hospital de seguridad social. **Material y Métodos:** Diseño descriptivo correlacional. Población de estudio fueron 56 enfermeras y 224 pacientes de un hospital de seguridad social. Se aplicó la encuesta MISSCARE para personal de enfermería, Alpha de Cronbach de 0.83 y Cédula de cuidado de enfermería para pacientes con riesgo de caídas. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para las variables del estudio y se construyó un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** El personal de enfermería percibe las intervenciones de necesidades individuales donde menos se omite el cuidado  $M = 82.85$  ( $DE = 13.14$ ) y donde más omite el cuidado fue planificación de alta y educación del paciente  $M = 62.67$  ( $DE = 22.92$ ). Los factores que contribuyen al cuidado perdido fue comunicación  $M = 73.39$  ( $DE = 8.79$ ) seguido de recurso humano  $M = 73.35$  ( $DE = 7.00$ ). El mayor cuidado de enfermería perdido referido por el paciente con bajo riesgo de caídas fue criterio barandales en posición elevada ( $\chi^2 = 20.043$ ,  $p < 0.001$ ) y barandales en posición elevada todo el día en pacientes con mediano riesgo de caídas ( $\chi^2 = 6.443$ ,  $p = 0.40$ ). **Conclusiones:** Los resultados permitirán a los administradores de enfermería, identificar fortalezas y áreas de riesgo en la calidad y seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria, para establecer proyectos de mejora orientados a reforzar los criterios que obtuvieron la mayor omisión en el cuidado en pacientes con riesgo de caídas.

**Palabras clave:** Cuidado, pacientes, riesgo de caídas

---

<sup>180</sup> Facultad de Enfermería, UANL

<sup>181</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

<sup>182</sup> Facultad de Enfermería, UANL

<sup>183</sup> Facultad de Enfermería, UANL

## Introducción

Las caídas son un problema de salud pública a nivel mundial, representan un riesgo real que acontece en el medio hospitalario y constituye un indicador de calidad asistencial (López, 2010). Constituyen la segunda causa de muerte a nivel mundial, las cuales son ocasionadas de manera accidental o no intencionada, como consecuencia de eventos centinela en los hospitales (OMS, 2012). En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS), inició el proyecto de la “Alianza mundial para la seguridad del paciente”, para lo cual consignó a la Joint Commission International (JCI) como centro colaborador, en el establecimiento de medidas clave para reducir el número de eventos adversos que sufren los pacientes al recibir atención médica (JCI, 2014; OMS, 2008). La OMS, define las caídas como "consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad" (OMS, 2012). La seguridad del paciente es fundamental en la práctica de enfermería, para asegurar la calidad de la atención; sin embargo, esta se puede ver afectada por los errores de comisión y de omisión; cuando los cuidados de enfermería no se realizan, se omiten o se retrasan, se denomina “cuidado de enfermería perdido” (Kalisch, 2006 ) por ello, aumenta de manera significativa el riesgo de caída del paciente (SS, 2010).

Con relación a esto, en México el Consejo de Salubridad General, ha creado nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente, así como evidenciar la calidad de atención que se brindan y facilitar así, la creación de indicadores de evaluación. Por ello se crearon las metas internacionales para la seguridad del paciente, entre las que se encuentra la meta 6, reducir el riesgo del daño al paciente por causa de caídas, por ser esta una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes hospitalizados (CSG, 2015). Con respecto al cuidado de enfermería perdido, este fue estudiado por Kalisch (2011), quien identificó el alcance de la atención perdida en el entorno de cuidados intensivos. Las conclusiones revelaron que la atención perdida predomina en las actividades como: deambulacion, cambio de posición, valoración, educación del paciente, planificación del alta, apoyo emocional, vigilancia de los pacientes y administración de medicamentos. En otro estudio realizado en dos hospitales del medio oeste de Estados Unidos, los autores determinaron el grado y tipo de cuidado de enfermería perdido y la asociación con resultados adversos, esto fue informado por los pacientes. Estos refieren de más cuidados de enfermería perdido en los cuidados básicos, comunicación y el tiempo de respuesta del personal de enfermería. Se concluyó que los pacientes no

estaban recibiendo toda la atención de enfermería que se requiere (Kalisch, Xie y Dabney, 2013).

La información sobre caídas es limitada en pacientes hospitalizados después de la cirugía, sin embargo, se han estudiado las caídas en donde la disminución del cuidado de enfermería, sucede cuando la enfermera carece de tiempo suficiente para brindar todo el cuidado necesario al paciente, mismo que es percibido como necesario desde el conocimiento del personal de enfermería y constituye una causa importante de morbilidad, incluyendo fracturas, traumatismos cerrados de cráneo y laceraciones (Schubert et al., 2008). El sustento teórico del presente estudio se basa en el modelo del cuidado de enfermería perdido de Kalisch (2009) el cual plantea que la ausencia o el no realizar cierto estándar en el cuidado de enfermería, da como resultado situaciones que ponen en riesgo al usuario de los servicios de salud, en especial las caídas en pacientes. Este modelo está basado en los conceptos de Donabedian (1966), entre los que se encuentran: la estructura, el proceso y el resultado.

La estructura se refiere al hospital, unidad de atención del paciente y las características individuales del personal de enfermería. El proceso se refiere a la pérdida de la atención de enfermería que representa el cuidado de enfermería perdido. Y los resultados se refieren a los efectos directos de la omisión del cuidado. Las características de la unidad y del personal de enfermería se asocian con el cuidado de enfermería perdido e influyen en los resultados de caídas en pacientes. Este modelo incluye tres factores que contribuyen al cuidado de enfermería perdido entre ellos se encuentran: recurso humano, recursos materiales y la comunicación. Con relación a recurso humano; se refiere al personal de enfermería, incluye nivel académico, categoría, antigüedad en la institución y en el servicio actual, además de años de experiencia laboral y el turno al que está asignado, el número insuficiente de personal, sobrecarga de trabajo (tiempo de atención requerida por el paciente) y asignación de pacientes, entre otras. Con respecto a los recursos materiales se consideran: los medicamentos no disponibles para su administración, equipos en mal estado, entre otros. La comunicación, se refiere a la ineficaz comunicación en el mismo equipo de enfermería, con el personal médico y con otros departamentos.

Los elementos del cuidado son todas aquellas intervenciones realizadas por el personal de enfermería, que se le otorgan al paciente, con el objetivo de cubrir sus necesidades individuales. Estos elementos del cuidado se dividen en cuatro dimensiones: 1) intervenciones de necesidades individuales, 2) planificación de alta y educación del paciente, 3) intervenciones del cuidado básico e 4) intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas. Las intervenciones de necesidades individuales es

donde se valora la atención del paciente y se planifican los cuidados, entre ellos se incluye: respuesta al llamado de un paciente, asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario y ayudar al paciente con la necesidad de ir al baño, en un tiempo no mayor a cinco minutos de la solicitud. La planificación de alta y educación del paciente esta se refiere a la educación y autocuidado del paciente, e incluye: educación al paciente acerca de la enfermedad y estudios de diagnóstico y plan de alta del paciente. Las intervenciones del cuidado básico, se refiere a las necesidades indispensables del cuidado del paciente, entre ellas asistencia en la deambulacion tres veces al día o según indicación y verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por sí mismos. Y las intervenciones del cuidado con evaluaciones continuas, se refiere las intervenciones de enfermería en la valoración del estado general del paciente, entre ellas los signos vitales evaluados según la indicación, la documentación completa de todos los datos necesarios, realiza evaluaciones de los pacientes por turno y re-evaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud. Cuando la organización carece de estos elementos, puede poner en riesgo el cuidado de enfermería, lo que propicia que se presente cuidado de enfermería perdido que da como resultado eventos adversos, entre ellos las caídas en los pacientes (Kalisch, Tschannen, Lee y Friese, 2011).

Existen escalas de valoración de riesgo de caídas, que se relacionan con el entorno hospitalario, el cual debe ofrecer las condiciones de seguridad necesarios. Las escalas de valoración identifican los factores de riesgo de caída a los que está expuesto el paciente durante su estancia hospitalaria y posteriormente determina el grado del riesgo de caída. La prevención de caídas está directamente relacionada con la evaluación de los factores de riesgos individuales y la aplicación de las medidas apropiadas de acuerdo con el riesgo detectado y estas son evaluadas a través de las escalas de valoración del riesgo de caídas, las cuales se clasifican en nivel de bajo, mediano y alto riesgo.

El nivel de bajo riesgo, evalúa que el paciente cuente con timbre a la mano, barandales en posición elevada, apoyo asistido en la deambulacion en pacientes durante la primera incorporación y después de un procedimiento quirúrgico. El nivel de mediano riesgo, considera todas las anteriores, además de barandales en alto todo el día, valoración y revaloración por la enfermera en la limitación física, requerimiento de asistencia, marcha insegura y ayuda del cuidador y apoyo proporcionando orinal y bidel y revisando barandales en posición elevada. Y el nivel de alto riesgo evalúa todos los puntos anteriores, además de la presencia de un cuidador todo el día. Por lo anteriormente descrito el propósito del presente estudio fue determinar el cuidado de enfermería perdido en pacientes postquirúrgicos con riesgo de caídas, en un

hospital de seguridad social de segundo nivel de atención. Las caídas son consideradas como un indicador en la evaluación de calidad de la atención de enfermería, a través de indicadores de “Mejora de la calidad y seguridad del paciente” y representan parte del cuidado de enfermería perdido, el cual se considera un error por omisión y se define como cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite (ya sea en parte o en su totalidad) o se retrasa en forma significativa.

## **Material y Métodos**

El diseño del estudio fue descriptivo y correlacional (Burns y Grove, 2004). Se realizó en un hospital de seguridad social. La población de estudio estuvo conformada por personal de enfermería y pacientes de 18 años y más, hospitalizados con riesgo de caídas, ambos sexos, asignados a las unidades de cirugía general y de ginecología y obstetricia, turno matutino y vespertino. El tamaño de la muestra para el personal de enfermería se determinó por medio del paquete estadístico nQueryAdvisor, Versión 4.0, (Elashoff, Dixon, Crede y Fotheringham, 2000) para un análisis de correlación con un nivel de significancia de 0.05, coeficiente de determinación de 0.25 (efecto grande, según Cohen 1998), con potencia de 90%, resultando un tamaño de muestra de 56 enfermeras (os).

Para identificar el cuidado de enfermería perdido, se tomaron mediciones semanales, de acuerdo con la asignación de pacientes por cada enfermera (o). Para este estudio se seleccionó al azar y por semana uno de los pacientes que tenía asignado el personal de enfermería. Se consideraron cuatro pacientes por cada enfermera (o), se midió un paciente por semana, dando un total de cuatro mediciones por enfermera (o) por mes. El total de la muestra fue de 224 pacientes. Se consideró como criterio de inclusión al personal de enfermería de base, eventual, cubrevacaciones y cubredescansos, con al menos tres meses de laborar en el servicio y los pacientes postquirúrgicos que no rebasaran las 72 horas de estancia hospitalaria, en los servicios antes mencionados.

Para la recolección de la información se utilizó, la encuesta MISSCARE Missed Nursing Care, diseñada por Kalisch y Williams (2009). La encuesta contiene 42 reactivos, divididos en tres secciones. La primera sección, incluye los datos sociodemográficos y laborales del personal de enfermería con total de 15 reactivos, con preguntas abiertas y de opción múltiple. La segunda sección, llamada Sección “A” Cuidado de Enfermería Perdido, corresponde a todos los elementos del cuidado que se le otorgan al paciente, la encuesta original se compone de 29 reactivos, de los cuales se seleccionaron 11 preguntas relacionadas para este estudio. Esta sección se

divide en cuatro dimensiones: La primera dimensión corresponde a intervenciones de necesidades individuales. En relación a la segunda dimensión corresponde a planificación del alta y educación del paciente. La tercera dimensión corresponde a las intervenciones de cuidado básico. Y la cuarta dimensión corresponde a las intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas. La escala de respuesta es de tipo Likert, con un rango de mayor a menor donde: 5 = siempre; 4 = frecuentemente; 3 = de vez en cuando; 2 = rara vez y 1 = nunca. De acuerdo con Kalisch y Williams (2009), las opciones de respuesta se transforman a una escala dicotómica donde las opciones 4 y 5 se consideran cuidado realizado, mientras que las opciones 3, 2 y 1 se consideran cuidado perdido. El puntaje máximo de la sección "A" es 11 y mínimo 0. Para el análisis de los datos se realizaron índices con valores de 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor cuidado otorgado. La sección "A" reportó un  $\alpha = .83$  considerándose aceptable (Burns y Grove, 2004).

La tercera sección, llamada Sección "B" Razones para que se dé Cuidado de Enfermería Perdido, se refiere a todos aquellos factores por los cuales se pierden los cuidados de enfermería y se divide en tres dimensiones: La primera dimensión corresponde a recurso humano. La segunda dimensión corresponde a recursos materiales. Y la tercera dimensión corresponde a comunicación. La sección "B" comprende 13 reactivos y la escala de respuesta es tipo Likert, con opciones de mayor a menor donde: 4 = razón significativa; 3 = razón moderada; 2 = razón menor y 1 = no es una razón. El puntaje máximo para esta sección es de 52 y el mínimo de 13. Para el análisis de los datos se realizaron índices con valores de 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor cuidado perdido. La sección "B" ha reportado un  $\alpha = .86$  (Kalisch y Williams, 2009) y para este estudio se reportó un coeficiente de confiabilidad similar considerándose aceptable. Y en general se determinó la consistencia interna del instrumento MISSCARE y reportó un Alpha de Cronbach de .83, considerándose aceptable (Burns y Grove, 2004). La encuesta MISSCARE, ha sido aplicada previamente en población mexicana, por lo que para fines de este estudio se aplicó la versión en español adaptado por Moreno, Moreno e Interrial (2015). Cabe mencionar que la encuesta que se utilizó en este estudio fue adaptada al cuidado de enfermería perdido relacionado con el riesgo de caídas.

Para identificar el cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo de caídas, se utilizó la cédula cuidado de enfermería en pacientes postquirúrgicos con riesgo de caídas (CCEPPRC) y para fines de este estudio, fue adaptada del protocolo de prevención de riesgo de caídas de los Servicios de Salud de Talcahuano de Chile (2012). Esta cédula incluye cuatro secciones distribuidas de la siguiente manera: en la primera sección contiene el número de cuestionario, sexo del paciente, edad en años, nivel de riesgo de caídas,

servicio y fecha. En la segunda sección, se evalúan los cuidados de acuerdo con el nivel de bajo riesgo, donde los criterios a evaluar son: 1) timbre a la mano, 2) barandales en posición elevada, 3) apoyo asistido en la deambulacion en pacientes durante la primera incorporacion y despues de un procedimiento quirurgico, 4) asistencia a la madre en atencion al Recien Nacido (RN) y 5) permanencia de los RN en cunas individuales y no en la cama de las madres.

En la tercera sección, se describe la evaluacion del nivel de mediano riesgo, donde se incluyen los criterios del 1 al 5, ademas del 6) barandales en posicion elevada todo el dia, 7) valoracion y revaloracion por la enfermera general (limitacion fisica, requerimiento de asistencia, marcha insegura y ayuda del cuidador) y 8) apoyo por la auxiliar de enfermeria, proporcionando pato y bidel y revisando barandales en posicion elevada. Y la cuarta seccion, se refiere a la evaluacion del nivel de alto riesgo, se incluyen los criterios del 1 al 8, ademas del criterio 9) presencia de un cuidador todo el dia. En esta cedula, las opciones de respuesta son dicotomicas donde la respuesta Si, significa que se realizan los cuidados al paciente en relacion al riesgo de caidas y No, significa cuidado de enfermeria perdido, el puntaje minimo del indicador fue de 0 y el maximo de 5, 8 y 9 dependiendo del nivel de riesgo. Los valores fueron transformados en indices con una escala de 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor cumplimiento del cuidado. La opcion "No aplica", se incluyo para las preguntas 4 y 5 que corresponden al servicio de ginecologia y obstetricia, en relacion con los cuidados del RN y que no se relacionan con el servicio de cirugia general.

Para la recoleccion de los datos se solicito la autorizacion de la institucion de salud participante y se acudio con la jefatura de ensenanza, para solicitar la plantilla del personal de enfermeria de los dos turnos: matutino y vespertino, de las areas de cirugia general y de ginecologia y obstetricia. Posteriormente, se acudio con cada jefe de piso de las areas y turnos mencionados y se les solicito el censo de los pacientes hospitalizados. Una vez que se tuvo la informacion requerida para la aplicacion de los instrumentos, se acudio con el personal de enfermeria para invitarlos a participar en este estudio y se consideraron los criterios de inclusion. Al personal que acepto participar, se les dio una explicacion clara y completa de la investigacion y se les solicito que leyeran y firmaran la Carta de Consentimiento Informado del Personal de Enfermeria y posteriormente, se les aplico la Encuesta MISSCARE, considerandose el momento mas apropiado para obtener la informacion y no se interfirio en las actividades de las areas y turnos mencionados, ademas, se asigno un area especifica para la recoleccion de la informacion.

En relación a los pacientes, se consideraron los criterios de inclusión, al paciente que aceptó participar, se les dio una explicación clara y completa de la investigación y se les solicitó que leyeran y firmaran la Carta de Consentimiento Informado del Paciente. Se seleccionó al azar por semana, uno de los pacientes que tenía asignado el personal de enfermería, quedando un total de cuatro pacientes por cada enfermera (o). Cabe destacar que todos los pacientes que se seleccionaron, aceptaron la invitación a participar en este estudio. Se consideró el riesgo de caídas de acuerdo con la tarjeta de pared del paciente, en la cual se registra a través de la semaforización: color verde = bajo riesgo; color amarillo = mediano riesgo y color rojo = alto riesgo.

Posteriormente, se le preguntó al paciente acerca del cuidado de enfermería, a través de la cédula CCEPPR. Para obtener los datos que no estaban registrados en la tarjeta de pared y que el paciente no podía proporcionar para validar la información, se solicitó el expediente clínico del paciente (SS, 1998). Al finalizar de aplicar la cédula, se agradeció al paciente su participación en este estudio. Una vez terminado el estudio, se agradeció al jefe de enseñanza, jefes de piso y a la institución de salud participante, por su colaboración.

El presente estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Secretaría de Salud, 1987) y se contó con la autorización por escrito de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Cabe mencionar que en todo momento se respetó la confidencialidad y anonimato de la información de los datos de los participantes.

La información se procesó en el paquete estadístico SPSS, Versión 20.0. Para las características laborales se utilizó estadística descriptiva. Se generaron índices con valores de 0 a 100 y se analizaron a través de medias, medianas, desviación estándar y se construyó un intervalo del 95% de confianza. Se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov, con la corrección de Lilliefors, para contrastar la hipótesis de normalidad. Posteriormente, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrada, para diferencia de proporciones del cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo de caídas.

## **Resultados**

En primer lugar se presentan las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería, enseguida los resultados de los elementos del cuidado. Posteriormente, se muestran los resultados de los factores contribuyentes que corresponden a las razones percibidas por el personal de

enfermería, para que se dé el cuidado de enfermería perdido. Y finalmente, se exponen los resultados obtenidos de las valoraciones realizadas a los pacientes postquirúrgicos con riesgo de caídas bajo, mediano y alto.

### **Características sociodemográficos y laborales del personal de enfermería**

Con relación a la edad del personal de enfermería, la media correspondió a 37 años ( $DE = 10.89$ ), con un mínimo de 19 años y máximo de 56 años. Siendo el sexo predominante el femenino (58.9%). La categoría con mayor porcentaje fue auxiliar de enfermería (51.8%) y el turno que predominó fue el matutino (66.1%). En la tabla 1, se muestran las características laborales del personal de enfermería. Cabe destacar que los resultados en los años de educación formal y experiencia laboral son similares, con una media de 13.11 años ( $DE = 12.50$ ) y una media de 13.05 años ( $DE = 9.85$ ) respectivamente. Y los pacientes asignados en el turno actual fue una media de 18.02 pacientes ( $DE = 1.97$ ).

Características	$\bar{X}$	$DE$	Mínimo	Máximo
Años de educación formal	13.11	12.50	10	17
Horas trabajadas por semana	40.90	2.89	40	54
Antigüedad en la institución	13.82	10.14	1	28
Experiencia laboral	13.05	9.85	1	30
Pacientes asignados en turno actual	18.02	1.97	13	21

**Tabla 1. Características laborales del personal de enfermería**

Fuente: MISSCARE

### **Cuidado de enfermería percibido por el personal de enfermería de acuerdo con los elementos del cuidado**

En la tabla 2 se muestran los elementos del cuidado de enfermería que corresponden a la dimensión intervenciones de necesidades individuales y el mayor porcentaje del cuidado otorgado corresponde a respuesta menor a cinco minutos al llamado del paciente (98.2%). Y la de mayor porcentaje en el cuidado de enfermería perdido fue asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario (28.6%).

Dimensión intervenciones de necesidades individuales	Cuidado enfermería otorgado		Cuidado enfermería perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Respuesta menor a cinco minutos al llamado del paciente	55	98.20	1	1.80
Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario	40	71.40	16	28.60
Asistencia en la deambulaci3n tres veces al d1a seg1n la indicaci3n	50	89.30	6	10.70

*n* = 56

**Tabla 2. Elementos del cuidado de la dimensi3n intervenciones de necesidades individuales**

*Fuente: MISSCARE*

En la tabla 3, se presentan los elementos del cuidado de enfermer1a que corresponden a la dimensi3n planificaci3n del alta y educaci3n del paciente, el que presenta mayor proporci3n del cuidado otorgado fue educaci3n al paciente (58.9%). Y la que presenta mayor cuidado de enfermer1a perdido correspondi3 a realiza plan de alta del paciente y educaci3n (62.5%).

Dimensi3n planificaci3n del alta y educaci3n del paciente	Cuidado enfermer1a otorgado		Cuidado enfermer1a perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Educaci3n del paciente	35	58.90	21	41.10
Realiza plan de alta del paciente y educaci3n	21	37.50	35	62.50

*n* = 56

**Tabla 3. Elementos del cuidado de la dimensi3n planificaci3n del alta y educaci3n del paciente.**

*Fuente: MISSCARE*

En la tabla 4, se muestran los elementos del cuidado de enfermer1a que corresponden a la dimensi3n intervenciones del cuidado b1sico, el que presenta mayor proporci3n del cuidado otorgado fue asistencia en la deambulaci3n tres veces al d1a seg1n la indicaci3n (87.5%). Y la que presenta mayor proporci3n del cuidado de enfermer1a perdido fue verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por si mismos (19.6%).

Dimensión intervenciones del cuidado básico	Cuidado enfermería otorgado		Cuidado enfermería perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Asistencia en la deambulaci3n tres veces al d3a seg3n la indicaci3n	49	87.50	7	12.50
Verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por si mismos	45	80.40	11	19.60

*n* = 56

**Tabla 4. Elementos del cuidado de la dimensi3n intervenciones del cuidado b3sico**

*Fuente: MISSCARE*

Los elementos del cuidado de enfermer3a que corresponden a la dimensi3n intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas, se observa en la tabla 5 que el mayor cuidado otorgado fue signos vitales evaluados seg3n la indicaci3n (98.2%). Y las de mayor omisi3n del cuidado de enfermer3a fueron documentaci3n completa de los datos necesarios y realiza evaluaciones de los pacientes por turnos, ambas con el mismo porcentaje (16.1%).

Dimensi3n intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas	Cuidado enfermer3a otorgado		Cuidado enfermer3a perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Signos vitales evaluados seg3n la indicaci3n	55	98.20	1	1.80
Documentaci3n completa de los datos necesarios	47	83.90	9	16.10
Realiza evaluaciones de los pacientes por turnos	47	83.90	9	16.10
Re-evaluaciones al paciente de acuerdo con su condici3n de salud	50	89.30	6	10.70

**Tabla 5. Elementos del cuidado de la dimensi3n intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas**

*Fuente: MISSCARE*

En la tabla 6, se presentan los 3ndices generales por dimensiones de los elementos de cuidados de enfermer3a realizados, y se observa que la dimensi3n que m3s cumple con el cuidado fue intervenci3n del cuidado

básico, con una media de 85 ( $DE = 13.88$ ). Y en donde más se omite el cuidado de enfermería fue la dimensión planificación de alta y educación del paciente con una media de 62.67 ( $DE = 22.92$ ).

Índices de elementos del cuidado	$\bar{X}$	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Índice general del cuidado de enfermería perdido	80.19	78.18	10.63	77.34	83.04
Intervenciones de necesidades individuales	82.85	80.00	13.14	79.33	86.37
Planificación de alta y educación del paciente	62.67	60.00	22.92	46.54	68.18
Intervenciones de cuidado básico	85.00	80.00	13.88	81.28	88.71
Cuidados de evaluaciones continuas	84.55	82.50	10.71	81.68	87.42

$n = 56$

**Tabla 6. Índice general por dimensiones de acuerdo con los elementos del cuidado**

Fuente: MISSCARE

### **Cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería de acuerdo con los factores contribuyentes**

En la tabla 7 se observan los factores del recurso humano que contribuyen para que se dé el cuidado de enfermería perdido, percibido por el personal de enfermería, de razón significativa a moderada fue el número insuficiente de enfermeras generales (100%), seguido de la situación de urgencia del paciente (98.2%).

Factores contribuyentes	Razón significativa (4)		Razón moderada (3)		Razón menor (2)		No es una razón (1)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Número insuficiente de enfermeras generales	46	82.10	10	17.90	0	0.00	0	0.00
La situación de								

urgencia del paciente	39	69.60	16	28.60	1	1.80	0	0.00
Aumento inesperado en el volumen de pacientes	36	64.30	19	33.90	1	1.80	0	0.00
Número insuficiente de auxiliares de enfermería	33	58.90	21	37.50	2	3.60	0	0.00
Asignación de pacientes desequilibrado	38	67.80	17	30.40	1	1.80	0	0.00

$n = 56$

**Tabla 7. Factores del recurso humano que contribuyen al cuidado de enfermería perdido**

Fuente: MISSCARE

En la tabla 8 se observan los factores de recursos materiales que contribuyen para que se dé el cuidado de enfermería perdido. El personal de enfermería percibe como factores de razón significativa a moderada en el cuidado de enfermería perdido los suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan (96.4%).

Factores contribuyentes	Razón significativa (4)		Razón moderada (3)		Razón menor (2)		No es una razón (1)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Suministros /no disponibles cuando se necesitan	35	62.5	19	33.9	2	3.60	0	0.00
Suministros / equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan	39	69.6	15	26.8	2	3.60	0	0.00

$n = 56$

**Tabla 8. Factores de recursos materiales que contribuyen al cuidado de enfermería perdido**

Fuente: MISSCARE

En la tabla 9 se muestran los factores de comunicación que contribuyen a que se dé el cuidado de enfermería perdido. El personal de enfermería percibe como factores de razón significativa a moderada, el auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó (100%), seguido de tensión o fallas en la comunicación con el personal médico (96.4%).

Factores contribuyentes	Razón significativa (4)		Razón moderada (3)		Razón menor (2)		No es una razón (1)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Inadecuada entrega de turno anterior	36	64.30	18	32.10	2	3.60	0	0.00
Tensión o fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería	38	67.90	16	28.50	1	1.80	1	1.80
Tensión o fallas en la comunicación con el personal médico	43	76.80	11	19.60	1	1.80	1	1.80
El auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó	43	76.80	13	23.20	0	0.00	0	0.00
La enfermera responsable del paciente no está disponible	38	67.90	16	28.50	0	0.00	2	3.60
Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan	35	62.50	19	33.90	2	3.60	0	0.00

$n = 56$

**Tabla 9. Factores de comunicación que contribuyen al cuidado de enfermería perdido**

Fuente: MISSCARE

En la tabla 10 se presentan los índices generales de los factores que contribuyen para que se dé el cuidado de enfermería perdido. Se observa que el personal percibe que el factor que más contribuye corresponde a la comunicación con una media de 73.39 ( $DE = 8.79$ ), seguido del recurso humano con una media de 73.35 ( $DE = 7.00$ ).

Índices	$\bar{X}$	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Índice general del cuidado de enfermería perdido	73.24	73.84	6.78	71.42	75.05
Recurso humano	73.35	76.00	7.00	71.48	75.23
Recursos	72.50	80.00	10.48	69.69	75.30

materiales					
Comunicación	73.39	76.66	8.79	71.03	75.74

$n = 56$

**Tabla 10. Índice general de factores que contribuyen al cuidado de enfermería perdido**

Fuente: MISSCARE

### Características sociodemográficas de los pacientes

La media de edad de los pacientes fue 30.67 años ( $DE = 13.51$ ) con un mínimo de 18 y un máximo de 92 años. Predominó el sexo masculino 161 (71.9%). El servicio con mayor porcentaje fue cirugía general 117(52.2%). La clasificación de pacientes con riesgo de caídas, fue mayor en pacientes con nivel de bajo riesgo de caídas 153(68.3%), seguido de mediano riesgo 52(23.4%) y el de menor porcentaje fue el nivel de alto riesgo de caídas 19(8.5%).

### Cuidado de enfermería referido por pacientes con bajo, mediano y alto riesgo de caídas de acuerdo con los criterios de evaluación

Se observa en la tabla 11, que el mayor cuidado otorgado referido por el paciente del nivel de bajo riesgo fue el criterio C1 timbre a la mano con un 70.6%. Y refiere que el mayor cuidado de enfermería perdido fue el criterio C2 barandales en posición elevada con un 81%.

Criterios	Cuidado otorgado		Cuidado perdido		No aplica	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
C1. Timbre a la mano	108	70.60	45	29.40	0	0.00
C2. Barandales en posición elevada	29	19.00	124	81.00	0	0.00
C3. Apoyo asistido en la deambulacion en pacientes durante la primera incorporacion y despues de un procedimiento quirurgico	77	50.30	76	49.70	0	0.00
C4. Asistencia a la madre en la atencion del RN	61	39.90	19	12.40	73	47.70

C5. Permanencia de los RN en cunas individuales y no en la cama de las madres	59	13.70	21	38.60	73	47.70
---	----	-------	----	-------	----	-------

**Tabla 11. Cuidado de enfermería en pacientes postquirúrgicos con nivel de bajo riesgo de caídas**

Fuente: CCEPPRC

En la tabla 12, el mayor cuidado otorgado referido por el paciente del nivel de mediano riesgo, correspondió al criterio C1 timbre a la mano con un 86.5%. Y refiere que el mayor cuidado de enfermería perdido fue el criterio C2 barandales en posición elevada con un 57.7%.

Criterios	Cuidado otorgado		Cuidado perdido		No aplica	
	f	%	f	%	f	%
C1. Timbre a la mano	45	86.50	7	13.50	0	0.00
C2. Barandales en posición elevada	22	42.30	30	57.70	0	0.00
C3. Apoyo asistido en la deambulacion en pacientes durante la primera incorporacion y después de un procedimiento quirúrgico	30	57.70	22	42.30	0	0.00
C4. Asistencia a la madre en la atención del RN	18	34.60	2	3.80	32	61.60
C5. Permanencia de los RN en cunas individuales y no en la cama de las madres	15	28.80	5	9.60	32	61.60
C6. Barandales en posición elevada todo el día	25	48.10	26	50.00	1	1.90
C7. Valoración y revaloración por enfermera general (limitación física, requerimiento de asistencia, marcha insegura, ayuda del cuidador)	34	65.40	17	32.70	1	1.90
C8. Apoyo por la auxiliar de enfermería (proporcionando orinal y bidel y revisar barandales en posición elevada)	0	0.00	1	1.90	51	98.10

n = 52

**Tabla 12. Cuidado de enfermería en pacientes postquirúrgicos con nivel de mediano riesgo de caídas**

Fuente: CCEPPRC

En la tabla 13 el mayor cuidado otorgado referido por el paciente con nivel de alto riesgo de caídas, correspondió a los criterios C8 apoyo por la auxiliar de enfermería y C9 presencia de un cuidador todo el día, ambos con un 73.7%. Y

refiere que el mayor cuidado de enfermería perdido fue el criterio C6 barandales en posición elevada todo el día con un 78.9%.

Criterios	Cuidado otorgado		Cuidado perdido		No aplica	
	f	%	f	%	f	%
C1. Timbre a la mano	13	68.40	6	31.60	0	0.00
C2. Barandales en posición elevada	0	0.00	0	0.00	0	0.00
C3. Apoyo asistido en la deambulaci3n en pacientes durante la primera incorporaci3n y despu3s de un procedimiento quir3rgico	8	42.10	11	57.90	0	0.00
C4. Asistencia a la madre en la atenci3n del RN	3	15.80	0	0.00	16	84.20
C5. Permanencia de los RN en cunas individuales y no en la cama de las madres	1	5.30	1	5.30	17	89.40
C6. Barandales en posici3n elevada todo el d3a	3	15.80	15	78.90	1	5.30
C7. Valoraci3n y revaloraci3n por enfermera general (limitaci3n f3sica, requerimiento de asistencia, marcha insegura, ayuda del cuidador)	10	52.60	9	47.40	0	0.00
C8. Apoyo por la auxiliar de enfermer3a (proporcionando orinal y bidel y revisar barandales en posici3n elevada)	14	73.70	4	21.00	1	5.30
C9. Presencia de un cuidador todo el d3a	14	73.70	4	21.00	1	5.30

n = 19

**Tabla 13. Cuidado de enfermer3a en pacientes postquir3rgicos con nivel de alto riesgo de ca3das**

Fuente: CCEPPRC

Se aplic3 la prueba de Chi cuadrada con los diferentes niveles de riesgo de ca3das y se muestra en la tabla 14, que el que present3 mayor significancia fue el criterio barandales en posici3n elevada en pacientes con bajo riesgo de ca3das ( $\chi^2 = 20.043$ ,  $p < 0.001$ ).

Riesgo de ca3das	Barandales en posici3n elevada						$\chi^2$	p
	Si		No		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Bajo	29	46.77	124	76.56	153	68.30		

riesgo							20.043	.001
Mediano riesgo	22	35.48	30	18.51	52	23.20		
Alto riesgo	11	17.75	8	4.93	19	8.50		

$n = 224$

**Tabla 14. Riesgo de caídas de acuerdo con el criterio barandales en posición elevada**

Fuente: CCEPPRC

Y se puede observar en la tabla 15, que se aplicó la prueba de Chi cuadrada y hubo diferencia significativa en el criterio barandales en posición elevada todo el día en pacientes con nivel de mediano riesgo de caídas ( $\chi^2 = 6.443, p = 0.40$ ).

Riesgo de caídas	Barandales en posición elevada todo el día						$\chi^2$	p
	Si		No		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Bajo riesgo	3	9.70	2	4.70	5	6.80	6.443	.040
Mediano riesgo	25	80.60	26	60.50	51	68.90		
Alto riesgo	3	9.70	15	34.80	18	24.30		

$n = 74$

**Tabla 15. Riesgo de caídas de acuerdo con el criterio barandales en posición elevada todo el día**

Fuente: CCEPPRC

## Discusión

Con relación a los elementos del cuidado en la dimensión intervención de necesidades individuales, en este estudio, el mayor cuidado perdido fue asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario. Este resultado difiere con lo reportado por Kalisch (2006), quien refiere que el mayor cuidado perdido fue respuesta menor a cinco minutos al llamado del paciente. Una de las razones por las que se omite el cuidado en el acompañamiento en la visita interdisciplinaria, puede atribuirse a que el personal de enfermería no lo perciba como importante, a pesar de su significativa correlación con los resultados del paciente.

Con respecto a la dimensión planificación del alta y educación al paciente, en este estudio, más de la mitad del personal de enfermería presenta áreas de atención perdida en este cuidado. Este resultado coincide con Kalisch (2006), Kalisch, Tschannen, Lee & Friese (2011) y Moreno et al. (2015) quienes además mencionan que los pacientes señalaron omisión en la

educación acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico. La dimensión intervenciones del cuidado básico, en este estudio, el que presentó mayor cuidado perdido fue verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por sí mismo. Este resultado coincide con Kalisch (2006), Kalisch (2009) y Kalisch (2011) quien atribuye que algunos cuidados requieren del apoyo del cuidador principal y en ocasiones no está disponible para proporcionar la alimentación al paciente. Y el personal de enfermería asume que el paciente puede alimentarse por sí mismo o con ayuda de su cuidador y no verifica la dieta del paciente por ser una actividad que le corresponde al personal de nutrición.

En lo que corresponde a la dimensión intervenciones del cuidado con evaluaciones continuas, en este estudio, la que presentó mayor cuidado perdido fue documentación completa de los datos necesarios y realiza evaluaciones de los pacientes por turno. Estos resultados coinciden con Kalisch (2009) y Moreno et al. (2015) quienes reportaron que la documentación completa de la valoración al paciente en la hoja de registro de enfermería fue uno de los cuidados más omitidos. Para finalizar el apartado de los elementos del cuidado, se obtuvo el índice general en el cuidado perdido. La dimensión planificación de alta y educación del paciente, reportó el mayor cuidado perdido, este resultado coinciden con Kalisch (2006), Kalisch (2009), Kalisch et al. (2011) y Moreno et al. (2015) quienes señalan que el plan del alta que se proporciona al paciente durante la hospitalización son cuidados que se pierden continuamente. Es muy importante que el personal de enfermería tome el rol de educador del paciente, otorgando educación al mismo, en el cuidado de su salud, evitando con esto, complicaciones posteriores y nuevos reingresos hospitalarios.

Por otro lado, se identificaron los factores contribuyentes que corresponden a las razones para que se dé el cuidado de enfermería perdido. El factor considerado por el personal de enfermería como el más relevante en el recurso humano fue el número insuficiente de enfermeras generales, seguido de la situación de urgencia del paciente, estos resultados coinciden con Kalisch (2006); Kalisch et al. (2011) y Moreno et al. (2015). De acuerdo con Kalisch, señala que una plantilla completa y competente disminuye el cuidado de enfermería perdido. Por lo que en este estudio, la institución de salud participante, al personal de enfermería le asigna una cantidad de pacientes que rebasa su capacidad para otorgar el cuidado de enfermería, lo que puede ocasionar omisiones en el cuidado y por consecuencia el incremento en el cuidado de enfermería perdido.

Con relación a los recursos materiales fue suministros y equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan, estos resultados son similares con Kalisch (2006); Kalisch et al. (2011) y Moreno et al. (2015) quienes

señalan que es importante que los equipos funcionen adecuadamente y estén disponibles cuando se requieran. En este sentido, la institución de salud participante, no cuenta con la estructura necesaria para proporcionar un buen servicio a los pacientes, lo que puede ocasionar un riesgo en la atención de salud de los mismos y por ende incrementar el cuidado de enfermería perdido.

En cuanto a comunicación, el cuidado de enfermería perdido, fue tensión o fallas en la comunicación con el personal médico y el auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó. Estos resultados son similares a Kalisch et al. (2011) y Moreno et al. (2015) en el resultado de tensión o fallas en la comunicación con el personal médico y difieren en el resultado del auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó. Esto puede ser debido a que en la institución de salud participante, el auxiliar de enfermería en ocasiones no realiza enlace de turno y esto puede producir un incremento en la omisión del cuidado.

Y finalmente en el apartado de factores contribuyentes, se obtuvo un índice general y el que obtuvo la media más alta en el cuidado de enfermería perdido fue comunicación seguido de recurso humano. Estos resultados difieren con los estudios en comparación a Kalisch et al. (2011) y Moreno et al. (2015) quienes señalan que el mayor factor contribuyente fue recurso humano, seguido de recursos materiales. Sin embargo, cabe mencionar que la comunicación es un factor muy importante en el equipo transdisciplinario de salud, ya que es un factor que favorece la continuidad en el tratamiento del paciente y por consiguiente disminuye la omisión en el cuidado.

Por otra parte, se identificó el cuidado de enfermería perdido de con lo que refiere el paciente postquirúrgico con riesgo de caídas. El mayor cuidado de enfermería perdido en pacientes con bajo y mediano riesgo de caídas fue el criterio barandales en posición elevada. Esto puede ser debido a que estos pacientes pueden encontrarse con medicación anestésica, o un estado bajo de conciencia, lo que propicia a que se eleve el riesgo de caídas. En los pacientes con nivel de alto riesgo de caídas el criterio fue barandales en posición elevada todo el día, estos resultados coinciden con Diccini, Pinho y Silva (2008). Aún que el personal de enfermería recomiende al cuidador principal que los barandales deben de estar en posición elevada, en ocasiones no atienden esta indicación. Esto puede ser atribuido a que el personal de enfermería es poco consistente en la supervisión y correcta evaluación de pacientes con riesgo de caídas.

## Conclusiones

Los resultados del presente estudio permitieron identificar el cuidado de enfermería perdido, en pacientes postquirúrgicos con riesgo de caídas percibido por el personal de enfermería. Asimismo, se identificó el cuidado de enfermería perdido referido por el paciente con riesgo de caídas de un hospital de seguridad social de segundo nivel de atención. Se encontró que la mayor omisión en el cuidado de enfermería de acuerdo con la percepción del personal de enfermería, fue la dimensión planificación de alta y educación del paciente.

En lo referente a los factores contribuyentes, de acuerdo con la percepción del personal de enfermería, se identificaron las razones por las cuales se pierden u omiten los cuidados y correspondió a comunicación seguido del recurso humano. La mayor omisión del cuidado referida por los pacientes fue el criterio barandales en posición elevada en el nivel de bajo y mediano riesgo de caídas y barandales en posición elevada todo el día en el nivel de alto riesgo de caídas.

Estos resultados demuestran que la omisión del cuidado de enfermería, propicia áreas de oportunidad en la atención de pacientes postquirúrgicos hospitalizados con riesgo de caídas. Por lo que los administradores de enfermería, tienen esta área de oportunidad, para rediseñar los protocolos de evaluación de riesgo de caídas y mejorar la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria.

## Referencias bibliográficas

- Burns, N. & Grove, S. (2004). Investigación en enfermería (5a ed.). España, Elsevier.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences, (2ª ed.)
- Hillsdale, Lawrence Erlbaum. Consejo de Salubridad General (2015). Estándares para la certificación de hospitales. Segunda edición. Recuperado de: [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015\\_SE.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf).
- Diccini, S., Pinho, P. G. & Silva F. O. (2008). Evaluación de riesgo e incidencia de caídas en pacientes de neurocirugía. Revista Latino-Americana. Enfermagem, 16 (4), 752- 757.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial fund Quarterly, 44 (3) 166-203.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham. (2000). n' Quarry Advisor Program, versión 4.0.

- Joint Commission International. (2014). Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 5ta. Edición. Oakbrook Terrace, Illinois.
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care, a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 603-313.
- Kalisch, B. J. (2009). Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 39 (11), 485-493.
- Kalisch, B. J. & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 39 (5), 211-219.
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, H. & Friese, Ch. R. (2011). Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality*, 26 (4), 291-299.
- Kalisch, B. J., Xie, B., & Dabney, B.W. (2013). Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *American Journal of Medical Quality*, 29 (5), 415-422.
- López, V. (2010). Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. *Cultura del cuidado de enfermería*, 7(1), 16-23.
- Moreno-Monsiváis, M.G., Moreno-Rodríguez, C. & Interrial-Guzmán, M.G. (2015). Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*, 15(3), 318-328.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación para la seguridad del paciente. Recuperado de: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2012) Caídas. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.
- Secretaría de Salud. (1987). Ley General de Salud y Códigos de México (16ª. ed.)
- Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Porrúa. 422-429.
- Secretaría de Salud. (1998). Norma oficial mexicana del expediente clínico [NOM-168- SSA-1998] Apartado 5 Generalidades, punto 5.6, México. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx>.
- Secretaría de Salud. (2010). Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Primera edición. Recuperado de: [http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/instrucciones/instrucciones\\_sicalidad/instrucciones\\_2011/Anexo%20instruccion%20276.pdf](http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/instrucciones/instrucciones_sicalidad/instrucciones_2011/Anexo%20instruccion%20276.pdf).
- Servicios de Salud de Talcahuano de Chile. (2012). Protocolo de prevención de riesgo de caídas.
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Shaffert-Witvilet, Slonae, D. M... De Gesst, S. (2008). El racionamiento de la atención

de enfermería y su relación con los resultados de los pacientes.  
*International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227-237.

## “Rompiendo estereotipos para la prevención del embarazo, VIH e ITS en mujeres de comunidades indígenas que radican en el Área Metropolitana de Monterrey”.

*María Dolores Corona Lozano*<sup>184</sup>

*Gelacia Cecilia Chávez Valerio*<sup>185</sup>

*María del Carmen Farías Campero*<sup>186</sup>

### Resumen

**L**as Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA siguen considerándose un problema de salud pública prioritario a nivel mundial y nacional, por otra parte, la prevalencia de embarazos no deseados siguen siendo una constante entre las comunidades indígenas, sobre todo entre la población joven, por lo que se planteó llevar a cabo una intervención en seis colonias del Área Metropolitana de Monterrey, donde residen personas indígenas, buscando generar un modelo de intervención con un enfoque participativo que incluyera, la capacitación a promotoras comunitarias capaces de transmitir información entre pares en su lengua materna, así como la implementación de técnicas que incluyeran el desarrollo de actividades lúdico- recreativas que permitieran transmitir los conocimientos de manera amena y tener un acercamiento a la población femenina indígena migrante en Nuevo León, esto con el fin de mejorar los niveles de conocimientos acerca de métodos para la prevención de embarazos, VIH e ITS.

En este documento se muestran los resultados de la evaluación de la intervención realizada, en donde se observa que la mayor parte de la población que conformó la muestra incrementó su nivel de conocimientos y que se cumplieron los objetivos de empoderar a las mujeres indígenas y mestizas de las comunidades atendidas y desarrollar habilidades para la prevención y detección de las ITS y el VIH/SIDA, así como para la prevención del embarazo adolescente.

**Palabras clave:** Prevención, VIH/SIDA, ITS, embarazo adolescente.

### Introducción y planteamiento del problema

**A**nivel mundial hay 36,9 millones de personas viviendo con el VIH<sup>187</sup>, mientras que el número de nuevas infecciones por VIH se encuentra en 2,0 millones (ONUSIDA, 2015). El VIH-SIDA es considerado uno de los problemas de salud pública que debe ser atendido como prioridad, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud.

---

<sup>184</sup> UANL.

<sup>185</sup> UANL/FTSYDH y Zihuame Mochilla A.C.

<sup>186</sup> Zihuame Mochilla A. C.

<sup>187</sup> Virus de Inmunodeficiencia Humana

De acuerdo con los boletines publicados por la Secretaría de Salud en México la prevalencia e incidencia de las ITS sigue en aumento. La tasa de incidencia del VIH en el período 1983-2014 fue de 186.7/100 mil habitantes, la vía de transmisión mayor (95.1%) corresponde a relaciones sexuales no protegidas (CENSIDA, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) y la Pan American Health Organization (PAHO, 2000), la salud de la población es considerada un elemento clave para el progreso social, económico y político. Sin embargo, frecuentemente las necesidades sentidas y el ejercicio de los derechos en materia de salud se atienden principalmente en un nivel paliativo.

En México existen importantes logros en materia de salud, aunque se han dado avances en salud sexual y reproductiva prevalecen rezagos entre grupos específicos poblacionales. Existen diversos factores que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre su sexualidad, ocasionado por problemas de acceso a servicios, desconocimiento de las formas de uso o del lugar donde se obtienen los métodos anticonceptivos y por deficiencia en la calidad del servicio. Además de presiones sociales y culturales que limitan el poder de decisión de las personas, lo que señala la necesidad de reorientar y o fortalecer las acciones de información, educación y comunicación entre la población y las instituciones (CENSIDA e Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

Ante esta situación se reconoce que la educación sexual y la promoción de la salud sexual como el medio determinante para la prevención a través de la capacitación a la población de mayor grado de vulnerabilidad.

## **Contexto de la problemática y de la población atendida durante la intervención**

En el ejercicio de la sexualidad los actos deberían ser informados, deseados y planeados, sabiendo de antemano las consecuencias, esto no es así, en parte por patrones culturales, tabúes y falta de servicios de salud sexual (Rodríguez, 2010; Rodríguez 1997), como consecuencia se transmiten el VIH e ITS y resultan embarazos no planeados.

Estas problemáticas se agravan en algunos sectores poblacionales (como la población indígena), por factores como pobreza, vulnerabilidad y falta de acceso a servicios de salud. A esto se añade la falta de acceso a información actualizada en su idioma y cultura, además de la persistencia de roles tradicionales de género que impiden la adquisición de prácticas sexuales seguras, como el uso adecuado del condón (CENSIDA, 2014).

La adquisición del VIH en mujeres de 15 años de edad o más, es dominada por la transmisión sexual, en donde la de tipo heterosexual significa más del 99 del total de casos registrados en el 2010. De esta forma las mujeres que adquieren el VIH por vía sexual, se exponen por las prácticas sexuales de sus parejas y usualmente no conocen el grado de riesgo (CENSIDA, 2010).

La población indígena en Nuevo León reside en colonias de alta marginación y frecuentan puntos estratégicos como la Alameda, donde los fines de semana se congregan buscando relacionarse con sus pares, reforzar vínculos y realizar actividades propias de sus comunidades (Díaz, 2007).

Zihuame Mochilla A. C. es una organización que desde el año 2003 viene trabajando con la población indígena en Nuevo León, buscando mejorar sus condiciones de vida en todos los ámbitos, incluido la salud, prevención de embarazos no planeados, VIH e ITS. Es por esto que se implementó de manera conjunta con las autoras el proyecto “En nuestra propia Voz. Rompiendo Estereotipos para la prevención del embarazo adolescente, VIH e ITS en comunidades indígenas que radican en el área metropolitana de Monterrey”, a partir del cual se presentan los resultados aquí descritos.

La mayoría de las personas indígenas que viven en Nuevo León y han participado en proyectos de intervención comunitaria, son hijos e hijas de migrantes o han pasado por un proceso migratorio reciente, se dedican al comercio, la construcción, el hogar, servicio doméstico y buena parte carece de empleos formales (Farías, 2003). Las mujeres indígenas que viven en el estado, se encuentran en situación de marginación y exclusión social, sufren de discriminación por la sociedad en general, además de una inequidad de género dentro de su grupo social, donde se considera que el “lugar” de la mujer es en su hogar y en el cuidado de hijas e hijos. Para las mujeres indígenas jóvenes, la maternidad temprana implica tener prácticas sexuales de carácter reproductivo, teniendo poco o nulo poder de negociación con sus parejas para el uso de métodos anticonceptivos (Zihuame Mochilla A. C., 2010).

La vulnerabilidad de las mujeres indígenas se produce en un contexto de prestigio masculino donde priva la falta de información calificada sobre la prevención del VIH, la violencia de género, la migración de sus parejas, discriminación y cuestiones socioculturales (Ponce, Nuñez y Báez, 2011). Las mujeres indígenas son una población vulnerable, al tener pocas posibilidades para decidir sobre su cuerpo, teniendo mayor exposición a la transmisión del VIH-Sida e ITS por parte de sus parejas. Aunque estas mujeres cuenten con posibilidad de ser informadas por medio de los programas de gobierno, la información se comparte en español y no en su lengua materna; razón por la cual mucha de la información puede ser interpretada de manera incorrecta (CENSIDA, 2014).

## **Antecedentes de la intervención realizada con mujeres indígenas**

El proyecto “En nuestra propia voz”. Rompiendo estereotipos para la prevención del embarazo adolescente, VIH e ITS en mujeres de comunidades indígenas que radican en el Área Metropolitana de Monterrey (AMM) fue implementado por Zihuame Mochilla A. C., y financiado por el Programa Proequidad 2016 del INMUJERES<sup>188</sup>. Esta intervención se desarrolló a partir del mes de junio a diciembre del 2016. En una primera fase del proyecto se realizó la capacitación mediante cursos formativos a mujeres líderes indígenas y mestizas, las cuales son vistas como punto de referencia dentro de sus comunidades y pertenecen a un sector de la población que presenta mayor grado de vulnerabilidad por parte del sector gubernamental. La segunda fase fue implementada en colaboración con las mujeres líderes a través de talleres y eventos de difusión para la prevención de ITS y el VIH/SIDA, así como medidas para contribuir a la disminución de los índices de embarazo no deseado.

Ante el diagnóstico inicial realizado por la Organización se implementaron diferentes estrategias de capacitación y de sensibilización para mujeres residentes de 6 colonias de estrato socioeconómico bajo, escolaridad limitada y muchas de ellas víctimas de exclusión social, en su mayoría indígenas que también tienen problemas con el idioma y persistencia de roles tradicionales de género que les impide en algunas ocasiones conocer medidas preventivas como el uso adecuado del condón.

En esta intervención se sensibilizó en total a 907 personas de ambos sexos, que pertenecen a 6 comunidades de los municipios de Escobedo, Juárez y Monterrey. Se trabajó por medio de talleres, sesiones informativas y actividades lúdicas.

## **Metodología de la evaluación**

Para la implementación del proyecto, de parte de las autoras en conjunto con la organización Zihuame Mochilla A. C., se consideró la evaluación como una de las acciones necesarias para conocer el impacto y la efectividad del proyecto.

Con respecto a esta fase se realizó una evaluación de corte cuantitativo, de tipo descriptivo, experimental, no probabilístico por conveniencia debido a las particularidades de los grupos formados, en mujeres indígenas cuyo punto de referencia son sus comunidades, se recolectan pre

---

<sup>188</sup> Instituto Nacional de las Mujeres

test y post test, antes y después de la intervención, talleres y cursos, llevados a cabo por personal de la asociación Zihuame Mochilla A. C.

## **Objetivo de la evaluación**

Conocer el empoderamiento y el desarrollo de habilidades de las mujeres para la prevención de embarazos no deseados, ITS y VIH/SIDA, a través de la adquisición de conocimientos sobre los temas de interés.

## **Características y datos sociodemográficos de la muestra de mujeres que participaron en la intervención y posteriormente fueron encuestadas**

El cien por ciento de las participantes encuestadas son del sexo femenino, mientras que su edad osciló entre 12 y 28 años, presentando una media de 15 y moda de 16, coincidiendo con la literatura revisada sobre que las mujeres que proceden de alguna etnia indígena inician relaciones sexuales a más temprana edad (Valdiviezo, 2008).

El 80% de la muestra ha tenido o tiene relaciones sexuales, así como la edad en la cual se casaron o se unieron a su pareja, mostró un valor mínimo de 12 y un máximo de 28 y media de 16, similar a los resultados obtenidos al cuestionarles sobre la edad en que tuvieron su primera relación sexual con penetración según lo reportado por Valdiviezo (2008), Además se refuerzan los datos obtenidos con respecto a la literatura revisada que dice que solo la unión a una pareja es el único medio legítimo de pasar a la vida adulta y donde el embarazo previo y el robo de la novia son antecedentes frecuentes del inicio de vida marital en un contexto cultural que condena las experiencias sexuales de las mujeres.

Inicio de la vida sexual, embarazo y uso de condón en la relación sexual por parte de las encuestadas

Con relación a la utilización del condón en la primera relación sexual, solamente el 28% contestaron que sí. Es importante destacar que el 72% de las mujeres que tienen o tuvieron relaciones sexuales no utilizaron el condón, afín a lo reportado por Villaseñor y Caballero (2005), de que en los estratos bajos el inicio a la práctica sexual es más temprano y en menor proporción se utiliza el condón. El 50% de las mujeres se han mantenido sexualmente activas en los últimos 12 meses y solamente el 22% han utilizado el condón con su pareja regular, mientras que al preguntarles sobre si conocen el condón masculino el 80% respondieron que sí, lo que reafirma que existe una brecha muy grande entre lo que se dice saber y aplicar el conocimiento. En relación al embarazo, el 70% refieren haber estado embarazadas cuando menos una vez, la edad del primer embarazo oscilo entre 13 y 28 años, con

una media de 16 años y una moda de 15, los hijos vivos que tienen producto de su matrimonio o uniones van de 1 a 9 hijos, con una moda de 2 coincidiendo con lo reportado por Valdiviezo (2008) y Villaseñor y Caballero (2005) con relación a la frecuencia a más temprana edad del embarazo, cabe destacar que hay adolescentes menores de 19 años con 2 y 3 hijos vivos, lo que refleja el inicio de relaciones sexuales a edad temprana y sin protección. Los lugares más frecuentes para conseguir condones fueron señalados como las farmacias, seguido de las clínicas y hospitales, solamente el 20% indica se pueden adquirir en los supermercados, el bar y los amigos no son lugares reconocidos para comprar u obtener condones, el 75% de las integrantes manifiesta que pueden encontrar un lugar fuera de su casa para obtener condones en menos de una hora.

## **Resultados**

A continuación se dan a conocer los principales resultados obtenidos de la intervención realizada por Zihuame Mochilla A.C., en pro de la prevención de las ITS y el VIH/SIDA. En los párrafos siguientes se describen los datos relacionados con la efectividad de la intervención e impacto de la capacitación brindada por la Organización.

Según los datos analizados de la encuesta que se aplicó a un porcentaje de las mujeres capacitadas se encontró lo siguiente. Antes de la intervención el 90% de la muestra señala haber oído hablar sobre las ITS, pero solamente el 40% pudo detectar los signos y síntomas relacionados con las distintas infecciones en las mujeres y los hombres, como son: el dolor abdominal, las secreciones genitales, mal olor, la irritación o ardor al orinar, las verrugas o llagas genitales, comezón en área púbica y problemas para embarazarse, mientras que después de la información proporcionada por las facilitadoras y promotoras el porcentaje de encuestadas que acertó la respuesta fue de un 80% del porcentaje que muestra la adquisición de conocimientos sobre el tema. Cabe destacar que un 10% de las mujeres refieren no saber detectar los síntomas, aún y cuando tomaron los talleres y reuniones informativas, lo que se traduce en una necesidad mayor de capacitación.

El 80% de las mujeres refieren haber escuchado sobre el VIH/SIDA antes de la intervención y después de la intervención el porcentaje subió a un 93%. Así mismo aumentó el número de mujeres que refieren conocer a una persona que murió por esta enfermedad. Además un 8% de la población encuestada refiere tener un amigo o pariente con esta patología.

Sobre la forma de transmisión del VIH/SIDA, es importante que aún y con los conocimientos que recibieron en las reuniones informativas (las cuales fueron de forma esporádica y sin un número definido de sesiones) y talleres

(los cuales contaron una estructura metodológica, previamente diseñada y con una cantidad aproximada de 8 sesiones) aún persiste un 3% de asistentes que respondieron que por la picadura de un mosquito se pueden transmitir, mientras que antes del curso era un 16% las que referían que este medio era el causante de la enfermedad.

Así mismo el 10% de la muestra reporta antes de recibir la información, que el VIH/SIDA se puede contagiar por compartir un plato de comida con una persona que sea portadora, el porcentaje disminuyó después de participar en las distintas sesiones a un 2%, el mismo cambio sucedió con las cuestiones relacionadas con la transmisión a través de la donación de sangre, transfusiones sanguíneas y compartir objetos (platos, vasos, ropa, con personas viviendo con el VIH).

El porcentaje de mujeres encuestadas que antes de recibir la información reconocía que al utilizar una jeringa que otra persona había usado era una forma de adquisición correspondió al 48%, mientras que después de obtener la información por parte de las facilitadoras aumentó a un 80%.

En cuanto a percibir que las relaciones sexuales es un medio para la transmisión del virus antes de la intervención era del 62% y se encontró que al finalizar fue de un 90%. En cuanto a las formas de protegerse para no contraer el VIH/SIDA, las mujeres reportaron lo siguiente:

<i>Acción para protección</i>	<i>Antes de la intervención</i>	<i>Después de la intervención</i>
Utilización del condón	60%	96%
Pareja sexual fiel no infectada	50%	89%
Dejando de tener relaciones sexuales	25%	10%

**Tabla 1. Conocimiento acerca de las acciones de protección para no contraer VIH/SIDA**

*Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas ex ante y ex post a las participantes.*

En la etapa inicial del proyecto el 80% de las mujeres reconocieron que una mujer embarazada puede transmitir el VIH/SIDA a su bebé antes del curso, mientras que con la intervención cambió al 92% después de recibir la información. En relación a las acciones que se hacen para disminuir el riesgo de adquisición del virus, los porcentajes se pueden apreciar en el cuadro siguiente:

<i>Acción para disminuir riesgo de transmisión a otras personas:</i>	<i>Antes de la intervención</i>	<i>Después de la intervención</i>
Tomar medicamentos antirretrovirales.	48%	70%
Evitar dar alimentación del seno materno	38%	75%
Parto por cesárea	25%	84%
Separarse del bebé	10%	1%
No se puede hacer nada	10%	5%
Tener relaciones sin penetración	8%	65%
<i>Acciones que has hecho para disminuir Riesgo</i>	<i>Antes de la intervención</i>	<i>Después de la intervención</i>
Usar condón	56%	93%
Tener una pareja sexual fiel	33%	58%
Evitar relaciones con sexoservidoras	18%	83%
Evitar relaciones con homosexuales	16%	66%
Evitar relaciones con bisexuales	16%	83%
Hacerse la prueba del VIH	17%	25%
Evitar el sexo con la boca	12%	37%
Conocer bien a la pareja	20%	62%
Evitar el sexo anal	8%	88%
<i>Percepción de riesgo de transmisión:</i>	<i>Antes de la intervención</i>	<i>Después de la intervención</i>
Crees que las <i>mujeres casadas</i> tienen riesgo de contraer VIH	Poco 36%	54%
	Mucho 31%	46%
	Ninguno 7%	0
	No sé 12%	0
Crees que los <i>hombres casados</i> tienen riesgo de contraer VIH	Poco 18%	42%
	Mucho 36%	56%
	Ninguno 19%	0
	No se 18%	4%
Crees que las <i>mujeres solteras con vida sexual activa</i> tienen riesgo de contraer VIH	Poco 11%	25%
	Mucho 40%	70%
	Ninguno 21%	0
	No sé 8%	5%
Crees que los <i>hombres solteros con vida sexual activa</i> tienen	Poco 21%	26%
	Mucho 50%	63%

riesgo de contraer VIH	Ninguno 0 No sé 12%	1% 0
Crees que las <i>trabajadoras sexuales</i> tienen riesgo de contraer VIH	Poco 12% Mucho 42% Ninguno 26% No sé 20%	25% 65% 0 10
Crees que las <i>mujeres lesbianas</i> tienen riesgo de contraer VIH	Poco 17% Mucho 42% Ninguno 23% No sé 18%	12% 56% 30% 2%
Crees que los <i>hombres homosexuales</i> tienen riesgo de contraer VIH	Poco 24% Mucho 46% Ninguno 5% No sé 25%	8% 80% 4 % 8%
Crees que los <i>hombres y mujeres bisexuales</i> tienen riesgo de contraer VIH	Poco 16% Mucho 44% Ninguno 2% No sé 38%	12% 68% 0 20%
Crees que las <i>personas que se inyectan droga</i> tienen riesgo de contraer VIH	Poco 9% Mucho 53% Ninguno 2% No sé 36%	12% 70% 6% 12%
<i>Tú</i> consideras que tienes riesgo de contraer VIH	Poco 32% Mucho 11% Ninguno 21% No sé 36%	25% 33% 12 30

**Tabla 2. Porcentajes de respuestas ex ante y ex post de las participantes en relación a las acciones sobre riesgo para contraer VIH/SIDA y perfil de personas en riesgo.**

*Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas ex ante y ex post a las participantes.*

El 100% de las participantes, antes de la intervención no se habían realizado la prueba de VIH, después del curso el 54% se la había realizado, también se les preguntó si en un futuro les gustaría realizarse la prueba contestando el 75% de forma afirmativa.

También las mujeres fueron requeridas para dar su opinión sobre que pensaban después de haber tomado el curso, además de que indagar sobre si las personas de su comunidad se protegían de contraer VIH, la respuesta fue afirmativa en un 20%.

Con respecto a las acciones que podrían llevar a cabo en su comunidad y su familia con la presencia de una persona viviendo con el VIH, se encontró que el 63% estaría dispuesto a comer con alguna persona que

supieran que tiene VIH y si algún pariente ya sea hombre o mujer que fuera portador de VIH el 75% de la muestra reconoció estar dispuesta a cuidarlo y no rechazarle por su enfermedad.

## **Conclusiones**

A partir del análisis de los resultados obtenidos en el proyecto se puede considerar que el objetivo de empoderar a las mujeres indígenas y mestizas de las comunidades atendidas y desarrollar habilidades para la prevención y detección de las ITS y el VIH/SIDA así como para la prevención efectiva de embarazos a temprana edad, a través de la adquisición de conocimientos sobre los temas de interés se lograron alcanzar con la intervención realizada.

Gracias a la formación de la red se cuentan con un capital humano capacitado con el cual la Organización puede implementar nuevos proyectos que estén relacionados con temas enfocados en la educación y promoción de la salud sexual.

Otro de los resultados favorables fue que con la estrategia de intervención (la cual consistió en capacitar como líderes de grupo a un grupo de promotoras indígenas bilingües y facilitadoras de Zihuame Mochilla realizaran talleres, reuniones informativas, actividades lúdicas y obras de teatro dentro de las comunidades de origen y en el espacio público de la Alameda Mariano Escobedo), se logró cambiar en un porcentaje considerable la estigmatización que se hace a las personas portadoras, esto se refleja en la aceptación de ser cuidadores de algunos portadores y el poder compartir con ellos algunas acciones cotidianas como es la ingesta de alimentos y la convivencia familiar, contribuyendo con esto a disminuir la discriminación en este sentido hacia la población afectada.

Después de revisar los resultados obtenidos se puede observar que la mayor parte de la población que participó en la evaluación incrementó su nivel de conocimientos sobre que es el VIH/SIDA y las ITS, su forma de transmisión, acciones para disminuir el riesgo de transmisión, percepción de riesgo y disposición para el cuidado y protección de los portadores.

La brecha entre lo que se conoce y lo que se aplica fue disminuida, evidenciándose con las acciones realizadas antes de la intervención y después de ella, lo que corrobora la efectividad de las acciones implementadas en el proyecto “En nuestra propia Voz. Rompiendo Estereotipos para la prevención del embarazo adolescente, VIH e ITS en comunidades indígenas que radican en el área metropolitana de Monterrey”.

Una de las acciones de protección que en los talleres y reuniones informativas se enfatizó su importancia tiene que ver con el uso del condón tanto femenino como masculino, puesto que con el análisis se encontró un

incremento del 56% de las mujeres que reconocen la importancia de esta medida de prevención, lo que demuestra la eficacia de las intervenciones educativas que tienen como objetivo desarrollar habilidades asertivas para la negociación del uso de estrategias efectivas en la población vulnerable.

También destaca el incremento en otras acciones para disminuir el riesgo de contagio, como son tomar medicamentos, no alimentar con leche materna a los bebés de madres portadoras, la necesidad de concientizar sobre la importancia del parto por cesárea.

La percepción de riesgo de transmisión muestra una mejoría sobre todo en la aceptación de que cualquier persona y de que ellas mismas pueden contraer el VIH e ITS debido a que no solo las relaciones sexuales son peligrosas, sino que hay varias formas de adquisición si no hay prevención de manera efectiva.

### **Estrategias viables para la continuidad o réplica de la metodología de la intervención.**

Según las evaluaciones y el monitoreo realizado durante la implementación se encontró que es necesario continuar con los programas de intervención basados en la educación, ya que es una herramienta indispensable para que los determinantes sociales de la salud de la población vulnerable actúen de forma positiva en la prevención y detección de enfermedades que producen daños considerables a la salud de las comunidades atendidas por la Organización y más por las condiciones de alta vulnerabilidad en que se encuentran las personas indígenas.

Con los resultados obtenidos se reafirma la importancia de seguir apoyando a las organizaciones no gubernamentales para la disseminación del conocimiento necesario para combatir los rezagos en salud que afectan a las poblaciones más vulnerables del estado de Nuevo León y aún más en las comunidades donde hay concentraciones importantes de comunidades indígenas radicando en el AMM de Nuevo León.

Otra de las consideraciones importantes que resultan de la evaluación y sistematización realizada al proyecto consiste en incrementar el tiempo de capacitación en los grupos comunitarios y adecuar las estrategias del proceso de enseñanza-aprendizaje para asegurar el éxito de las intervenciones.

Es indispensable implementar las evaluaciones de impacto a todo proyecto futuro de intervención que se lleve a cabo, para con ello identificar las fortalezas y debilidades y llevar a cabo adecuaciones que aseguren el logro de objetivos y de esta manera hacer más eficiente la intervención, maximizando el impacto y reduciendo el costo.

Ante los resultados obtenidos tanto la Asociación Zihuame Mochilla como las autoras consideran de primordial importancia llevar a cabo acciones para la disminución de las inequidades que tiene la población indígena que radica en Nuevo León y en especial las mujeres por su doble condición de vulnerabilidad con respecto al acceso a los servicios de salud y a la educación sanitaria para la prevención, detección y control de todas las enfermedades.

Según el análisis realizado y los resultados obtenidos de esta intervención se puede concluir que al realizar futuras intervenciones en esta línea, se incrementara el empoderamiento, el desarrollo de habilidades para la negociación y cambios actitudinales que favorezcan el autocuidado, permitiendo que las personas participantes ejerzan su sexualidad de forma libre e informada.

Tras la implementación del proyecto la organización Zihuame Mochilla A. C. espera que las personas participantes sean conscientes de sus derechos, capacidades e intereses y que esto se refleje en la relación con otras personas; aprovechando su potencial y capacidad individual. Así mismo al fortalecer el apoyo de redes comunitarias se puede garantizar que se lleva a cabo un acercamiento empático hacia las personas de su misma comunidad y a quienes asisten a la Alameda los fines de semana. Además con el apoyo de participantes bilingües la formación adquirida será replicada en la lengua materna de las y los participantes, facilitando con esto una mejor comprensión del tema, fortaleciendo las vías que contribuyen a la reducción de inequidades, al acceso equitativo de los servicios y programas de salud integrales y efectivos.

## Referencias bibliográficas

- CENSIDA (2010). *El VIH/SIDA en México 2010*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- CENSIDA (2014). *Guía nacional para la Prevención del VIH y el sida*, CENSIDA, México: CENSIDA.
- CENSIDA (2016). *La epidemia del VIH y el Sida en México*. Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L\\_E\\_V\\_S.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf).
- Díaz, A. (2007). *La Alameda los fines de semana espacio estratégico de encuentro entre mujeres indígenas migrantes* (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.
- Farías, C. (2003). *Estudio etnográfico de un grupo nahua asentado en las márgenes del río*

- la Silla, Guadalupe (Tesis de pregrado.) Universidad Humanista de las Américas. Monterrey, N. L., México.
- Organización Mundial de la Salud (2007). Maternidad adolescente en América Latina [Versión Electrónica] *Publicaciones de las Naciones Unidas, OMS*.
- ONUSIDA (2015). *Comunicado de Prensa. 2030 – Poner Fin a la Epidemia de SIDA*. Ginebra. Suiza. Recuperado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/20160531\\_PR\\_Global\\_AIDS\\_Update\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/20160531_PR_Global_AIDS_Update_es.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *VIH, Adolescentes y jóvenes la OMS interviene*. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-VIH.htm>
- Polit, B.P. & Hungler, D. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. McGraw Hill/Interamericana de México, ISBN 9789701026908
- Ponce, M., Nuñez, G. y Báez, M. (2011). *Informe final de la consulta sobre VIH-SIDA y pueblos indígenas en áreas fronterizas*. México: CDI.
- Rodríguez, G. (1997). *Embarazo en adolescentes*. En J. Aguilar y B. Mayen (Comps.): *Hablemos de Sexualidad Lecturas*. México: CONAPO y MEXFAM..
- Rodríguez, G. (2010). *¿Cuáles son los beneficios de la salud sexual?. Carpeta informativa sobre los beneficios de la educación sexual en México*. Red Democracia y sexualidad. México. Recuperado de <http://www.afluentes.org.mx/>
- SSA (2008). *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes*. México: Secretaría de Salud.
- SSA (2014). *Programa de acción específico. Respuestas al VIH, Sida e ITS. Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México
- UNFPA (2005), “*La travesía sin mapas: adolescentes y pobreza*”. Estado de la población actual. La promesa de igualdad, Equidad de género, Salud reproductiva y Objetivos del Desarrollo del Milenio en Estado de la Población Mundial 2005.
- Valdiviezo, N. (2008). Embarazo en adolescentes indígenas de Oaxaca, México 2004-2008. Elementos para una discusión desde la salud sexual y reproductiva, y los derechos humanos. Recuperado de [http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2014\\_FINAL578.pdf](http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL578.pdf).
- Villaseñor, M. (2008). Qué sabemos de la perspectiva que los adolescentes tienen sobre la sexualidad y la educación sexual. En C. Stern (Coord.), *Adolescentes en México Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su*

- salud reproductiva*, México: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos: Población Council.
- Villaseñor, A., y Caballero, R. (2005). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre VIH/SIDA como predictores del uso del condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45 (1) (suplemento).
- Zihuame Mochilla A. C. (2010). *Diagnóstico de la situación de la mujer indígena en Monterrey, Nuevo León y su área Metropolitana*. Documento interno.

## “Análisis del Programa Control Prenatal en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS”.

*Ma Guadalupe Interrial Guzmán<sup>189</sup>  
María Guadalupe Moreno Monsiváis<sup>190</sup>  
Sofía Guadalupe Medina Ortiz<sup>191</sup>  
Karina Milagros Castro Guzmán<sup>192</sup>*

### Resumen

**U**n objetivo prioritario del Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 es consolidar las acciones de protección, promoción y prevención de enfermedades en toda la población; sin embargo, destacan las mujeres embarazadas como grupo prioritario porque incluyen el binomio madre e hijo. Al respecto, la UNICEF enfatiza la necesidad de garantizar una buena atención prenatal. En México se ha implementado el programa Control Prenatal (CPN) y se ha actualizado conforme a la Norma Oficial Mexicana 007 (NOM 007) de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y a la Guía de Práctica Clínica con Enfoque de Riesgo. El Instituto Mexicano del Seguro Social implementó el programa CPN en las Unidades de Medicina Familiar (UMF), con la finalidad de mejorar las condiciones de salud en las mujeres embarazadas y reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto.

**Objetivo:** Analizar el programa CPN, considerando el plan de atención establecido en la UMF y la percepción de las mujeres embarazadas del cumplimiento de acciones señaladas en el plan de atención.

**Metodología:** Para analizar el programa CPN fue necesario preguntar directamente a las mujeres embarazadas el cumplimiento de acciones del CPN; posteriormente se revisaron sus notas médicas.

**Resultados/Conclusiones:** Los Médicos Familiares y las Enfermeras Especialistas en el área Materno-Infantil son los responsables del programa CPN. El plan de atención se documenta en una cédula de la embarazada; que está disponible en una carpeta del expediente electrónico de cada paciente y se llama vigilancia prenatal; incluye Antecedentes, estado actual, evolución/exámenes de laboratorio y tratamiento no farmacológico. Un alto porcentaje de mujeres embarazadas consideran cumplimiento de las acciones del plan de atención; sin embargo, esto no se refleja en la documentación. Es urgente implementar protocolos de atención que mejoren la documentación y eleven la calidad de este programa de salud.

**Palabras clave:** Análisis, Salud, Programa Control Prenatal, Enfermería

---

<sup>189</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León.

<sup>190</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León.

<sup>191</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León.

<sup>192</sup> Instituto Mexicano de Seguridad Social.

## Introducción

El análisis del Programa Control Prenatal es prioritario en el contexto de salud actual que pretende centrarse en acciones y estrategias dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades. De acuerdo al Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 un objetivo prioritario es consolidar las acciones de protección, promoción y prevención de enfermedades en toda la población; sin embargo, adquiere relevancia un grupo prioritario, las mujeres embarazadas porque representa el binomio madre e hijo. Al respecto, la UNICEF enfatiza la necesidad de garantizar una buena atención prenatal (UNICEF, 2013) para evitar complicaciones; la OMS afirma que la mayoría de las complicaciones maternas reportadas en las diferentes instituciones de salud pudieron haberse evitado, por lo cual recomienda que todas las mujeres embarazadas acudan al programa control prenatal con la finalidad de prevenir las complicaciones maternas, recibir un diagnóstico oportuno y una atención adecuada (OMS, 2014).

En México se ha implementado el programa Control Prenatal (CPN) y se ha actualizado conforme a la Norma Oficial Mexicana 007 (NOM 007) de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y a la Guía de Práctica Clínica con Enfoque de Riesgo. Este programa de salud se implementa en todas las instituciones tanto del sector público como en el ámbito privado. Cada institución norma la forma de implementación del programa CPN, diseñan sus propios registros; sin embargo, se realizan las mismas acciones con sus variantes.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implementó el programa CPN en las Unidades de Medicina Familiar (UMF), con la finalidad de mejorar las condiciones de salud en las mujeres embarazadas y reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. En esta institución de salud los responsables de este programa son los médicos familiares, que atienden a las mujeres con embarazos de riesgo intermedio y alto y las enfermeras especialistas en el área materno infantil que brindan atención a las mujeres que cursan un embarazo de bajo riesgo y corresponde a la mayor cantidad en este grupo poblacional.

El programa CPN es un conjunto de acciones dictadas para otorgar una atención oportuna y precisa a las mujeres embarazadas; es fundamental su implementación porque permite estandarizar la atención a través de una serie de acciones específicas y procedimientos periódicos enfocados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que condicionan la morbilidad y mortalidad materna perinatal. Por lo tanto, las políticas de salud insisten en la asistencia de las mujeres embarazadas a este programa porque

permite la identificación de los factores que predisponen a la mujer a presentar un embarazo normal; así como de bajo, intermedio o alto riesgo, señalan que una vez que se identifica el tipo de embarazo se puede dar un tratamiento oportuno (Cruz, Ramírez, Sánchez, Sánchez, Zavaleta, et al. 2008).

Si bien se conoce que el programa CPN se ha implementado a nivel nacional, estatal y local es importante centrar la atención en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS debido a que esta institución atiende a un amplio sector de la población y es necesario conocer sus avances y sus resultados. Por lo tanto se realiza el presente estudio con el objetivo de analizar el programa CPN, considerando el plan de atención establecido en la UMF y la percepción de las mujeres embarazadas del cumplimiento de acciones señaladas en el plan de atención.

## **Metodología**

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo (Burns & Grove, 2012). La población estuvo integrada por las mujeres embarazadas que acuden al programa CPN de una unidad de medicina familiar del IMSS del área metropolitana de Monterrey; N.L. Se consideró al total de mujeres embarazadas que acudieron a consulta en el programa CPN durante el mes de marzo de 2015.

Para recolectar la información fue necesario diseñar dos cuestionarios, Cumplimiento del Control Prenatal (CCPN) y Documentación del Plan de Atención (DPA); el primero va dirigido a las mujeres embarazadas y el segundo se hizo para revisar la documentación de las notas médicas; además se aplicó una cédula de datos del participante para perfilar las características de la población de estudio. El cuestionario CCPN se realizó considerando la cédula de la embarazada que es un registro incluido en el expediente electrónico y corresponde a un apartado de expediente que se llama vigilancia prenatal; incluye cuatro apartados: Antecedentes, estado actual, evolución/exámenes de laboratorio y tratamiento no farmacológico. Acorde a este cuestionario se realizó el de DPA en un formato de lista de verificación.

Se acudió a los consultorios donde realizan el CPN y se revisó la lista de mujeres embarazadas programadas por día y por turno. Posteriormente el investigador estuvo en la sala de espera de los consultorios y una vez que cada paciente salió de la consulta se le abordó para pedirle su consentimiento para participar en el estudio, para lo cual se le dio una explicación clara del estudio y se respondió a sus preguntas; si aceptaba participar, se le pedía que se sentara en un espacio reservado de la sala de espera y se iniciaba con la cédula

de datos del participante y posteriormente se aplicó el cuestionario CCPN. Al final se agradeció a cada participante por su tiempo y sus respuestas. Posteriormente se acudió a un consultorio donde se permitió a los investigadores revisar la documentación de las notas médicas en el expediente electrónico para llenar el cuestionario DPA.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20. Se realizó análisis descriptivo. El estudio se realizó conforme a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987).

## **Implementación del Programa Control Prenatal**

Las instituciones de salud deben contar con programas específicos para las necesidades de la población que atienden; así mismo, es fundamental que su descripción permita realizar una adecuada implementación; se requiere que se señalen metas/objetivos, acciones, evaluación y la forma de documentación. En este sentido, Saavedra, Rodríguez y Cisneros (2012) afirma que es elemental proporcionar atención de salud obedeciendo las disposiciones establecidas en la normatividad vigente en las instituciones de salud.

En la institución de salud donde se realizó el estudio, el plan de atención del programa control prenatal se documenta en el expediente electrónico de la paciente en una carpeta llamada vigilancia prenatal que incluye la cédula de la embarazada y consta de antecedentes, estado actual, evolución/exámenes de laboratorio y tratamiento no farmacológico. En el IMSS las mujeres embarazadas deben acudir a la unidad médica que les corresponde e iniciar su control prenatal preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y asistir al menos a cinco consultas prenatales. Se recomienda que la primera consulta sea en el transcurso de las primeras 12 semanas, la segunda entre la semana 22 y 24, la tercera entre la 27 y 29, la cuarta entre la 33 y la 35 y la última consulta entre la semana 38 a 40. Así mismo, en cada consulta los médicos familiares y las enfermeras especialistas en el área materno infantil deben documentar las acciones del control prenatal que realizan a la mujer embarazada.

Al respecto, algunos autores afirman que es fundamental que la mujer embarazada se inicie su programa control prenatal de la doceava semana, que acuda al menos a cinco consultas y que el personal responsable del programa le realice las acciones estipuladas en el mismo (Álvarez, Caballero, Castaño, Escobar & Franco, 2010; Arispe, González, Rojas, Salgado, & Tang, 2011). Es importante destacar que los primeros dos criterios dependen de la mujer embarazada; el tercer criterio corresponde al personal de salud responsable que otorga la atención prenatal; es fundamental su rol en el

cumplimiento a la realización y documentación de todas las acciones, tal como están descritas en el programa control prenatal.

En este sentido, Cisneros, Rodríguez y Saavedra (2012) argumentan que es primordial que el personal de salud realice las acciones tal como lo describen las leyes, reglamentos, normas y procedimientos de atención sanitaria. Así mismo, señalan que se debe verificar la implementación del programa tal como está descrito; se puede identificar de dos formas, la primera se basa en la documentación e implica verificar la realización de acciones del personal de salud mediante la documentación en el expediente y la segunda se fundamenta en la percepción del usuario que recibe la atención, con el cual se corrobora que el personal de salud haya realizado las acciones correspondientes.

A pesar de que uno de los programas prioritarios del IMSS es el control prenatal y está establecido en todas sus unidades de primer nivel de atención con el personal de salud necesario: Médicos Familiares y Enfermeras Especialistas en el área Materno Infantil, se evidencia una documentación del personal de salud que no describe las acciones que se deben realizar o que se realizan a las mujeres embarazadas en cada consulta. Al respecto, Álvarez et al, (2010) señalan que la falta de cumplimiento del control prenatal es un problema de salud pública que requiere acciones urgentes; recomiendan la realización de todas las acciones tal como están descritas en el programa.

Por otro lado, la mujer embarazada no se incorpora al programa control prenatal durante los primeros tres meses de gestación y no cumple los cuidados estipulados en este programa de salud. Esta condición repercute de forma directa en la identificación de complicaciones que propician la morbilidad materna, algunas de ellos son preeclampsia, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia, sepsis urinaria, infección vaginal, diabetes gestacional, anemia, cervicovaginitis y bacteriuria asintomática (Álvarez, Salvador, González, & Pérez, 2010; Cáceres, 2009; Guevara, Montero, Fernández, Cordero & Villamil, 2009, NOM-007, 1993).

## **Análisis de Programa Control Prenatal**

La operacionalización de este programa es relevante; implica que el personal responsable del mismo, Médicos Familiares y Enfermeras Especialistas en el área Materno Infantil realice el plan de atención tal como está estipulado. Se debe documentar en una carpeta del expediente electrónico de la embarazada llamada vigilancia prenatal; contiene el archivo cédula de la embarazada e incluye antecedentes, estado actual, evolución/exámenes de laboratorio y tratamiento no farmacológico.

En los antecedentes el responsable de salud debe indagar respecto a los antecedentes heredo-familiares, antecedentes quirúrgicos, alergias, padecimientos médicos, enfermedades comunes de la infancia, antecedentes no patológicos, transfuncionales, traumáticos y gineco-obstétricos. El estado actual permite documentar la realización de acciones tales como medición del peso actual, semanas de embarazo, presión arterial, temperatura, fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales y de acuerdo al resultado de esta valoración. En cuanto a evolución/exámenes de laboratorio, los responsables revisan los resultados de laboratorio actuales y los anteriores; respecto al tratamiento no farmacológico, los responsables del programa CPN hacen una nota donde describen los hallazgos de la valoración de la paciente y las recomendaciones establecidas en el plan de atención, donde incluyen tratamiento no farmacológico como los cuidados de la embarazada; así como la prescripción de hierro y ácido fólico.

Es fundamental dar a conocer a la mujer embarazada, los signos y síntomas de alarma. Es importante destacar que en la primera consulta se debe entregar el carnet prenatal e informar si es embarazo de alto, intermedio o bajo riesgo. La realización de exámenes de laboratorio implica verificar si previo al ingreso al programa control prenatal le solicitaron los exámenes de biometría hemática, glucosa, examen general de orina y tipo de sangre, así mismo, se verifica que se le realicen exámenes generales de orina en la semana de embarazo 24, 28, 32, 36 o en los meses 6,7 y 8 de embarazo. Otros exámenes relevantes son la realización de la prueba rápida de VIH, la curva de tolerancia a la glucosa y el tipo de sangre. Es importante destacar que si es de grupo sanguíneo negativo, se debe corroborar el envío al segundo nivel de atención o con el ginecólogo.

Respecto a las acciones centradas en el tratamiento no farmacológico, los medicamentos profilácticos y vacunas deben estar presentes en cada consulta; es decir, se debe otorgar hierro y ácido fólico; así como verificar la aplicación de las vacunas toxoide tetánico y contra la tosferina. Además, es elemental la promoción de la salud e implica realizar acciones como corroborar si el personal de salud le brindó orientación sobre temas como alimentación saludable, lactancia materna, métodos de planificación familiar; además, si le recomendó acudir a las consultas prenatales acompañada de un familiar o de su pareja.

Es elemental verificar que el programa control prenatal se está implementando tal como está descrito; por lo tanto, se recomienda a los directivos de la institución verificar la documentación en el expediente electrónico e indagar la percepción de la mujer embarazada que recibe la atención del cumplimiento de acciones descritas en este programa de salud.

## Resultados

### Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas

En la tabla 1 se muestra que el promedio de edad de las mujeres embarazadas participantes en el estudio fue de 27.65 años ( $DE=5.45$ ), respecto a los años de educación formal la media se ubicó en 11.01 años ( $DE=2.87$ ), en relación al número de embarazos la media fue de 2.14 ( $DE=1.02$ ).

Característica	M	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Edad	27.65	27.00	5.45	26.67	28.64
Años de educación formal	11.01	11.00	2.87	10.48	11.52
Número de embarazos	2.14	2.00	1.02	1.95	2.32

**Tabla 1. Edad, años de escolaridad y número de embarazos de las mujeres participantes**

*Fuente: Cédula de Datos del Participante*

En cuanto al estado civil, en la tabla 2 se observa que la mayor proporción se ubicó en la categoría de casada (59.2%). El 88.3% señaló vivir con su pareja. Referente al nivel de escolaridad predominó con un 40.0% la secundaria, seguido de preparatoria con un 24.2%. El 55.0% reportó trabajar actualmente.

Características	f	%
Estado civil		
Soltera	10	8.3
Casada	71	59.2
Unión libre	36	30.0
Divorciada	2	1.7
Viuda	1	0.8
Actualmente vive con su pareja		
Si	106	88.3
No	14	11.7
Escolaridad		
Primaria	9	7.5
Secundaria	48	40.0
Preparatoria	29	24.2
Carrera Técnica	12	10.0
Licenciatura	20	16.7

Posgrado	2	1.7
Trabaja actualmente		
Si	66	55.0
No	54	45.0

**Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas**

Fuente: Cédula de Datos del Participante

### Datos del programa control prenatal

En cuanto al personal de salud que proporciona la atención en el programa control prenatal, en la tabla 3 se muestra que predomina el Médico Familiar con un 76.7%; en cuanto al turno en el que acuden las mujeres embarazadas a la consulta, el mayor porcentaje se ubicó en el matutino con un 67.5%.

Personal de Salud/Turno	f	%
Personal de salud		
Médico Familiar	92	76.7
Enfermera Especialista	28	23.3
Turno		
Matutino	81	67.5
Vespertino	39	32.5

**Tabla 3. Personal de salud y turno en el que se proporciona el control prenatal**

Fuente: Cédula de Datos del Participante

Para identificar la semana de gestación en la que se incorporan las mujeres embarazadas al programa control prenatal y el número de citas al que acuden, en la tabla 4 se muestra que la media de la semana de gestación en la cual se incorporaron las mujeres embarazadas al programa control prenatal fue de 14.49 ( $DE=5.35$ ), respecto al número de citas a las cuales acudieron las mujeres embarazadas, se encontró una media de 6.75 ( $DE=2.48$ ).

Datos del control prenatal	de	M	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Semana de incorporación		14.49	14.00	5.35	13.52	15.46
Número de citas		6.75	6.00	2.48	6.30	7.19

**Tabla 4. Incorporación al programa control prenatal y número de citas**

Fuente: Cédula de Datos del Participante

## Plan de Atención en la UMF

A continuación se muestran las frecuencias y porcentajes del plan de atención; incluye antecedentes, estado actual, evolución/exámenes de laboratorio y tratamiento no farmacológico. Respecto a los antecedentes y el estado actual, en la tabla 5 se muestran altos porcentajes de las acciones realizadas en estos dos rubros predomina el 100% tanto en la percepción de la mujer embarazada como en la documentación. Los menores porcentajes de realización de acciones corresponden a las preguntas valoración completa, información del riesgo del embarazo y la entrega del carnet, estos resultados obtuvieron mayores porcentajes de acuerdo a la documentación. El menor porcentaje en ambos casos correspondió a la acción entrega de carnet con un 55.7% de acuerdo a la percepción de la mujer gestante y un 61.7% de acuerdo a la documentación.

Acciones	Percepción de la mujer embarazada del cumplimiento del CPN		Documentación del plan de atención del CPN	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Antecedentes	120	100.0	120	100.
Signos y síntomas de alarma	110	91.7	120	100.0
Estado actual				
Medición peso y talla	120	100.0	120	100.0
Presión arterial	120	100.0	120	100.0
Fondo uterino	116	96.7	119	99.2
Valoración completa	87	72.5	114	95.0
Se le informó embarazo de alto riesgo o bajo.	75	62.5	119	99.2
Se le entregó carnet prenatal	118	55.7	74	61.7

**Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de acciones realizadas en el plan de atención del CPN**

Fuente: CCPN, DPA

Respecto a las acciones para evolución/exámenes de laboratorio y tratamiento no farmacológico, en la tabla 6 se muestran altos porcentajes de exámenes de laboratorio al inicio del embarazo con un 97.5% de acuerdo a la percepción de la mujer embarazada y 98.3% de acuerdo a la documentación, respectivamente. Así mismo, tanto en la percepción de la mujer embarazada como en la documentación se encontraron resultados similares en la realización de la acción toma de examen general de orina; en cuanto a la prueba rápida de VIH, la mayor proporción de cumplimiento corresponde a la percepción de la mujer embarazada con un 88.3%; esta acción está documentada en un 40%. En cuanto a la acción grupo y Rh, se encontró una percepción de cumplimiento de 73.3%, dato diferente a lo documentado (66.7%).

Acciones	Percepción de la mujer embarazada del cumplimiento del CPN		Documentación del plan de atención del CPN	
	f	%	f	%
Al inicio del embarazo	117	97.5	118	98.3
EGO (6, 7 y 8 meses)	102	85.0	104	86.7
Prueba rápida de VIH	106	88.3	48	40.0
Tolerancia a la glucosa	105	87.5	92	72.7
Grupo y Rh	88	73.3	80	66.7

**Tabla 6. Acciones para la realización de exámenes de laboratorio**

*Fuente: CCPN, DPA*

En la tabla 7 se muestran los resultados de las acciones de medicamentos profilácticos y vacunas de acuerdo a la percepción de la mujer embarazada y la documentación, los mayores porcentajes corresponden a la acción proporcionar hierro y ácido fólico con un 93.3% y 68.3%, respectivamente; así mismo, los menores porcentajes se ubicaron en la aplicación de las vacunas toxoide tetánico y contra la tosferina con un 83.3% y 30.8%, respectivamente.

Acciones	Percepción de la mujer embarazada del cumplimiento del CPN		Documentación del plan de atención del CPN	
	f	%	f	%

	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Se le proporcionó hierro y ácido fólico	112	93.3	82	68.3
Se le aplicó la vacuna de toxoide tetánico y la vacuna contra la tosferina	100	83.3	37	30.8

**Tabla 7. Acciones para medicamentos profilácticos y vacunas**

*Fuente: CCPN, DPA*

En la tabla 8 se presentan los resultados de las acciones para la promoción de la salud de acuerdo a la percepción de la mujer embarazada y a la documentación, los mayores porcentajes se ubicaron en las acciones proporcionar información nutricional con un 60.0% y 88.3%, respectivamente; los menores porcentajes corresponden a las acciones proporcionar información a la mujer gestante para que su pareja le acompañe con un 25.8% y 49.2%, respectivamente. Así mismo, se encontraron los mismos porcentajes en la percepción de la mujer embarazada respecto a las acciones promoción de lactancia materna y métodos de planificación familiar, ambos con un 42%; cabe señalar que estas mismas acciones obtuvieron un 96.0% y 76.7%, respectivamente, en la documentación.

Acciones	Percepción de la mujer embarazada del cumplimiento del CPN		Documentación del plan de atención del CPN	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Información nutricional	72	60.0	106	88.3
Se le informó que le pida a su pareja que acompañe a las citas de control prenatal	31	25.8	59	49.2
Lactancia materna	53	44.2	96	96.0
Métodos de planificación familiar	53	44.2	92	76.7

**Tabla 8. Acciones para la promoción de la salud**

*Fuente: CCPN, DPA*

## **Discusión**

Este programa es una estrategia de salud materna derivada del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, pretende fomentar un embarazo saludable; por lo tanto, debe ser implementada en las diferentes instituciones de salud a nivel nacional, responder a las demandas de este grupo poblacional y considerar los aspectos técnicos y procedimentales señalados tanto en la Norma Oficial Mexicana 007 de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio; así como en la Guía de Práctica Clínica con Enfoque de Riesgo (Cruz et al., 2008; Programa Sectorial de Salud 2013-2018).

Se encontró que las mujeres embarazadas se incorporan al programa control prenatal en la décimo cuarta semana de gestación y acuden a siete consultas. El primer hallazgo difiere de lo reportado por Alfaro y Campos (2014), Arispe et al. (2011), Doubona et al. (2014), Vega et al. (2009) y Zanchi et al. (2010), quienes reportan en sus investigaciones que las mujeres embarazadas se incorporan en el primer trimestre tal como lo marcan sus programas de atención prenatal. Este hallazgo pudiera explicarse debido a que en la institución donde se realizó el estudio, la paciente acude a dos citas con su médico familiar, previo a la incorporación al control prenatal; en la primera, el médico le solicita los exámenes prenatales; en la segunda valora los resultados y la envía al control prenatal; cabe señalar que a pesar de que está establecido que se debe tener un máximo de una semana entre las dos citas, en la práctica existen variaciones, algunos médicos se toman un mayor tiempo entre las citas, hasta un mes y el laboratorio programa los exámenes de acuerdo a su disponibilidad y a veces está a su máxima capacidad. Esta es un área de oportunidad, es elemental que los médicos familiares respeten el tiempo estipulado para citar a las pacientes para que se logre cumplir con lo que marca el programa control prenatal de que la mujer embarazada se incorpore al mismo durante las primeras 12 semanas del embarazo para poder identificar tempranamente sus necesidades de atención.

Respecto a las consultas prenatales, este hallazgo coincide con Arispe et al. (2011) y Zanchi et al. (2010); sin embargo, difiere de otros autores; mientras Duobona et al. (2014) y Vega et al. (2009) encontraron un menor número de consultas, Alfaro y Campos (2014) señalaron que las pacientes acudieron a más de ocho consultas prenatales. Este resultado es relevante; el programa control prenatal señala como criterio de buena práctica el que la mujer embarazada acuda al menos a cinco consultas, en este estudio se encontró apego a este aspecto.

Si bien se encontraron mayores porcentajes de cumplimiento de las acciones descritas en el programa control prenatal de acuerdo a la percepción de la mujer embarazada, al analizar las acciones de acuerdo al plan de

atención: valoración, estado actual evolución/exámenes de laboratorio y tratamiento farmacológico y no farmacológico, se encontró mayor realización de acciones correspondientes a la valoración de acuerdo a la documentación. En lo referente a estado actual, en las acciones preguntas de salud; medición de peso y talla y presión arterial, se encontraron los mismos resultados en percepción de la mujer embarazada y documentación, reportándose que la totalidad de las mujeres embarazadas señala que se realizaron estas acciones y la totalidad del personal de salud responsable del programa CPN documenta dichas acciones. Los menores porcentajes se encontraron en las acciones valoración completa, información del riesgo del embarazo y entrega del carnet, cabe señalar que en las tres acciones fue mayor de acuerdo a la documentación. El hallazgo de resultados de realización de acciones de la valoración considerando presión arterial, peso y talla coincide con lo reportado por Alfaro y Campos (2014), Álvarez et al. (2010), Arias et al. (2008), Henríque y Villela (2013), Vega et al. (2009) y Zanchi et al. (2010). El resultado de realización de acciones de la valoración de acuerdo a la documentación considerando la información del riesgo del embarazo coincide con lo señalado por Vega et al. (2009) y Del Valle et al. (2010). Este hallazgo pudiera explicarse debido a que en la institución donde se realizó el estudio es requisito que el personal responsable del programa control prenatal documente estas acciones. Se cuenta con un apartado específico en el expediente electrónico para documentar la atención prenatal; en el caso de la valoración todas las acciones cuentan con opciones establecidas que indican la realización de las mismas y los hallazgos y se exige a los profesionales de salud responsables de programa capturar esta información, porque si no lo hacen no pueden avanzar y muchos menos cerrar la nota del expediente. Por lo tanto, hay mayor control de la documentación de la valoración.

En relación a las acciones para la realización de los exámenes de laboratorio se encontró que una alta proporción de la población de estudio señaló la realización de los exámenes de laboratorio al inicio del embarazo y del examen general de orina, lo cual se encontró documentado. Estos hallazgos difieren de lo señalado por Zanchi et al. (2010), quienes reportaron que todas las mujeres embarazadas señalaron que se les había solicitado éstos exámenes; sin embargo, menos de la mitad de los expedientes tenían documentado los exámenes al inicio de embarazo. Así mismo, se encontró que nueve de cada 10 mujeres gestantes señalaron que se les solicitó la prueba rápida de VIH y solo estaba documentada en los expedientes electrónicos en menos de la mitad de la población de estudio; este hallazgo es similar a lo reportado por Zanchi et al. (2010) quienes señalaron mayor cumplimiento en la prueba rápida de VIH de acuerdo a la percepción de la mujer embarazada. El hallazgo referente a los exámenes de inicio del embarazo pudiera

explicarse debido a que en la institución participante en el estudio es un requisito contar con estos exámenes para poder iniciar su control prenatal; en cuanto a la prueba rápida de VIH ésta se realiza en el servicio de medicina preventiva a todas las mujeres embarazadas; el responsable del programa control prenatal debe corroborar con su paciente que se le hizo esta prueba y documentarlo en la nota. Por lo tanto, la mujer embarazada pudo haberse realizado la prueba en medicina preventiva, por eso pudiera explicarse un resultado mayor de acuerdo a la percepción de la mujer embarazada.

En cuanto a las acciones de tratamiento no farmacológico, respecto a los medicamentos profilácticos y vacunas, nueve de cada 10 pacientes señalaron que se les proporcionó hierro y ácido fólico y más de tres cuartas partes de las mujeres embarazadas refirieron que se les aplicaron las vacunas correspondientes al embarazo; sin embargo, estas acciones están documentadas en el expediente electrónico en porcentajes más bajos. Este hallazgo coincide con lo reportado por Zanchi et al. (2010) quienes señalaron que ocho de cada 10 pacientes refirieron que se les aplicó la vacuna toxoide diftérico y solo se encontró documentación de este aspecto en la mitad de la población de estudio; este resultado difiere de lo señalado por Arias et al. (2008) y Del Valle et al. (2010) quienes encontraron mayor documentación de estas vacunas. Este hallazgo pudiera atribuirse a que no es obligatorio que el personal responsable del programa control prenatal documente estos aspectos. Además, en la institución donde se realizó el estudio el personal de medicina preventiva proporciona hierro y ácido fólico a todas las mujeres en edad reproductiva y verifica que todas las derechohabientes tengan su cartilla de vacunación completa de acuerdo a su grupo poblacional. El responsable del control prenatal debe corroborar en el expediente electrónico la cartilla de vacunación de su paciente, cuestionarle respecto a la aplicación de las vacunas correspondientes e integrarlo en su nota; sin embargo, en la práctica esto no se hace de esta forma.

En relación a las acciones de promoción de la salud de acuerdo a la percepción de la mujer embarazada la información nutricional fue la más alta, seguida de la lactancia materna y métodos de planificación familiar; seis de cada 10 pacientes señalaron que se les proporcionó la información nutricional; sin embargo, se documentó en nueve de cada 10 expedientes; casi la mitad de la población de estudio refirió que se le proporcionó información respecto a la lactancia materna y respecto a los métodos de planificación familiar; sin embargo, estos datos se documentaron en una proporción más alta en los expedientes electrónicos. Este hallazgo contradice con lo reportado por Arias et al. (2008) quienes encontraron una mayor proporción de mujeres embarazadas que señalaron recibir información de la lactancia materna; pero este dato era menor de acuerdo a la documentación. Respecto al resultado de

la información nutricional de acuerdo a la documentación, este hallazgo contradice lo señalado por Henrique y Villela (2013) y Vega et al. (2009), quienes encontraron muy bajos porcentajes de documentación de la información nutricional. Estos hallazgos son relevantes, la promoción de la salud es un aspecto clave del programa control prenatal, la OMS hace referencia a centrarse en la prevención mediante este programa de salud.

Si bien en el presente estudio una baja proporción de mujeres embarazadas señalaron que se les proporcionó esta información; los resultados de documentación de información nutricional, lactancia materna y métodos de planificación familiar evidencian cumplimiento de éstas acciones. Esto es un área de oportunidad; es prioritario que el personal responsable del programa control prenatal proporcione ésta información a las mujeres embarazadas. Se recomienda realizar trípticos con información comprensible para las pacientes respecto a información nutricional, lactancia materna y métodos de planificación familiar, entregarlos a las mujeres gestantes durante la consulta prenatal y documentarlo, esta forma de atención garantiza que todas las pacientes reciban la misma información y se cumple con la realización de estas acciones del programa control prenatal.

## **Conclusiones**

Los hallazgos del presente estudio son relevantes de considerar, existen variaciones en lo que perciben las mujeres embarazadas del cumplimiento de las acciones del plan de atención en el programa control prenatal y lo que está documentado en el expediente electrónico. Es elemental incrementar la realización de todas las acciones del programa control prenatal y documentarlas para evidenciar la implementación de este programa de salud tal como está descrito. Vega et al. (2009) argumentan que la implementación del programa control prenatal demanda que el personal responsable de ejecutarlo cuente con la formación continua necesaria y conozca los lineamientos normativos de la NOM 007, además de otras competencias como una actitud comprometida tanto con la institución como con el grupo poblacional que recibe su atención.

Es fundamental garantizar que se realicen todas las acciones del programa control prenatal; es imperativo hacer una valoración completa a la mujer embarazada, solicitarle todos los exámenes de laboratorio requeridos e interpretar sus resultados; prescribirle hierro y ácido fólico y recomendarle la aplicación de las vacunas; así como darle información respecto a la información nutricional, lactancia materna y métodos de planificación familiar. Las áreas de oportunidad identificadas en el estudio, enfatizan la falta de documentación de estas acciones; los coordinadores médicos y los

administradores de enfermería deben centrar su atención en estos hallazgos y establecer protocolos de atención que permitan garantizar el cumplimiento de este programa de salud para elevar la calidad de atención y por ende la satisfacción de las pacientes.

## Referencias Bibliográficas

- Arias, J., Bernal, K., Giraldo, D., González, E. y Rivera, P. (2008). Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. *Hacia la Promoción de la Salud*, (13), 131-142.
- Alfaro, N. y Campos, G. (2014). Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital Vicente de Paúl. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 26, 1409-4568.
- Álvarez, J., Caballero, F., Castaño, J., Escobar, D. y Franco, A. (2010). Cumplimiento de las Actividades de Promoción y Prevención en el control Prenatal en una entidad de 1er Nivel, Manizales, años 2005-2007. *Rev. Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 10(1), 19-30.
- Álvarez, M., Salvador, S., González, G. y Pérez, D. (2010). Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. *Rev. Cubana*. 48(3), 310-320.
- Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C. y Rojas, J. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev. Med Hered*, 22 (4), 169-175.
- Burns, N. y Grove, S. (2012). *Investigación en Enfermería*. Barcelona, España. Elsevier Saunders.
- Cáceres, F. (2009). El control prenatal; una reflexión urgente. *Rev. Colombiana*, 60 (2), 165-170.
- Cruz, P., Ramírez, M., Sánchez, S., Sánchez, J, Zavaleta, N. et al. (2008). Guía de Práctica Clínica Para el control Prenatal con Enfoque de Riesgo. *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica; IMSS-028-08*. Recuperado de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>
- Del Valle, J., Plasencia, C., Valle, N., Nápoles, E. y Matamoros, D. (2010). Calidad de la atención prenatal en el área de Mella. *MEDISAN*, 14(5), 641-648.
- Doubona, S., Pérez, R., Ortiz, E. y Hernández, B. (2014). Evaluation of the quality of antenatal care using electronic health record information in family medicine clinics of Mexico City. *BMC Pregnancy and Childbirth*, (14), 1-9.

- Guevara, J., Montero, E., Fernández, R., Cordero, R., y Villamil, Y. (2009). Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el hospital materno de Palma Soriano durante un trienio. *MEDISAN*, 13(2).
- Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo (2009). México. Secretaría de Salud. CENETEC. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028\\_GPC\\_\\_PrenatalRiesgo/IMSS\\_028\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC__PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf)
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). Mortalidad Materna. Recuperado de Sitio web: <http://www.oms.org/mortalidadmaterna/html>
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Secretaria de Salud. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud. Recuperado de: [www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html](http://www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html)
- Saavedra, T. Rodríguez, E., y Cisneros, I. (2012). Evaluación del apego a la legislación y reglamentación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados en el CECAM. *Colecciones educativas en salud pública*, (8), 179-218.
- Secretaría de Salud [SS], (1987). Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Recuperado de: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html).
- UNICEF (2013). Nacer con iguales oportunidades: controles prenatales y en un lugar adecuado. Recuperado de [https://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe\\_2013\\_Semana\\_de\\_Prematuro.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_2013_Semana_de_Prematuro.pdf)
- Vega, R., Barrón, A. y Acosta, L. (2012). Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí durante 2008. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 30(3)265-272.
- Zanchi, M., Vitola, C., Juaci. A. y Carvalho, S. (2013). Correspondencia entre la información de la cartilla de gestante y el diario materno entre púerperas de una ciudad media brasileña. *Cad. Salud Public, Rio de Janeiro*. 29 (5)1019-1028

## “Diseño de una intervención educativa para el manejo de la medicación en el paciente al alta hospitalaria”.

María Guadalupe Moreno Monsiváis<sup>193</sup>  
Ma Guadalupe Interrial Guzmán<sup>194</sup>  
Sofía Cheverría Rivera<sup>195</sup>

### Resumen

**E**l manejo de la medicación es un proceso relevante que puede afectar la seguridad del paciente, sobretudo en periodos de transición del hospital al hogar. La evidencia reporta que más del 50% de los pacientes administra de manera incorrecta sus medicamentos, esto demanda generar intervenciones efectivas dirigidas a fortalecer el conocimiento y la habilidad para el manejo de la medicación. **Objetivo:** Identificar las deficiencias en el manejo de la medicación en pacientes al alta hospitalaria de acuerdo a sexo, edad, escolaridad, diagnóstico y medicación prescrita, como base para el diseño de una intervención educativa. **Material y Métodos:** Diseño del estudio descriptivo – correlacional. La población se conformó por 100 pacientes con enfermedad crónica dados de alta en un hospital público. Se utilizó la encuesta MedMaIDE con Alpha de Cronbach de .82. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** El 53% de los pacientes fueron mujeres, edad promedio de 55.27 años (DE=11.48), escolaridad de 9.63 años (DE=3.16), predominó el diagnóstico de diabetes mellitus con 44%, la media de medicamentos prescritos al alta hospitalaria fue de 4 (DE= 1.20), las principales deficiencias identificadas fueron: los pacientes no tienen claridad acerca de qué medicamentos tomarán en el hogar (41%), para qué los tomarán (24%), en qué horario (70%), dosis (46%), cómo los administrarán (32%), desconocen si deben resurtir el medicamento (39%) y hay medicamentos que necesitan y no pueden obtener (52%). La escolaridad y el número de medicamentos prescritos se asociaron significativamente con las deficiencias identificadas. Las deficiencias predominaron en el sexo masculino y en pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica. **Conclusiones:** Los resultados del estudio permitieron considerar las principales deficiencias identificadas en el diseño de la intervención. Es relevante que los administradores de salud desarrollen estrategias orientadas a fortalecer la seguridad en el manejo de la medicación al alta hospitalaria.

**Palabras Clave:** Intervención educativa, Manejo de la medicación, Alta hospitalaria

### Introducción

**L**a seguridad del paciente es considerada mundialmente un problema global, con gran impacto económico y social (Castro, Zavala, Ramírez & Villela, 2013). Constituye un elemento clave de la asistencia sanitaria y es un componente fundamental a la hora de evaluar la atención

<sup>193</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León.

<sup>194</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León.

<sup>195</sup> Universidad Autónoma de San Luis Potosí

prestada, por las instituciones sanitarias. Para reforzar la seguridad del paciente se ha impulsado el desarrollo de políticas, estándares y metas internacionales, orientadas a puntualizar las medidas necesarias para fortalecer la calidad y seguridad en la atención (Carhuallanqui, Diestra, Tang & Málaga, 2010; Moreno, Garza & Interrial, 2013).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] considera la cultura de seguridad como un indicador estructural básico que favorece la implementación de buenas prácticas clínicas. También estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas inseguras (Gama, Oliveira y Hernández, 2013).

Uno de los procesos relevantes que pueden amenazar la seguridad, es el manejo de la medicación. La OMS (2006) afirma que 50% de los pacientes toman de manera incorrecta los medicamentos prescritos, lo que genera mayor riesgo de hospitalización, incremento en la presencia de reacciones adversas a los medicamentos, así como en el índice de morbilidad y mortalidad. Estudios previos señalan que la falta de un adecuado manejo de la medicación en el hogar está asociada con complicaciones en la salud y por consiguiente reingresos hospitalarios e incremento en los costos en salud (Castro et al., 2013).

Durante la estancia hospitalaria la responsabilidad de la administración de la medicación reside en el personal de enfermería; sin embargo, una vez que está en su domicilio, ésta se transfiere a los pacientes, por lo anterior, el manejo de la medicación es un proceso relevante, sobre todo en los periodos de transición, donde el equipo de salud debe asegurar el brindar una adecuada educación a los pacientes y su familia previo al alta hospitalaria, de tal forma que una vez dados de alta cuenten con la información y el conocimiento necesario para manejar satisfactoriamente sus medicamentos en el hogar, lo cual contribuye a su pronta recuperación (Mira, Navarro, Guilabert & Aranaz, 2012).

El personal de salud y en específico, el personal de enfermería tienen la responsabilidad de asegurarse de que los pacientes reciban una orientación adecuada para manejar los medicamentos en su hogar, la Joint Commission International [JCI] (2014) y el Consejo de Salubridad General (2015) mencionan que todos los pacientes, miembros de la familia y otras personas significativas, deben recibir educación y entrenamiento de acuerdo al diagnóstico, problemas o necesidades identificadas durante la valoración inicial y previo al alta, donde el manejo de la medicación, es un aspecto prioritario. A pesar de que se reconoce la importancia de la orientación al paciente, esto no se hace efectivo, un 50% de los pacientes manifiesta que el personal de enfermería solo algunas veces le da las indicaciones para su

cuidado en el hogar previo al alta hospitalaria (Vargas & Fernanda, 2013). De acuerdo a la literatura, muy pocos pacientes reciben información efectiva por parte de los profesionales de la salud sobre su tratamiento actual, esto cobra relevancia sobretodo en pacientes con enfermedades crónicas, donde el apego al tratamiento es fundamental (Buendía, 2012).

Orwing, Brandt y Gruber (2006) señalan que el manejo de la medicación, es un proceso complejo y más si lo tiene que llevar a cabo el paciente o su familiar en su domicilio, una vez dado de alta. Establecen tres dominios fundamentales que contribuyen a un adecuado manejo del proceso de medicación, éstos corresponden al conocimiento de la medicación, conocimiento de cómo tomarla o administrarla y conocimiento acerca de cómo obtenerla.

El conocimiento con que cuenta el paciente acerca del medicamento que va tomar una vez dado de alta incluye saber por qué se lo indicaron, para qué lo está usando, de qué manera actúa en su organismo y porqué se toma en ese horario, debe conocer el nombre, dosis, horario y vía de administración. En este apartado se incluye la identificación de personas que apoyan al paciente en la administración de su medicación (Vargas & Fernanda, 2013).

El conocimiento acerca de cómo debe tomar su medicación lo menciona como el segundo dominio, este comprende la capacidad de la persona para tomar su medicación de una manera correcta, con las adecuadas medidas que se tengan que llevar a cabo, y que cuente con el conocimiento necesario con respecto a este, saber cómo administrarlos. Aquí se debe verificar cómo se guardan los medicamentos para asegurar un correcto almacenaje como evitar luz solar o artificial directa, revisar temperatura requerida y evitar lugares húmedos (FEUM, 2005).

El tercer dominio corresponde a saber cómo debe obtener su medicamento, pieza fundamental para llevar a cabo la medicación en el hogar. Es importante tener el conocimiento en su totalidad de la manera en que va a conseguir su medicamento y saber si debe tener un manejo especial para alguno de ellos. El conocimiento que tiene el paciente acerca de cómo obtener su medicación, incluye cómo surte el medicamento (en alguna farmacia particular o se lo entregan directamente en su unidad de salud). Es importante identificar si existen medicamentos que necesita y no puede obtener, si conoce si debe resurtir el medicamento, si lo revisa al resurtirlo y se asegura que sea el mismo que tomaba previamente, si requiere una nueva prescripción del médico y si utiliza receta o alguna guía para tomar su tratamiento.

Orwing et al. (2006) mencionan que para asegurar que el paciente ha comprendido el manejo de la medicación es necesario que cumpla con los tres dominios. Estos dominios se pueden ver afectados por algunas características individuales como la edad, sexo y escolaridad, por la cantidad de medicación

prescrita, así como por la complejidad en el tratamiento relacionado con el diagnóstico médico. Por lo anterior, el equipo de salud debe valorar estas características y asegurar el conocimiento de los tres dominios en el paciente, previo a su alta hospitalaria (Moreno, et al., 2013; Rico, Gómez, & Gallego, 2014; Sánchez, et al., 2012).

El manejo de la medicación por parte del paciente y/o del familiar, es un proceso idóneo para aplicar una intervención educativa, que permita otorgar los conocimientos al paciente y/o familiar respecto a la forma correcta de tomar sus medicamentos, esto cobra mayor relevancia en los pacientes con enfermedades crónicas por ser patologías que requieren un manejo estricto para mantener un control adecuado.

En consideración a lo anterior, el propósito del estudio es diseñar una intervención educativa centrada en las necesidades de conocimiento (conocimiento de la medicación, habilidad en el manejo de la medicación y recursos para obtener la medicación) del paciente hospitalizado con enfermedad crónica que facilite un adecuado manejo de la medicación en el hogar. El objetivo final es reducir el inadecuado manejo de los medicamentos a través de incrementar el conocimiento del paciente, lo cual contribuirá a largo plazo en la disminución de errores de medicación, reingresos hospitalarios, complicaciones asociadas así como en el control metabólico de la enfermedad crónica, todos esto con impacto en los costos de atención.

## **Objetivos del estudio**

- 1) Identificar las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria en pacientes con enfermedad crónica que reciben la atención habitual (previo a la intervención).
- 2) Analizar las deficiencias en el manejo de la medicación de acuerdo a edad, sexo, escolaridad, medicación prescrita y diagnóstico.
- 3) Plantear el diseño de una intervención educativa acorde a las deficiencias identificadas.

## **Material y Métodos**

El estudio consta de tres etapas: a) Medición pre intervención, b) Diseño de la intervención y c) Medición post intervención. El presente artículo aborda las primeras dos etapas. La primera etapa corresponde a un diseño descriptivo correlacional (Grove, Burns & Gray, 2013), este diseño permitió identificar las deficiencias en el manejo de la medicación de acuerdo a edad, sexo, escolaridad, diagnóstico y medicación prescrita al alta hospitalaria. La población de estudio correspondió a pacientes con enfermedades crónicas

hospitalizados en una Institución Pública del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

La muestra se estimó con el paquete n-Query Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000), se calculó a través de un parámetro de comparación de medias, con una potencia de 90%, un efecto mediano de .30 (Cohen, 1988), un nivel de significancia de 0.05. La muestra total estimada fue de 200 participantes, 100 pacientes para la evaluación inicial y 100 pacientes para la evaluación posterior a la implementación de la intervención (tercera etapa). Se invitó a participar en el estudio a los pacientes que cubrieron los siguientes criterios de inclusión: tener 18 años a más, que a su ingreso reportaron medicación en el hogar (medicación previa), con prescripción de medicación al alta hospitalaria (cuatro a más) y que señalaron manejar su medicación (solos o con ayuda, no dependencia total).

Para la recolección de datos se utilizó una Cédula de Datos del Paciente, que contiene dos apartados, en el primero se incluye información relacionada con: edad, sexo, escolaridad y diagnóstico. El segundo apartado corresponde a información respecto a la medicación, se preguntó acerca de los medicamentos que tomaba previo a su internamiento y los medicamentos prescritos al alta hospitalaria, de cada uno de los medicamentos se reportó el nombre, dosis, horario, vía de administración y duración del tratamiento.

Para identificar el manejo de la medicación al alta hospitalaria y las deficiencias que pueden existir para el manejo en el hogar, se utilizó el instrumento MedMaIDE de Orwing et al. (2006), está integrado por 19 reactivos con respuestas dicotómicas (Sí/No) divididos en tres apartados o dominio, el primero incluye siete reactivos relacionados con lo que el paciente conoce acerca de su medicación, sólo las primeras cinco tienen una puntuación sumatoria para deficiencia en el manejo de la medicación. El segundo apartado indaga el conocimiento del paciente acerca de cómo tomar o administrar el medicamento y demostrar las habilidades para ello, este apartado cuenta con seis reactivos, sólo los primeros cinco de ellos tienen puntuación para la sumatoria. El tercer apartado mide si el paciente conoce cómo obtener su medicación de acuerdo a lo indicado en su receta, incluye seis reactivos de los cuales solo cuatro tienen puntaje para la sumatoria).

De los 19 reactivos que incluye el instrumento, sólo 14 tienen puntuación para ser considerada deficiencia en el manejo de la medicación. Si el paciente contesta correctamente el reactivo se califica como "sí" y equivale a cero puntos, cuando el reactivo se califica como "no" equivale a un punto. El puntaje oscila entre 0 a 14 puntos, a mayor puntaje mayor deficiencia en el manejo de la medicación.

El instrumento ha reportado una fiabilidad a través de la prueba de test - retest de 0.93. La consistencia interna reportada es de 0.71 a 0.75. El

instrumento ha sido aplicado previamente en población mexicana por Moreno et al. (2013). Para el presente estudio la consistencia interna a través del índice de *KR 20* fue de .72, lo cual se considera aceptable.

Para la recolección de los datos se acudió a los servicios de hospitalización y se revisó el censo para identificar a los pacientes con enfermedad crónica dados de alta y se verificó en el expediente que tuvieran medicación previa para el manejo de la enfermedad crónica, se enlistó a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión. Se acudió al lugar donde estaban ubicados y se les invitó a participar, se les explicó el propósito del estudio y a todo aquel que aceptó, se le leyó el consentimiento informado y se le solicitó la firma. Se verificó que el paciente hubiera recibido su receta de medicación al alta y posteriormente se inició la recolección de datos contenida en la Cédula de Datos del Paciente, enseguida se aplicó el cuestionario MedMaIDE. El estudio se apegó a lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). Se contó con la aprobación por los comités de investigación y ética en investigación de la institución participante.

Los datos recolectados se procesaron con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 21. Para describir las características de los participantes se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas. Para conocer la distribución de los datos se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, los datos no reportaron distribución normal por lo que para responder al objetivo dos del estudio se aplicaron las pruebas de comparación de grupos de U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, así como la prueba de correlación de Spearman.

La segunda etapa del estudio consistió en el diseño de la intervención educativa acorde a las necesidades identificadas en la primera etapa.

El desarrollo de esta etapa consistió en los siguientes pasos:

- 1) Revisión sistemática de la literatura vinculada con las deficiencias identificadas
- 2) Identificación de buenas prácticas relacionadas con el manejo de la medicación
- 3) Estructura de la intervención: modalidad de la entrega, formato de la entrega, teoría que guía la intervención, contenido del tratamiento, dosis de la intervención, diseño de materiales requeridos, entorno de la ejecución, enfoque de la entrega y requerimientos del personal.

## Resultados

Los resultados se presentan en el siguiente orden, primeramente los correspondientes a la primera etapa del estudio: características de los pacientes participantes, seguido de la identificación de deficiencias en el manejo de la medicación, finalmente las deficiencias en el manejo de la medicación de acuerdo a edad, sexo, escolaridad, medicación prescrita y diagnóstico. Posteriormente se incluyen los resultados de la segunda etapa: principales deficiencias identificadas y el diseño de la intervención.

### Resultados de la primera etapa del estudio

#### *Características de los pacientes participantes*

Los pacientes participantes reportaron una edad promedio de 55.27 años ( $DE = 11.48$ ); un valor mínimo de 27 y máximo de 76 años. Predominaron ligeramente las mujeres (53%). Con respecto a la escolaridad en años, se presentó una media de 9.63 ( $DE = 3.16$ ), con un valor mínimo de 5 hasta 18 años de estudio. Al analizar la escolaridad de acuerdo al sexo, se encontró una media similar en hombres ( $M = 9.55$ ,  $DE = 2.82$ ) y mujeres ( $M = 9.70$ ,  $DE = 3.45$ ). En cuanto al diagnóstico, el 44% correspondió a Diabetes Mellitus, 21% a Hipertensión Arterial y en igual porcentaje a la combinación de Diabetes e Hipertensión, el 14% reportó Insuficiencia Renal Crónica.

Respecto a la medicación, los pacientes reportaron tomar en promedio tres medicamentos a su ingreso hospitalario ( $DE = 1.13$ ); sin embargo, cabe enfatizar que el valor máximo reportado fue de 7 medicamentos. En cuanto a la medicación prescrita al alta, se obtuvo un promedio de cuatro ( $DE = 1.20$ ) y un valor máximo de 7.

### Identificación de deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria

#### *Primer dominio: conocimiento de la medicación*

Respecto al conocimiento que el paciente tiene acerca de la medicación que manejará en casa al alta hospitalaria, las principales deficiencias correspondieron a señalar la dificultad para mencionar el horario en que los debe tomar (70%), mencionar los medicamentos que tomará o administrará en casa (41%) y la cantidad de medicamento que tomará o administrará durante el día (33%).

En las preguntas complementarias del instrumento en este apartado, al cuestionar a los pacientes acerca de si reciben algún tipo de ayuda para

manejar su medicación, un 44% señaló no recibir ninguna ayuda. En los que si la reciben, ésta la proporcionan principalmente conyugue e hijos (22%), y únicamente el cónyuge con igual proporción. En cuanto a la disposición y uso de otros medicamentos en el hogar que utiliza ocasionalmente aunque no los tenga indicados, un 47% respondió afirmativamente, predominando el uso de analgésicos con 29%, seguido de los antibióticos con 18%.

### *Segundo dominio: conocimiento acerca de cómo tomar o administrar la medicación*

En cuanto al conocimiento del paciente acerca de cómo tomar o administrar sus medicamentos, la principal deficiencia se atribuye a no conocer la dosis indicada, si bien conoce la cantidad de pastillas indicadas al día, el 46% desconoce a qué dosis corresponde y el 32 % desconoce la forma correcta de administrar los medicamentos.

En este segundo dominio se registró como el paciente guarda los medicamentos, se identificó que el 38% señaló guardarlos en su habitación, a temperatura ambiente y sin aislarlos de la luz y el 32% de ellos los almacena en la cocina, en un área muy cercana a la estufa o al fregadero.

### *Tercer dominio: conocimiento acerca de cómo obtener la medicación*

Las deficiencias en este dominio correspondieron al abasto de la medicación, el 52% de los participantes señaló que existen medicamentos que necesita y no puede obtener, de estos predominaron los antihipertensivos (24%) y los hipoglucemiantes (18%). Un 28% señaló no conocer cómo y dónde resurtir su medicación. Cabe destacar que al 39% no le explicaron si debe resurtir su medicación. En este último apartado se preguntó al paciente si revisa la medicación al resurtirla, el 13% de los pacientes no revisa que el medicamento surtido corresponda a la presentación solicitada. Cabe destacar que un 72% señaló que utiliza una receta como apoyo para el manejo de su medicación en el hogar; sin embargo, muchas veces la letra no es clara.

### **Deficiencias en el manejo de la medicación de acuerdo a edad, sexo, escolaridad, medicación prescrita y diagnóstico**

Para identificar el manejo de la medicación de acuerdo al sexo y diagnóstico médico del paciente se utilizó el análisis estadístico inferencial no paramétrico de U de Mann Whitney para el sexo y la prueba de Kruskal Wallis para el diagnóstico. Al analizar por dominios, se encontró diferencia significativa en el manejo de la medicación de acuerdo al sexo en relación con el

conocimiento de la medicación y cómo obtenerlo. Se encontró mayor deficiencia en el sexo masculino en cuanto al conocimiento que tiene con respecto a su medicamento (Femenino Mdn = 47.43; Masculino Mdn = 54.06). Las mujeres mostraron mayor deficiencia en el dominio de cómo obtener la medicación (Femenino Mdn = 52.79; Masculino Mdn = 47.91).

En cuanto al diagnóstico médico, se encontró que existe una mayor deficiencia en el índice global de manejo de la medicación, así como en las dimensiones de conocimiento de la medicación y conocimiento acerca de cómo tomarlo en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (Kruskal Wallis = 7.86,  $p = .05$ ), seguido de los pacientes con hipertensión.

Para determinar la relación entre el manejo de la medicación con la edad, escolaridad y medicación prescrita al alta hospitalaria se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

En la tabla 1 se muestra que la edad no se correlacionó con las deficiencias en el manejo de la medicación. Los pacientes con menor escolaridad mostraron una mayor deficiencia en cuanto a los dominios de conocimiento acerca de la medicación y cómo tomarlo, así como en el índice global. La medicación prescrita al alta se relacionó positivamente con las deficiencias en relación al conocimiento acerca de la medicación, cómo tomarla, cómo obtenerla y con el índice global.

Características	Deficiencia conocimiento	Deficiencia cómo tomar	Deficiencia cómo obtener	Deficiencia total
Edad	.094	.003	.109	.026
Escolaridad	-.0189*	-.229***	-.037	-.210**
Medicación prescrita al alta	.301***	.232**	.228**	.323***

**Tabla 1. Correlación de deficiencias en el manejo de la medicación con edad, escolaridad y medicación prescrita al alta hospitalaria**

Fuente: Cédula de Datos e Instrumento MedMaIDE

$n = 100$

\*\*\*.001 Altamente significativo

\*\* .01 Considerablemente significativo

\* .05 Significativo.

## Resultados de la segunda etapa del estudio

### *Principales deficiencias identificadas:*

Conocimiento acerca de la medicación: Desconocimiento de la medicación que tomará en casa, horario y dosis, uso de medicamentos no indicados, alta proporción de pacientes que requieren apoyo para el manejo de la medicación, mayor deficiencia en pacientes del sexo masculino, con menor escolaridad, diagnóstico de insuficiencia renal crónica e hipertensión y con polifarmacia.

Conocimiento acerca de cómo tomar o administrar la medicación: Desconocimiento de la dosis, técnica correcta de administración, almacenaje inadecuado de la medicación, mayor deficiencia en pacientes del sexo masculino, con menor escolaridad, diagnóstico de insuficiencia renal crónica e hipertensión y con polifarmacia.

Conocimiento acerca de cómo obtener la medicación: Dificultad para obtener la medicación indicada (antihipertensivos e hipoglucemiantes), desconocimiento acerca de si debe resurtir el medicamento, mayor deficiencia en pacientes del sexo femenino y con polifarmacia.

### **Diseño de una intervención educativa acorde a las deficiencias identificadas**

Una vez concluida la primera etapa del estudio se analizaron las principales deficiencias identificadas y se procedió a diseñar la intervención educativa dirigida al paciente con enfermedad crónica para el manejo de la medicación en el hogar.

Modalidad de la entrega	Unimodal
Formato de la entrega	Individual “cara a cara”
Teoría que guía la intervención	Prescriptiva “Manejo de la medicación” Buenas prácticas en la medicación
Contenido del tratamiento	Contenido temático: Fase I: Conocimiento acerca de la medicación Fase II: Habilidad para el manejo de la medicación Fase III Conocimiento acerca de cómo obtener la medicación *Consideraciones especiales acorde a sexo, escolaridad, diagnóstico médico y polifarmacia.
Dosis de la	Tres sesiones de 20 minutos cada una previas al

intervención	alta hospitalaria (acorde a las fases)
Diseño de materiales requeridos	Protocolo de intervención Programa de entrenamiento para el personal de enfermería participante Manual de operación para facilitadores Manual de medicamentos Manual de orientación al paciente (gráfico) Tarjeta de medicación para el paciente
Entorno de la ejecución	Hospitalización
Enfoque de la entrega	Adaptación al contexto “ Hospital Público”
Requerimientos del personal	Facilitadores: personal de enfermería responsable del cuidado directo a los pacientes Experiencia en el manejo de la medicación Entrenamiento basado en el protocolo de intervención

**Tabla 2. Estructura de la intervención**

## Discusión

En la primera etapa del estudio se encontró que una alta proporción de los participantes presentó deficiencia en el manejo de la medicación atribuidas principalmente a la falta de conocimiento acerca de su medicación y a cómo obtenerlo. De acuerdo a la literatura, la falta de conocimiento se asocia a la toma incorrecta de los medicamentos. En base al conocimiento acerca de la medicación se encontró que una alta proporción de pacientes desconoce los medicamentos que tomará en casa (40%) y en que horario (70%), así como el motivo por el cual está tomando su medicación (24%). El desconocimiento acerca de la medicación puede estar vinculado con la alta proporción de pacientes que refirió recibir ayuda para la administración de sus medicamentos, si bien esta medida apoya al paciente, debe buscarse que el paciente asuma su responsabilidad en el manejo de la medicación y no la delegue a otra persona a menos que esto sea necesario por su condición funcional.

Un hallazgo relevante fue que cerca de la mitad de los participantes (47%) señaló contar con medicamentos en su hogar no prescritos y de uso regular, esto incrementa el número de medicamentos y el riesgo de errores de medicación. De acuerdo a la literatura la polifarmacia se asocia con las deficiencias en el manejo de la medicación; así mismo, favorece la presencia de interacciones farmacológicas, sobre todo en padecimientos de tipo crónico como es el caso de los participantes en el estudio donde predominó la diabetes e hipertensión arterial (Sánchez & Nava, 2012).

Respecto al conocimiento acerca de cómo tomar la medicación prescrita y la habilidad para administrarla, se encontró que las principales deficiencias correspondieron a señalar la dosis indicada y cómo administrar sus medicamentos. El desconocimiento de la dosis es común en los pacientes y esto genera que tomen una dosis mayor o menor a la prescrita, lo cual impacta en el control de su enfermedad (Mira, et al. 2012).

En relación al conocimiento del paciente acerca de cómo obtener la medicación prescrita al alta hospitalaria, cabe destacar que más de una cuarta parte (39%) desconoce si debe resurtir su medicamento. Así mismo, el 52% señaló que hay medicamentos que necesita y no puede obtener, este hallazgo es relevante y puede explicarse por las características de la institución; sin embargo, es relevante la búsqueda de estrategias al interior de las organizaciones que apoyen el abasto de la medicación prescrita al alta hospitalaria.

Se identificó que las deficiencias son diferentes acorde a algunas características individuales como sexo y diagnóstico y se asocian con la escolaridad y polifarmacia, hallazgos acordes a lo reportado en la literatura y que deberán considerarse en la intervención (Moreno, et al., 2013; Rico, et al., 2014; Sánchez, et al., 2012). La edad no se correlacionó significativamente, este hallazgo difiere a lo reportado por Moreno et al., 2013. Esto puede atribuirse a la media de edad de los participantes (menor a 60 años), en quienes se puede intuir una funcionalidad que les permite un involucramiento más activo en el manejo de la medicación; sin embargo, no debe descartarse la relación en pacientes de mayor edad.

El análisis de los hallazgos de la primera etapa del estudio permitió el diseño de una intervención educativa acorde a las necesidades identificadas y con soporte de la evidencia empírica de buenas prácticas relacionadas con el manejo de la medicación. Estas etapas permitirán probar la intervención y determinar su efecto en pacientes con enfermedad crónica hospitalizados en una Institución Pública. Si bien este avance es relevante, se recomienda que los administradores de salud desarrollen estrategias orientadas a fortalecer la seguridad en el manejo de la medicación al alta hospitalaria a través de la sostenibilidad de acciones efectivas.

## **Conclusiones**

Los resultados del estudio muestran evidencia de importantes deficiencias en relación al conocimiento acerca del manejo de la medicación en el hogar, lo que confirma la necesidad de modificar la orientación habitual que se proporciona a este grupo de pacientes y transitar a una orientación efectiva que contribuya a la seguridad del paciente. Los resultados del estudio

justifican la necesidad de fortalecer el conocimiento y la habilidad para el manejo de la medicación en el paciente con enfermedad crónica a través de una intervención educativa previa al alta hospitalaria donde se consideren las características del paciente como el sexo, escolaridad, diagnóstico médico y medicación prescrita, aspectos relevantes de acuerdo a los hallazgos de este estudio.

## Referencias Bibliográficas

- Buendía, J. A. (2012). Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. *Biomédica*, 32(4), 578-84.
- Carhuallanqui, R., Diestra, G., Tang, J. & Málaga, G. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 21(4), 197-201.
- Castro, F. I., Zavala, E., Ramírez, C. & Villela, E. (2013). Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. *Revista CONAMED*, 18(2), 59-63.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2<sup>a</sup> ed). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Consejo de Salubridad General. (2015). *Estándares para la Certificación de Hospitales*. México. Recuperado de <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/3aEdicion-EstandaresHospitales2015.pdf>
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). *n' Query Advisor*, Versión 4.0.
- Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos [FEUM]. (2005). *Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud*. (3<sup>a</sup> ed). México: Secretaría de Salud.
- Gama, Z. A., Oliveira, A. C. & Hernández, P. J. (2013). Cultura de segurança do paciente e fatores associados em uma rede de hospitais públicos espanhóis. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(2), 283-293.
- Grove, S. K., Burns, N. & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research*. (7a ed). St. Louis Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Joint Commission International. (2014). *Estándares de Acreditación para Hospitales*. Oak Brook, Illinois. Recuperado de [https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S\\_Sample\\_Pages.pdf](https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf)
- Mira, J. J., Navarro, I. M., Guilabert, M. & Aranaz, J. (2012). Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(2), 95-101.

- Moreno, M. G, Garza, L.D, & Interrial, M.G. (2013). Manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria. *Ciencia y enfermería, 19*(3), 11-20.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *The safety of medicines an Essentials tool*. Geneva, World Health Organization.
- Orwig, D., Brandt, N. & Gruber, A. L. (2006). Medication Management Assessment for Older Adults in the Community. *Academic Research Library, 46*(5), 661-668.
- Rico, M., Gómez, S. S. & Gallego, C. F. (2014). El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica, 24*(1), 44-50.
- Sánchez, U. A., Gallardo, L. S., Pons, L. N., Murgadella, S. A., Campins, B. L. & Merino, M. R. (2012). Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. *Farmacia Hospitalaria, 36*(3), 118-123.
- Sánchez, C. & Nava, M. (2012). Análisis de la automedicación como problema de salud. *Enfermería Neurológica (Mex), 11*(3), 159-162.
- Secretaría de Salud [SS]. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. (7ª ed). México: Porrúa.
- Vargas, T. & Fernanda, M. (2013). *Conocimientos, prácticas y autocuidado de los pacientes diabéticos y su relación con el reingreso de los mismos al servicio de medicina interna del hospital provincial general Latacunga durante el período Enero-Junio 2012*. (Tesis inédita). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.

## “Características maternas y práctica de lactancia materna en habitantes de una comunidad con alto grado de marginación del área metropolitana de Monterrey”.

Adriana Zambrano Moreno<sup>196</sup>

Ana Elisa Castro Sánchez<sup>197</sup>

María Natividad Ávila Ortiz<sup>198</sup>

### Resumen

**A**un cuando las madres inicien la lactancia materna exclusiva (LME), una hora después del parto, la mayoría de los niños sólo reciben lactancia materna exclusiva hasta los 4 ó 6 meses de edad. La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Argentina, enuncia que la proporción de niños que inicia la lactancia materna es elevada, pero decae notoriamente hasta los dos años de edad. La práctica de la lactancia materna en México ha ido disminuyendo hasta niveles preocupantes; lo cual alarma por el papel tan importante que desempeña dicha práctica en la alimentación y protección contra enfermedades en los infantes.

*Objetivo:* Describir las características de las madres y la práctica de lactancia en una comunidad con alto grado de marginación.

*Metodología:* Estudio transversal, con metodología mixta, fase cuantitativa muestra a conveniencia, 140 madres con hijos de 0 a 24 meses de edad, análisis con paquete estadístico SPSS v20.

*Resultados:* Rango de edad 14 a 42 años, 46.5% en Unión Libre, 33.5% Casadas y 8.4% solteras; el 81.3% sin trabajo remunerado, el 85.2% práctica lactancia materna y el 58.7% proporcionaron LME con duración de 3 a 6 meses.

*Palabras clave:* Hábitos, Lactancia materna, ablactación, marginación.

### Antecedentes

**L**a alimentación en las primeras etapas de la vida es fundamental para prevenir la mala nutrición, ya que establecer adecuados hábitos de alimentación a edad temprana favorece su permanencia hasta la etapa adulta, en su estudio Black y Creed-Kanashiro, (2012) observaron que cuando los menores de 5 años presentan sobrepeso u obesidad, este puede mantenerse hasta la adolescencia. Además los niños cuyos padres o cuidadores practican conductas alimentarias saludables, establecerán patrones de conducta y preferencias alimentarias sanas, en caso contrario son más

---

<sup>196</sup> Facultad de Salud Pública y Nutrición, UANL

<sup>197</sup> Facultad de Salud Pública y Nutrición, UANL

<sup>198</sup> Facultad de Salud Pública y Nutrición, UANL

propensos a desarrollar dietas y hábitos inadecuados (Golley et al. 2014). Sin embargo, actualmente la mayoría de las madres de familia trabajan fuera del hogar y por ende se originan cambios en los hábitos de alimentación, compra y consumo en los miembros de la familia (Moreiras y Cuadrado, 2001).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2016), señala que la lactancia materna exclusiva (LME) debe iniciar de las primeras horas de nacido hasta los seis meses de vida del infante, ya que un inicio temprano protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. La LME se considera cuando un lactante recibe solo leche materna, y ningún otro líquido o sólido, con la excepción de sales de rehidratación oral o gotas o jarabes con vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

Al nacer, el lactante sólo es capaz de succionar y deglutir líquidos ya que su sistema digestivo y renal no están aun maduros, de aquí la importancia de la alimentación láctea, ya sea materna o de fórmula de iniciación, posteriormente el periodo transicional que abarca de los 4 meses al año de vida, donde el lactante desarrolla aspectos psicomotores, digestivos, de absorción, inmunológicos y renales (Ros, Ferreras, y Martín, 2001).

Según Hassink (2010), el recién nacido acumula tejido adiposo en el último trimestre del embarazo y los primeros meses de vida, en esta fase los depósitos de grasa se movilizan durante los cuadros infecciosos y las transiciones en las fuentes de alimentos, por lo anterior, la composición de los nutrientes y la ingesta pueden influir en la salud del infante, en especial de obesidad en niños con predisposición genética.

Según Aguilar y Fernández (2008), la composición de la leche humana presenta variaciones, se inicia con el calostro formado los primeros días de vida, posteriormente la leche de transición en las siguientes semanas y leche madura de la tercera semana a los 2 años. Por lo anterior, los recién nacidos alimentados con leche materna tienen un aporte ligeramente menor de energía y proteínas, además aumentan más de peso y masa corporal magra por gramo de proteínas en comparación con los alimentados con fórmula, esto puede indicar las diferencias tempranas en el balance de energía y composición corporal de los infantes.

La LME se recomienda durante el primer semestre de vida pues contiene proteínas que ayudan a la digestión y absorción de diferentes nutrientes, posee además propiedades inmunológicas para la prevención de infecciones gastrointestinales y contribuye a una flora intestinal favorable para el infante; posteriormente se promueve la lactancia materna complementada hasta los 2 años de vida (Cilleruelo y Calvo, 2004).

La práctica de LME contribuye al desarrollo y crecimiento del recién nacido, la OMS en la Convención sobre los derechos del niño señala que

todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición y enuncia que el 36% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna (OMS, 2016); además es un factor importante para establecer el vínculo afectivo madre-hijo, aumentando así la probabilidad y la duración de la lactancia materna, por estos beneficios la OMS establece la iniciativa Hospital Amigo de Niño, donde se fomenta la lactancia materna en la primera hora de vida (BoccoliniI, Lazaro, Couto, y Vasconcellos, 2011).

La LME puede impactar en el desarrollo del temperamento de los infantes, según Lauzon-Guillain et al. (2012), quienes investigaron en 3 grupos de infantes, con diferente alimentación: a) fórmula, b) lactancia materna exclusiva y c) mixta, es decir lactancia materna y fórmula, los resultados indican que los infantes con LME ó alimentación mixta, presentan un temperamento más desafiante, más sonrientes y con menor sensación de angustia que los alimentados con fórmula.

En su estudio de morbilidades Agrasada, Ewald, Kylberg y Gustafsson (2011), descubrieron que los infantes con LME del nacimiento a los 6 meses de edad, no presentaron diarrea, ni infecciones respiratorias comparadas con infantes con LM inferior a los 6 meses, y en aquellos que no recibieron lactancia materna.

Por otra parte, Zhang et al. (2013) realizaron un estudio sobre la práctica de lactancia materna e introducción de fórmulas en la alimentación del infante, en el cual el 87% fueron alimentados con biberón; el 37.1% recibieron solo el primer mes lactancia materna exclusiva; el 48.9% practico una alimentación mixta y el 14% fue alimentado con fórmula, entre sus resultados destaca que los alimentados con fórmula tienen mayor riesgo a presentar sobrepeso y/ó obesidad a los 2 años de edad.

La LM presenta también ventajas para las madres, según González, Escobar-Zaragoza, González-Castell, y Rivera-Dommarco (2013), las mujeres que proveen LM presentan menor riesgo de diabetes, así como de cáncer de mama y de ovarios, en cuanto a la economía familiar, la LM se relaciona con ahorros asociados a la compra de fórmulas, consultas médicas y medicamentos.

En México, se han propuesto estrategias para apoyar y dar soporte a la lactancia materna, que ayuden a incrementar los índices de dicha práctica como la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Lactante y Pequeño de la OMS/UNICEF; la cual promueve la LME, a través de 2 acuerdos nacionales el primero, establece las acciones a cumplir para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica sujetos a la Certificación del Consejo de Salubridad General; el segundo establece las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna.

La promoción de la lactancia materna mediante iniciativas basadas en los cinco pasos del modelo Evaluar, Innovar, Desarrollar, Involucrarse y Diseminar, (AIDED, por sus siglas en inglés) se han propuesto en México, estos engranajes se relacionan con el interés político, la formulación de una estrategia inicial de promoción de lactancia, un programa de promoción y protección en sus etapas de implementación por parte del Seguro Popular, hay engranajes que faltan como el financiamiento y la asignación de recursos para el programa nacional; la promoción y apoyo a la lactancia en medios de comunicación, se carece también de una coordinación central que aglutine y coordine las actividades en su conjunto; De esta manera, el gobierno federal trata de enfrentar la desvalorización en la práctica de lactancia materna desde la perspectiva de la política pública (González et al., 2013).

## **Objetivo**

Conocer las características maternas y la práctica de lactancia materna en mujeres de una comunidad con alto grado de marginación del área metropolitana de Monterrey.

## **Metodología**

Este estudio es parte de uno más amplio de metodología mixta, para la fase cuantitativa se realizó una muestra a conveniencia

## **Criterios de inclusión**

Mujeres con hijos menores de dos años.

Mujeres que habitan en los AGEBS con alto grado de marginación del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

## **Exclusión**

Mujeres que son estudiantes y/o profesionales de la salud

Personas que no acepten participar en el proyecto

## **Plan de análisis**

Para el análisis de los datos cuantitativos recolectados, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20, además de obtener la estadística descriptiva como: frecuencias, porcentajes, medias y promedios para la población de

estudio, se utilizó además la prueba de  $X^2$ = chi cuadrada para comprobar las hipótesis planteadas.

## Resultados

La muestra se compone de 155 mujeres, con un rango de edad de 14 a 62 años y una media de  $27 \pm 8$  años (Tabla 1), de las cuales 140 son madres y 15 son personas que apoyan con el cuidado de los niños, el presente estudio se centra solo en la información emitida por las madres de familia.

Edad	Madre		Cuidadora		Total	
	F	%	F	%	F	%
< 19	21	13.5	1	0.6	22	14.2
20 a 29	84	54.2	0	0	84	54.2
30 a 39	29	18.7	6	3.9	35	22.6
>40	6	4.0	8	5.2	14	9.0
Total	140	90	15	9.7	155	100
N= 155						

**Tabla 1. Distribución por edad y relación con el infante de la población de una comunidad con alto grado de marginación del área metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta directa*

La Tabla 2 muestra el estado civil de las mujeres participantes, donde el estado civil más frecuente fue la unión libre con el 46.5%, seguido de las casadas en un 33.5% y el 8.4% de solteras.

Estado civil	F	%
Soltera	13	8.4
Union libre	72	46.5
Casada	52	33.5
Viuda	3	1.9
Total	140	100
N=140		

**Tabla 2. Estado civil de las madres de una comunidad con alto grado de marginación del área Metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta directa*

También se cuestionó la escolaridad a la población (Tabla 3), donde el 56.4% tiene estudios de nivel secundaria, el 20.0% manifiesta tener primaria y el 19.3% estudios de preparatoria, cabe destacar que un 3.6% es analfabeta.

Escolaridad	F	%
Analfabetas	5	3.6
Primaria	28	20
Secundaria	79	56.4
Preparatoria	27	19.3
Universidad	1	0.7
Total	140	100
N=140		

**Tabla 3. Escolaridad de las madres de una comunidad con alto grado de marginación del área metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta directa*

En cuanto el tipo de composición de sus familias (Tabla 4), el 49.0% de las mujeres manifiestan pertenecer a familias nucleares, es decir, integrada por la pareja y sus descendientes, un 43.5% a familias extensas, que corresponde a aquella compuesta por miembros parentales de diferentes generaciones que conviven en el hogar y solo el 1.9% pertenece a familias monoparentales que son las formada por uno solo de los progenitores y sus descendientes.

Tipo de Familia	F	%
Nuclear	76	49.0
Monoparental	3	1.9
Extensa	61	39.4
Total	140	100
N= 140		

**Tabla 4. Tipo de familia de una comunidad con alto grado de marginación, del área metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta directa*

En cuanto a la ocupación de las mujeres participantes en el estudio (Tabla 5), se muestra que un 90.0% no realiza trabajo remunerado, es decir, se dedica al hogar; solo el 10.0% realizan alguna actividad remunerada, de las cuales un 5.0% trabajan como comerciantes, empleadas en ventas o agentes de ventas, un 2.2% realizan actividades elementales y de apoyo, y el 1.4% se dedican a servicios personales y de vigilancia.

Actividad Laboral	F	%
Sin trabajo remunerado	126	90.0
Auxiliares en actividades administrativas	1	0.7
Comerciantes, empleadas en ventas y agentes de ventas	7	5.0
Servicios personales y vigilancia	2	1.4
Operadoras de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte	1	0.7
Actividades elementales y de apoyo	3	2.2
Total	140	100
N=140		

**Tabla 5. Ocupación de las madres de una comunidad con alto grado de marginación del Área metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta directa*

En cuanto a la práctica de lactancia materna (Tabla 6), el 83.6% las mujeres participantes declaran que iniciaron la lactancia de su hijo dentro de las primeras 23 horas después del parto, solo el 16.4% inicio la lactancia días después del nacimiento del infante.

Lactancia materna	F	%
Inmediatamente	17	12.7
Horas	95	70.9
Dias	22	16.4
Total	134	100
N=134		

**Tabla 6. Lactancia materna de los infantes que habitan en una comunidad con alto grado de marginación, del área metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta directa*

En cuanto a la práctica de lactancia materna exclusiva (Tabla 7), el 44.3% de los infantes participantes en el estudio recibieron LME durante 5 a 6 meses, por otra parte el 39.3% recibió LME por debajo de los 6 meses y el 16.4% de infantes nunca recibió LME.

Duración LME	F	%
No recibió LME	23	16.4
Menos de 15 días	14	10.0
1 a 2 meses	12	8.6
3 a 4 meses	29	20.7
5 a 6 meses	62	44.3
Total	140	100
N= 140		

**Tabla 7. Lactancia Materna Exclusiva de los infantes que habitan en una comunidad con alto grado de marginacion del área metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta directa*

La asociación entre el tipo de familia materna y la práctica de lactancia materna (Tabla 8), muestra que el 92.1% de las madres brindaron a sus hijos lactancia, de las cuales un 50.0 % tenían una familia de tipo nuclear y un 39.3% una familia extensa.

Practica de Lactancia	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Tipo de Familia						
Nuclear	71	50.7	5	3.6	76	54.3
Monoparental	3	2.1	0	0	3	2.1
Extensa	5	39.3	6	4.3	61	43.6
Total	129	92.1	11	7.9	140	100
N= 140						

**Tabla 8. Asociación del tipo de familia y la práctica de lactancia en las madres que habitan una comunidad con alto grado de marginación del área metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta a directa*

En la (Tabla 9) se presenta la asociación entre la escolaridad materna y la práctica de lactancia materna, donde el 30.1% de las madres contaban con una escolaridad de secundaria y practicaban lactancia materna, en caso contrario, el 13.9% tenían una escolaridad de primaria pero no practicaban la lactancia materna.

Practica de Lactancia	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sin Escolaridad	5	3.6	0	0	5	3.6
Escolaridad						
Primaria	25	17.9	3	2.1	28	20.0
Secundaria	73	52.1	6	4.3	78	56.4
Preparatoria	25	17.9	2	1.4	27	19.3
Universidad	1	0.7	0	0	1	0.7
Total	129	92.1	11	7.9	140	100
						N= 140

**Tabla 9. Asociación de la escolaridad materna y la práctica de lactancia en las madres que habitan una comunidad con alto grado de marginación del área metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta directa*

La asociación entre la edad materna y la práctica de lactancia materna (Tabla 10), se observa que del 92.1% de las mujeres que practicaron la lactancia materna el 75.0% corresponden al rango de 20 a 39 años de edad, el 13.6% son menores de 19 años y solo el 3.6% tiene más de 40 años; Al realizar la prueba de  $\chi^2$  <sup>1.529</sup> (p=0.676), su resultado demuestra que no existe asociación entre la edad cronológica y la decisión de practicar la lactancia materna.

Practica de Lactancia	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Edad						
< 19	19	13.6	2	1.4	21	15.0
20 -29	77	55.0	7	5.0	84	60.0
30-39	28	20.0	1	0.7	29	20.7
>40	5	3.6	1	0.7	6	4.3
Total	129	92.1	11	7.9	140	100
Valor de $\chi^2$ = 1.529, p=0.676						N=140

**Tabla 10. Asociación de la edad materna y la práctica de lactancia materna en las madres que habitan una comunidad con alto grado de marginación del área metropolitana de Monterrey.**

*Fuente: Encuesta directa*

En la Tabla 11 se observa que el 16.4% de las mujeres no brindo a sus hijos LME, del 44.3% que la proporciono por seis meses cumpliendo así con la recomendación de la OMS, un 37.2% pertenecen al grupo de edad de 20 a 39 años y el 5.6% son menores de 19 años.

	< 19 años		20-29 años		30-39 años		> 40 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin LME	4	2.9	13	9.3	4	2.9	2	1.4	23	16.4
< 15 días	2	1.4	7	5.0	5	3.6	0	0	14	10.0
1-2 meses	3	2.1	5	3.6	3	2.1	1	0.7	12	8.6
3-4 meses	4	2.9	19	13.6	5	3.6	1	0.7	29	20.7
5-6 meses	8	5.6	40	28.6	12	8.6	2	1.4	62	44.3
Total	21	15.0	84	60.0	29	20.7	6	4.3	140	100.0

N= 140

**Tabla 11. Asociación entre la edad materna y la LME en los infantes que habitan una comunidad de alto grado de marginación del área metropolitana de Monterrey**

*Fuente: Encuesta directa*

## Discusión

La lactancia materna es uno de los indicadores de bienestar de la sociedad, ya que proporciona al hijo además de los nutrientes adecuados la protección necesaria contra muchas enfermedades infantiles (González, Huespet y Auchter, 2008)

La lactancia materna es una de las estrategias más efectiva y a menor costo para la prevención de enfermedad y muerte tanto de la madre como del hijo (Gonzales, et al 2013), los resultados muestran que el 92.1% de las mujeres amamantaron a sus hijos, lo cual la ubica por abajo de los resultados de la ENSANUT, donde el promedio nacional de lactancia materna en 1999 fue de 92.3, disminuyendo en dos puntos porcentuales al 2006 y repuntando a 93.7% en 2012 (Gutiérrez, et al 2012) En cuanto a la práctica de lactancia materna, el 83.6% las mujeres participantes cumplen la recomendación de la OMS (2016), al iniciar la lactancia de su hijo horas después del parto. Cabe destacar que el 44.3% de los infantes participantes en el estudio recibieron LME durante 5 a 6 meses, con lo cual se supera el promedio internacional de 36% de la OMS (2016), también por arriba de la media nacional del 14.0% que muestra en 2012 (Gutiérrez, et al 2012).

En referencia a la asociación entre la escolaridad de la madre y la práctica de la lactancia, el estudio realizado por Helck et al (2006), describe que la población de menor escolaridad no lactaron nunca, y el porcentaje de lactancia aumenta con de acuerdo al nivel educativo materno, esto difieren a lo encontrado en la población de estudio, donde un 76.4 % presenta una escolaridad de primaria y secundaria, presentando un 3.6% de analfabetismo.

Sin embargo al realizar la prueba de chi cuadrada su resultado  $\chi^2=0.842$  ( $p=0.933$ ), muestra que no hay asociación entre la escolaridad de la madre y la práctica de lactancia materna en los infantes; que coincide con lo

reportado por Kobayashi y Usui (2014) en la encuesta longitudinal japonesa de empleo y fertilidad (LOSEF), donde la escolaridad y la práctica de lactancia materna no presentó asociación. Por otra parte en su estudio Helck et al (2015), describe que la población de menor escolaridad fueron quienes no lactaron nunca, y el porcentaje aumenta con el nivel educativo materno, esto difieren a lo encontrado en la población de estudio, donde un 76.4 % presenta una escolaridad de primaria y secundaria, presentando un 3.6% de analfabetismo.

Entre los factores promotores de la lactancia materna se encuentra en apoyo de la familia, en la población participante predominan la familia nuclear y la extensa en un 49.0% y 39.4% respectivamente, al realizar la prueba de  $\chi^2=0.757$  ( $p=0.685$ ), los resultados muestran que no hay asociación entre el tipo de familia materna y la práctica de lactancia materna, sin embargo Becerra-Bulla et al (2015) afirma que la familia en general y la pareja en especial, desempeña un papel importante en la práctica de la lactancia materna.

En su estudio Gómez-Aristizábal, Díaz-Ruiz y Manrique-Hernández (2013), encontraron que las madres adolescentes que pertenecían a una familia nuclear amamantaron por más tiempo de manera exclusiva que aquellas que pertenecían a una familia extensa o monoparental, lo que coincide con los resultados obtenidos.

Con respecto la actividad laboral solo el 10% de las mujeres entrevistadas lo realiza, con predominio del comercio y ventas en un 5.0%, el bajo porcentaje de mujeres que laboran fuera del hogar actúa como un factor protector y promotor de la lactancia materna ya que diferentes estudios señalan que la actividad laboral es mencionado como elemento que influye en el abandono temprano o incluso en el no inicio de la lactancia materna exclusiva y la elección del uso de fórmulas lácteas (Flores-Diaz et al 2006; Félix, Martínez y Sotelo, 2011; Gonzalez et al, 2013).

En su estudio González, Huespe y Auchter (2008), muestran que la edad materna influye en la duración de la lactancia ya que el 25% de las madres menores de 20 años mantuvo una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y entre las madres de mayor edad aumento al 75%, al igual que Kobayashi y Usui (2014) en una encuesta japonesa de Empleo y Fertilidad (LOSEF), demostró que si hay asociación entre una menor edad de las madres y la práctica de lactancia materna, ambos resultados difieren de lo encontrado en el presente estudio pues la prueba de  $\chi^2=1.529$  ( $p=0.676$ ), demuestra que no existe dicha asociación.

## Conclusiones

El rango de edad fue de 14 a 42 años, la escolaridad general es de nivel básico y la unión libre fue el estado civil más nombrado el tipo de familia predominante es la nuclear.

Las madres participantes se dedican al hogar, esta característica favorece que la práctica de la lactancia materna se presente en esta población y que cumplan con la recomendación de la OMS en un porcentaje superior a la media internacional.

Recordemos que el fomento a la lactancia materna es una herramienta indispensable del sistema de salud ya que además de ser un recurso natural es más económico que la alimentación artificial y protege a los infantes de algunas enfermedades infecciosas lo cual se refleja en los costos a la salud.

Por lo anterior, aun cuando la edad, escolaridad, actividad laboral y tipo de familia no presentaron asociación significativa estadísticamente con la práctica de la lactancia materna, es necesario seguir profundizando este tema para contar con información que permita una mayor promoción, fomento y duración de la lactancia materna en madres de Nuevo León.

## Referencias bibliográficas

- Agrasada, G., V. Ewald, U., Kylberg, E. y Gustafsson, J. (2011). Exclusive breastfeeding of low birth weight infants for the first six months: infant morbidity and maternal and infant anthropometry. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 20(1), 62-68.
- Aguilar, M., I. y Fernández, M., A. (2008). *Lactancia materna exclusiva*. México: Departamento de medicina familiar. Facultad de medicina. UNAM.
- Becerra-Bulla, F., Rocha-Calderon, L., Fonseca-Silva, D. M., Bermúdez-Gordill, L. A. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev. Fec. Med* 63(2),217-227.
- Black, M. M., y Creed-Kanashiro, H. M. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3),373-8.
- BoccoliniI, C. S., Lazaro, C. M., Couto, O. M. y Vasconcellos, A. (2011). Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 45(1), 1-9.

- Cilleruelo, M. y Calvo, C. (2004). Fórmulas adaptadas para lactantes y modificaciones actuales de éstas. *Alimentación infantil*. 2(6), 325-338.
- Félix, V. J., Martínez, C. E., Sotelo, H. E. (2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México* 13(2), 47-56.
- Flores-Díaz, A. L., Bustos-Valdés, M.V., González-Solís, R., Mendoza-Sánchez, H. F. (2006). Maternal Breastfeeding-related Factors in a Group of Mexican Children. *Archivos en medicina familiar* 8(1),33-9.
- Golley, R. K., Smithers, L. G., Mittinty, M. N., Brazionis, L., Emmett, P., Northstone, K., Campbell, K., McNaughton, S. A., y Lynch, J. W. (2014). An Index Measuring Adherence to Complementary Feeding Guidelines Has Convergent Validity as a Measure of Infant Diet Quality. *The Journal of Nutrition*. 142(5), 901-908.doi:10.3945/jn.111.154971.
- Gómez-Aristizábal, L. Y., Díaz-Ruiz, C. E., y Manrique-Hernández, R. D. (2013). Factores asociados con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes. *Rev Salud Pública* 15: 374-385
- González, I. A., Huespe, M. S. y Auchter, M. C. (2008). Lactancia materna exclusiva factores de éxito y fracaso. *Rev de posgrado VI Cátedra de Medicina*. Argentina 177 (enero).
- González, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. y Rivera-Dommarco, J. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Centro de Investigación en Nutrición y Salud. *Instituto Nacional de Salud Pública*. 55(2), 170-179.
- Gutiérrez, J.P. et al (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrión 2012 Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hassink, S. G. (2010). *Recién Nacidos y Lactantes. En Obesidad Infantil, Prevención, Intervenciones y tratamiento en atención primaria*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Helck, K., Braveman, P., Cubbin, C., Chávez, G. F., Kiely, J. L. (2006). Socioeconomic Status and Breastfeeding initiation Among California Mothers. *Public Health Rep* 121(1):51-9.
- Kobayashi, M. y Usui, E. (2014) Breastfeeding practices and parental employment in Japan. Review of economics of the household. DOI 10.1007/s11150-014-9246-9.
- Lauzon-Guillain, B., Wijndaele, K., Clark, M., Acerini, C. L., Hughes, I.A., Dunger, D. B., Wells, J. C., Ong, K. K. (2012). Breastfeeding and Infant Temperament at Age Three Months. *PLoS One*. 7(1), 1-7.
- Moreiras, O., y Cuadrado, C. (2001). Hábitos alimentarios. En. Tojo, R. (ed.). *Tratado de nutrición pediátrica*. 15-31. Barcelona, España: Ed. Doyma.

- Organización Mundial de la Salud (2016). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota de prensa # 342. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
- Ros, L., Ferreras, A. y Martín, J. (2001). Nutrición en la primera infancia (0-3 años). En. Tojo, R. (ed.). *Tratado de nutrición pediátrica*. (399-409) Barcelona, España. Ed. Doyma.
- Zhang, J., Himes, J. H., Guo, Y., Jiang, J., Yang, L., Lu, Q., Ruan, H., Shi, S. (2013). Birth Weight, Growth and Feeding Pattern in Early Infancy Predict Overweight/Obesity Status at Two Years of Age: A Birth Cohort Study of Chinese Infants. *Plos one*. 8(6). doi:10.1371/journal.pone.0064542

## “Calidad de vida digna en usuario terminal con cáncer cervicouterino en Ciudad Victoria Tamaulipas, México: Estudio de Caso”.

*Jorge Martín Trujillo Bautista*<sup>199</sup>  
*Guillermina de la Cruz Jiménez Godínez*<sup>200</sup>  
*Francisca Elizabeth Pérez Tovar*<sup>201</sup>  
*Porfiria Calixto Juárez*<sup>202</sup>

### Resumen

**E**l trabajo de intervención que se presenta es producto de la práctica de casos realizado por alumnos de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México, con el fin de conocer en un primer momento, las causas que generan la inadecuada calidad de vida de un usuario terminal con Cáncer Cervicouterino (CaCu) de la Colonia Estudiantil de Ciudad Victoria Tamaulipas y proponer un modelo de intervención social para su atención.

La investigación se realizó con una metodología cualitativa en su modalidad de estudio de caso, con un diseño de estudio no experimental, se eligió el muestreo intencional de tipo de casos extremos, utilizando como técnicas e instrumentos la observación, visitas domiciliarias, historia de vida, y entrevista en profundidad.

Para la intervención se aplicó el Modelo de Provisión social y cuyos resultados fueron favorables en la calidad de vida que recibió el usuario en el proceso de la enfermedad crónico degenerativa.

Como conclusión del presente trabajo se obtuvo que la promiscuidad, analfabetismo, la desintegración familiar, exclusión, marginación e inadecuada higiene fueron factores que influyeron para que la paciente de solo 30 años falleciera de CaCu y que durante el proceso de su enfermedad las acciones realizadas permitieron que el usuario contara los servicios médicos y asistenciales requeridos para su enfermedad.

**Palabras clave:** Cáncer cervicouterino, calidad de vida, usuario terminal.

---

<sup>199</sup> Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

<sup>200</sup> Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

<sup>201</sup> Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

<sup>202</sup> Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

## Introducción

**E**n México, el CaCu es todavía una enfermedad de la pobreza. Su más alta frecuencia y mortalidad se presenta en los estados del sur del país, particularmente en las áreas rurales, donde se ha estimado que el riesgo de morir por esta causa es tres veces mayor en comparación con las áreas urbanas.

La presencia de CaCu en una mujer refleja una enorme inequidad social por cuatro razones fundamentales, según Lazcano (2010):

1. El menor acceso a los servicios de salud por parte de la población más pobre;
2. La mala calidad y escasa infraestructura de programas de prevención y control del CaCu en áreas rurales y zonas altamente marginadas;
3. La ausencia de prevención primaria mediante vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres jóvenes, por la inaccesibilidad de su costo, y
4. La escasa atención que durante muchos años tuvo este problema, pues afecta sólo a las mujeres, quienes hasta hace pocos años tenía una escasa capacidad de presión social. (p.138)

Todo ser humano terminal tiene derecho a que se le brinde una calidad de vida digna y a morir en paz. Uno de los servicios que se les debe brindar son los cuidados paliativos.

Vinaccia y Orozco (2005) expresan que:

A mediados de los años 50, se incluyó el concepto de calidad de vida en el área de la medicina, luego se asumió en la psicología. Desde ese momento hasta hoy, el concepto ha vivido varias modificaciones. Inicialmente se refería al cuidado de la salud personal, luego pasó a ser la preocupación por la salud e higiene pública. Posteriormente, hizo alusión a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; después, a la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. (p.127)

Según Rodríguez- Marín, 1995 (como se citó en Vinaccia y Orozco, 2005) señala que el concepto está de moda y, como muchos otros términos, es polivalente, multidimensional y se usa con significados muy diferentes.

Ander Egg (1996) señala que calidad de vida es una expresión utilizada desde la década de los setenta, a raíz de los daños económicos provocados por el proceso de industrialización y un modelo de desarrollo que ha deteriorado gravemente el medio ambiente. Es sinónimo de bienestar. Se entiende por las siguientes características: protección a la naturaleza, humanización de la vida urbana, las mejoras de las condiciones de trabajo, el aprovechamiento creativo del tiempo libre, vacaciones y recreación.

Según Colome (2014) la Calidad de Vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** es la percepción del estado físico a la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda de que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de la autoestima y la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. (p.2)

Por su parte Vinaccia y Orozco, (2005) la CV incluye el bienestar físico, social, psicológico y espiritual, es decir:

La actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor (bienestar físico) así como las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar (bienestar social), aquellas emociones relacionadas con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento (bienestar psicológico) y aquellos significados de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (bienestar espiritual). (p.127)

Sánchez (2004) menciona que la idea fundamental de los derechos humanos se encuentra en el artículo I de la Declaración General de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros [...] Los derechos humanos son considerados como una exigencia de cada individuo y que se desprende del principio de dignidad” (p.7).

El artículo 25 de los Derechos Humanos declara que “Toda Persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Si a todo esto tiene derecho un ser humano, se considera de gran relevancia lo que menciona el artículo 166 de la Ley General de Salud (2009) para los pacientes enfermos en fase terminal:

- Recibir atención médica integral;

- Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;
- Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;
- Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;
- A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- Los demás que las leyes señalen.

En lo que respecta a los factores de riesgo del CaCu, uno de los más importantes es la infección con el virus del papiloma humano (VPH), aunado a esto los antecedentes familiares y el no llevar a cabo las revisiones que se deben efectuar después de iniciar una vida sexual activa y a temprana edad.

Por otra parte, en el presente estudio de caso sobre usuario terminal con CaCu, existe información y casos relacionados con la presente intervención. Sentar precedente en la atención del caso en el que se realizó la intervención para la sociedad en general, es uno de los objetivos del presente estudio, pero, sobre todo, brindarle al usuario terminal una calidad de vida digna, y enfatizar en la mujer la importancia de la supervisión médica a tiempo, para que no ocurra un deceso a tan temprana edad.

Esperando que este trabajo sea considerado por otros investigadores interesados en casos como el presente pues ello permitirá coadyuvar en la calidad de vida del ser humano terminal.

## Marco teórico

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen actualmente el principal problema de salud a nivel mundial. “Según estadísticas referidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente el 60% de todas las muertes y 43% del costo de las enfermedades es causado por ellas” (Parra y Carrillo, 2011, p.88).

Se encontraron diversas investigaciones y documentación sobre usuarios terminales CaCu, pero en grupo, no caso. Cabe señalar que después de realizar una indagación en diferentes fuentes de información, se logró encontrar investigaciones encauzadas desde diversas ciencias acerca del tema del cáncer y calidad de vida en usuario terminal en otros países.

A continuación, se hace alusión a múltiples investigaciones llevadas a cabo sobre CaCu y calidad de vida, el cual se ha abordado desde diferentes ciencias como: la Medicina, la Psicología, la Sociología, la Antropología entre otras.

En un estudio realizado por Llull, Zanier y García (2005) en Argentina, en el cual, el objetivo era analizar la calidad de vida (CV) y su relación con las estrategias de afrontamiento, teniendo como hipótesis inicial que las estrategias de afrontamiento del paciente son una variable moduladora de la evaluación subjetiva de la CV. Se evidencia la necesidad de explorar y describir estos aspectos para obtener una mirada integradora del vivenciar de los enfermos neoplásicos, en función de un futuro trabajo interdisciplinario. Al mismo tiempo, tales evaluaciones pueden contribuir en una mayor adecuación de los abordajes terapéuticos empleados por los profesionales de la salud en la planificación de los servicios sanitarios y en la implementación de estrategias de prevención.

Se evaluaron 79 pacientes con cáncer del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata que acudieron a su consulta con el oncólogo y a quienes se les indicó la realización de alguno de los siguientes tratamientos de quimioterapia, tales como, mama adyuvante (n=29), mama avanzado (n=14), pulmón avanzado (n=8), colon/recto (n=13) y otros (n=15). Se realizó un estudio longitudinal, efectuando la misma evaluación de los pacientes en dos momentos, antes y después de la quimioterapia. La muestra presentó una media de 54.08 años, con una desviación standard de 8.3 y un rango de 34 a 77 años, siendo el 80.5% mujeres y el 19.5% hombres. Encontraron que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionan negativamente con la percepción de la CV y predicen un alto porcentaje de su varianza.

Llull, Zanier y García (2005) expresan que estos resultados coinciden con varios estudios donde se encontró que las estrategias de aceptación estoica y desesperanza, que serían estrategias de evitación, implican consecuencias

desfavorables en los pacientes (Stiebler-Leal, 1993), el fatalismo y la desesperanza se asoció a una disminución de la CV global (Ferrero et al como se citó en Parra, 2010, p. 25), y las estrategias de resignación y catarsis (evitación cognitiva y conductual respectivamente) correlacionó con mayor deterioro psicosocial Ibáñez & Rosbundo (1993), a su vez, a diferencia de la investigación de Valderrama y colaboradores, (1995), encontraron la negación como afrontamiento más utilizado, en la población de pacientes estudiada en este trabajo las estrategias de aproximación fueron las más empleadas. (p. 176)

Estudios como los de Cucunuba y González Noguera (como se citó en Parra, 2010), reportan como principales resultados que la calidad de vida en relación con la dimensión del bienestar físico se encuentra alterada y está relacionado con factores como la edad y otras manifestaciones físicas que hacen que se deteriore el mismo; en el bienestar social reportan como el cuidado de la salud hace que se interfiera en sus relaciones personales. En el bienestar psicológico se sienten insatisfechos, infelices, afligidos, con signos de depresión y en el bienestar espiritual refieren que situaciones como la creencia religiosa son su fortaleza. Lo anterior muestra un deterioro de la calidad de vida a medida que la enfermedad avanza en su condición.

Un estudio realizado por Porter, Keefe, Lipkus & Hurwitz (como se citó en Parra, 2010) examinaron el rol del paciente y su cuidador en cuanto a la expresión emocional relacionada con el dolor producido por la enfermedad y la calidad de vida, donde se revela que a mayor dolor producido hay menor calidad de vida, siendo necesario entonces considerar la regulación emocional como factor importante dentro del cuidado, buscando una experiencia más comprensiva del cáncer en el sujeto que vive la experiencia.

En la Universidad Nacional de Colombia en el año 2010 se realizó una investigación cuyo título es: “Énfasis en el cuidado del Paciente Crónico”, donde el objetivo era describir la calidad de vida de las mujeres con cáncer de cérvix que asisten a Centro de Atención Oncológica en la Ciudad de Cali. La muestra fue de 50 mujeres con cáncer de cérvix. Se aplicó la “Escala Sobre la Calidad de Vida/Dolor a razón de cáncer-Paciente/ El sobreviviente del Cáncer”, de la Doctora Betty Ferrell, que mide la calidad de vida a través de cuatro dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. En este estudio se identificó que la edad media de las mujeres que se encuentran con enfermedad crónica de cáncer de cérvix es de 25-55 años, y el 58% reciben tratamientos combinados de quimioterapia, radioterapia y braquiterapia.

En cuanto a la calidad de vida los hallazgos del estudio reportan que la mayoría de las mujeres tienen una alteración o percepción negativa de la calidad de vida en sus cuatro dimensiones. Dentro de la dimensión de bienestar físico, se identifica que el 60% de las participantes refiere presentar

cambios en la menstruación, más de la mitad de las participantes (54%) manifestaron tener problemas o tener algo de problema de estreñimiento y náuseas. En la dimensión de bienestar psicológico los ítems donde se observa mayor percepción negativa o problema en su calidad de vida son ansiedad y desesperación en el 50% de las participantes. En la dimensión de bienestar social los ítems más alterados, de acuerdo con lo referido por las participantes, son el impacto/afectación de la sexualidad y la interferencia de la enfermedad y tratamiento con la actividad laboral en el 56%, y en la dimensión espiritual se presenta mayor afectación en la calidad de vida en lo relacionado con poca importancia que se le da a otras actividades espirituales. Se reconoce que el cáncer como enfermedad crónica tiene un abordaje integral, acorde con las necesidades del paciente y cualidades familiares (Parra, 2010, p.11).

Estos resultados se contrastan y relacionan de forma similar a lo identificado en otros estudios, respecto a la problemática del cáncer, como enfermedad crónica, que afecta en gran medida la calidad de vida de los pacientes, con mayor predominancia en las fases de tratamiento y en la fase final de la vida.

Otras aportaciones son realizadas por Fonseca, Schlack, Mera, Muñoz y Peña (2013), quienes señalan que en Chile, desde el 1° de mayo de 2010 al 30 de abril de 2011, se aplicó la encuesta FACT-G (*Functional Assessment of Cancer Treatment*) a los pacientes con diagnóstico de cáncer terminal pertenecientes al policlínico del dolor y cuidados paliativos del Hospital Regional de Iquique para medir la calidad de vida

El FACT-G es una recopilación de 27 preguntas generales que se dividen en cuatro subescalas principales: bienestar físico, bienestar familiar y social, bienestar emocional y bienestar funcional (capacidad de realizar tareas), con un puntaje individual de 0 a 4. La encuesta fue realizada por el autor y/o otros tres entrevistadores (médicos generales) en forma verbal y llenando además una ficha preestablecida con los datos demográficos y propios del cáncer de cada persona.

En los casos en que el paciente no podía acudir al Policlínico, y el grupo de entrevistadores no pudo concretar una entrevista en domicilio, la entrevista se realizó telefónicamente, siguiendo la misma rutina que en la encuesta efectuada cara a cara. En promedio la entrevista duró aproximadamente 15 minutos, todas las encuestas fueron hechas con el consentimiento previo de cada paciente. Posterior a esto se confeccionó una base de datos en Excel, la cual fue analizada siguiendo las indicaciones proporcionadas por el grupo FACIT.org.

Este estudio demuestra que la calidad de vida en los pacientes con cáncer se ve más afectada en el ámbito social y familiar (12,57/28). Sin embargo, al preguntar cuánto afecta el aspecto social y familiar a la calidad de

vida de los pacientes se obtiene una baja influencia (3,24/10), quizás porque el miedo al dolor y a la muerte puede interferir en la vida social hasta el punto de reducirla a mínimos. La evidencia asocia el aislamiento y la carencia de conexiones sociales al aumento de riesgo en la morbilidad y mortalidad. Se acepta que el sistema social puede ayudar a individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad, promoviendo una mejor recuperación física y mental.

La valoración de la cercanía de las amistades es menos que "algo" (1,62/4), lo que refleja el grado de aislamiento adquirido o autoimpuesto en esta etapa terminal. Destaca la lejanía (0,62/4) y mala comunicación (0,79/4) con la familia de parte del paciente con cáncer, pero sin embargo, existe un sentimiento de apoyo (3,02/4) y aceptación (2,7/4). "Están, me ayudan, pero no entienden".

Las encuestas de calidad de vida son sencillas de realizar y nos permiten principalmente devolver la atención en la persona y sus necesidades, permitiéndonos entregarles lo que ellas necesitan y no lo que los médicos suponen. Estas debieran ser incorporadas a la evaluación rutinaria y periódica de los pacientes oncológicos, ya que permiten pesquisar oportunamente las áreas problemáticas, y en un segundo tiempo realizar intervenciones puntuales no sólo en el ámbito médico, que le brinden al paciente, familia y amigos una mejor calidad de vida en su etapa terminal.

A nivel nacional en el estado de Veracruz (2008) se realizó una investigación donde el objetivo fue analizar la calidad de vida y el afrontamiento, así como identificar sus principales recursos en un grupo de pacientes con padecimiento oncológico, la población que se estudió se obtuvo de una pesquisa de pacientes de una zona rural, donde se administraron los cuestionarios: Inventario de Recursos de afrontamiento e Índice de Karnofsky para calidad de vida.

Obteniendo como resultado que los recursos más utilizados por los pacientes para afrontar la enfermedad oncológica, es el recurso cognitivo y el recurso religioso, encontrándose que el sexo femenino afronta gran escala dicho padecimiento, así como su percepción de calidad de vida, a diferencia del sexo masculino cuyo afrontamiento es bajo y mala calidad de vida.

Este estudio afirma que los recursos de afrontamiento más comunes que los pacientes oncológicos utilizan son: Búsqueda de información de apoyo y confrontación, atribución, acción impulsiva, evitación de confrontaciones, afrontamiento activo y negación. Los factores protectores como la ausencia del conocimiento de la enfermedad y creencias adquiridas por el entorno influyen frente a posibles alteraciones psicológicas que produce el estar consciente de las consecuencias del cáncer pudiendo afectar así la percepción de su calidad de vida.

## Marco metodológico

### Antecedentes del caso del usuario terminal con cáncer cervicouterino

El caso ocurrido en la Colonia Estudiantil de ciudad Victoria Tamaulipas, México, inicia a partir del diagnóstico de CaCu presentado en la usuaria a los 29 años 6 meses, desafortunadamente ya en fase terminal. El término Usuario terminal indica que una enfermedad no puede ser curada o tratada de manera adecuada y se espera como resultado la muerte del paciente dentro de un periodo corto de tiempo. Término más utilizado para enfermedades degenerativas como el cáncer.

La usuaria presentaba exclusión y provenía de una familia desintegrada; su pareja a partir de que se diagnostica la enfermedad, la abandona, al igual que sus hijos, hermanos y madre, ocupando la función de cuidador primario el padre de la misma, quien es un adulto mayor, con problemas económicos graves y analfabetismo, lo cual afectó de manera relevante en el usuario, debido a que no se le brindaba el medicamento a las horas que correspondía, avanzando demasiado rápido la enfermedad crónica degenerativa.

Cabe señalar, que no existen antecedentes de la madre de algún tipo de enfermedad, mucho menos de CaCu.

El usuario inició su vida sexual activa a muy temprana edad y con múltiples parejas, dejando en total abandono a sus dos varones hijos, los cuales siempre estuvieron bajo la responsabilidad de la abuela materna.

Con la presente investigación se quiere dar respuesta a las preguntas siguientes:

¿Cuáles fueron los factores que influyeron en el diagnóstico de CaCu terminal detectado en el usuario? ¿Cuáles fueron los factores internos y externos que provocaron la muerte del usuario a temprana edad?.

Por ello, es primordial la investigación del presente caso acontecido en la Colonia Estudiantil de Ciudad Victoria Tamaulipas, México, porque se descubrió que uno de los factores para que el usuario presentara la enfermedad crónica degenerativa fue el no realizar sus revisiones médicas del Papanicolaou correspondientes a partir que inició una relación sexual activa y mucho más cuando lo realizaba con múltiples parejas.

También se considera necesario dar a conocer la presente intervención para concientizar a las mujeres llevar una atención a adecuada y oportuna para evitar este tipo de enfermedades crónicas degenerativas que desafortunadamente, como ocurrió en este caso, el deceso de la señora a solo treinta años de edad.

Formar parte de este contexto, ver de cerca la realidad, el sufrimiento de dolor que presentaba no solo la usuaria sino también su familia, como consecuencia del cáncer, la manera insalubre en la que se encontraba el usuario, el gran impacto personal fue un gran motivo para llevar a cabo el presente trabajo. Con ello y la noción de que los resultados que se obtuvieron aporten estrategias para atender este fenómeno de salud.

Se realizó un diseño no experimental, con metodología cualitativa en su modalidad de estudio de caso. La investigación se realizó mediante diversas técnicas de investigación, e instrumentos como la observación, asesoramiento, entrevista estructurada y no estructurada, entrevista informativa, mismas que permitieron conocer las necesidades de vivienda, y aspectos socioeconómicos del usuario, además de la utilización del diario de campo, que arrojaron información que permitió realizar el diagnóstico.

## **Objetivos**

### **General**

Investigar las causas que influyeron en el diagnóstico del cáncer cervicouterino en el usuario terminal y aplicar un Modelo de Intervención Social que contribuya a fortalecer la calidad de vida de la usuaria.

### **Específicos**

Identificar las necesidades de la usuaria terminal en su enfermedad de CaCu con la finalidad de brindarle una calidad de vida digna.

Identificar el expediente clínico de la usuaria terminal de CaCu para conocer la situación y necesidades que requiere.

Aplicar una estrategia de intervención social que permita Satisfacer las necesidades que presenta la usuaria terminal de CaCu.

El procesamiento y análisis de la información consistió en tres etapas, que se describe a continuación:

1. Simplificación de la información. Se dio lectura a la información obtenida de la investigación y se rescató todos los textos relevantes que se relacionaban con los objetivos planteados.
2. Categorización de la información. Cuando se tuvo la información sobresaliente con la cual se trabajó, y se aminoraron los datos que fueron objeto de análisis, se procedió a realizar la categorización precisa de la información.

3. Estructura de la información. Después de la minuciosa categorización de todo el material obtenido durante la realización del trabajo de campo, procedió a elaborar la estructura de la información que permitió conocer los resultados obtenidos. (Izcara y Andrade, 2003, p. 29)

Por otro lado, las Cuestiones Éticas, fueron consideradas en el instante de la intervención. Se respetó ante todo la integridad de la persona, así como la confidencialidad de la información para los fines de estudio que nos incumbe. Se respetaron fundamentalmente todas las opiniones vertidas, así como la toma de fotografías que ameritó la investigación se hizo bajo la autorización correspondiente.

Como resultados obtenidos de la investigación y teniendo como objetivo identificar las causas o factores que influyeron en el diagnóstico del CaCu en la usuaria terminal y aplicar un Modelo de Intervención Social que contribuya a fortalecer la calidad de vida, se identificaron las siguientes: una inadecuada calidad de vida en el proceso de su etapa terminal de CaCu, pobreza extrema, inadecuada comunicación en la familia, carencia de medicamento, apoyo familiar, una escasa atención por parte de las unidades de ambulancia para trasladarla a la institución de salud, así como una inadecuada higiene personal del usuario y del contexto que la rodea y como estrategia para su atención de aplicará el Modelo de Provisión Social.

### **Modelo de intervención social en razón al problema de estudio.**

Para la intervención en esta problemática se utilizó el Modelo de Provisión Social, según Tenorio y Mendoza (como se citó en Sánchez, 2004)

Este modelo asiste al individuo desde su rol como “ciudadano” en necesidad de un servicio institucional privado o gubernamental. Este tipo de asistencia exige un intento sistematizado de trabajo con cada persona que solicita ayuda, al individualizar con ella los aspectos problemáticos de su situación de vida y la experiencia de utilizar servicios sociales organizados. (p.172)

Esta clase de tarea es la que el trabajador social de casos realiza en muchas instituciones como el DIF, mediante diversos servicios o bien hospitales generales estatales en los diferentes niveles de atención de la Secretaría de Salud, etcétera.

La base conceptual de este modelo está en las ciencias psicológicas y sociales, así como en la generalización empírica derivada de la práctica del trabajo social de casos, esto como consecuencia de la experiencia con individuos necesitados de servicios.

Teonorio y Medoza (como se citó en Sánchez, 2004) señalan “que los fines y objetivos del modelo de provisión social es que los individuos y

familias tengan acceso a recursos y servicios que necesitan y a la oportunidad de usarlos adecuadamente”. (p.71)

Se trabajará con la corriente Psicología del Crecimiento, retomando a Tenorio y Mendoza (como se citó en Sánchez, 2004)

1. El individuo es quien logra su propio crecimiento. Desde su concepción hasta su muerte está comprometido activamente en el desarrollo y la utilización de su potencial.
2. Con este fin, y en cualquier fase de su vida, hace uso de sus capacidades personales y toma de su entorno aquello que necesita y que puede utilizar, y rechaza aquello que debe dejar, en interés de su crecimiento.
3. La naturaleza de este entorno está en perpetuo cambio a través de todas las fases de la vida: desde su nacimiento hasta la vejez.
4. Cada persona tiene capacidades en continuo cambio para tratar con un entorno cambiante y también existe un crecimiento de las capacidades.
5. Cada tramo de edad se dirige, imperceptiblemente, hacia el siguiente; cada uno tiene sus recursos característicos y sus tareas tal como son propuestas por sus propios deseos y por las expectativas sociales en cambio continuas.
6. El desarrollo interno del individuo se caracteriza por su propia intención de dominar las propuestas, no como consecuencia de una presión del exterior, sino porque es maduro interiormente y apto para hacerlo.
7. El entorno puede influenciar, retrasar, desviar y complicar el desarrollo del individuo, pero esta conserva el control de su propio crecimiento. Es el centro de su propio desarrollo. Puede continuar desarrollándose a lo largo de toda su vida, dentro de los límites de sus capacidades particulares y de los recursos de su entorno.
8. Los factores culturales, como el de clase socioeconómica, pueden afectar y teñir las expectativas sociales que pesan sobre un individuo y las expectativas que él tiene con respecto a sí mismo; estos factores, sin embargo, no modifican la necesidad continua que siente este de conseguir un equilibrio entre la realización de sí mismo en tanto que individuo y en tanto que miembro de la sociedad particular a la que pertenece. (p.174)

## **Avances de la investigación y de la intervención**

### **1. Investigación**

El proceso de la investigación se identificó las causas y necesidades que influyeron en el diagnóstico del CaCu en el usuario terminal y se espera que en posteriores foros se presenten resultados relacionados con el tema de estudio.

### **2. Intervención**

Se realizó la intervención con el Modelo de Provisión Social que integraron acciones como visitas institucionales y gestiones al Centro Oncológico de Tamaulipas, Protección Civil, Hospital Civil, DIF Tamaulipas y Funerales San José de Ciudad Victoria Tamaulipas, México, logrando así el objetivo de intervención que consistió en: contribuir a la mejora de calidad de vida del usuario a través de gestiones ante instituciones gubernamentales de asistencia social.

También se realizaron visitas domiciliarias con el padre de la usuaria, la madre e hijos para concientizarlos sobre la problemática de salud de su familiar y brindarle una calidad de vida digna en su fase terminal de cáncer cervicouterino.

### **3. Resultados**

Se logró satisfacer las necesidades que requería el usuario en fase terminal de CaCu y con esto que tuviera una calidad de vida digna hasta los últimos días de su vida, puesto que la calidad de vida no sólo es el bienestar físico sino también social, psicológico y espiritual.

Cabe mencionar, que las instituciones gubernamentales a las cuales se acudió para las diversas gestiones facilitaron y agilizaron el proceso de las mismas, resolviendo favorablemente y de inmediato debido a la gravedad de la problemática en la cual se intervenía.

Es importante resaltar que la intervención del profesional en Trabajo Social en este tipo de problemática requiere de la colaboración interinstitucional y el usuario de infraestructura adecuada y equipada para su atención.

## Referencias Bibliográficas

- Ander-Egg E. (1996) Diccionario de Trabajo Social. Recuperado de <https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2016/04/diccionario-de-trabajo-social.pdf>
- Colome R.P. Pérez, H.L. (2014) La mejora de la calidad de vida del paciente en estadio terminal Recuperado de <http://www.uvsfajardo.sld.cu/la-mejora-de-la-calidad-de-vida-del-paciente-en-estadio-terminal>
- Fonseca C.M., Schlack V.C., Mer M.E., Muñoz S.O. y PenaL.J. (2013) *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal*, 65 (4)
- Izcara S. P. y Andrade, K. (2003). *Guía para la Elaboración de una Investigación Cualitativa*. Victoria, Tamaulipas, México: PROMEP-UAT.
- Lazcano P. E. (2010). *Observatorio de la Salud Pública en México2010*. Recuperado de [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud\\_publica/saludpublica\\_2010.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud_publica/saludpublica_2010.pdf)
- Ley General de Salud (2009) Recuperada de: <http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-octavo-bis/capitulo-ii/>
- Llull D.M., Zanier, J. y García, F. (2005) Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8 (2), 175-182. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982005000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002)
- Parra G.L.M. (2010) *Calidad de vida de mujeres con enfermedades crónica de cáncer cérvix*. (Tesis de maestría) Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8762/1/539370.2010.pdf>
- Parra G.L.M & Carrillo,G.M.L. (2011) Calidad de vida de mujeres con enfermedades crónica de cáncer cérvix. *Avances en enfermería*, XXIX (1) 7-96 Recuperado de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35859/0>
- Sánchez R. M. (2004). *Manual de Trabajo Social*. México: plaza y Valdés Recuperado de [https://books.google.com.bo/books?id=RYbuGh9wZywC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.bo/books?id=RYbuGh9wZywC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

- Tenorio, H.R. y Mendoza, R.C. (2004) La atención individualizada en Trabajo Social. En *Manual de Trabajo Social* (pp.158-188) México: Plaza y Valdez. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=RYbuGh9wZywC&pg=PA173&lpg=PA173&dq>
- Vinaccia S. Orozco L.M. (2005) Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversistas Perspectiva en Psicología*, 1(2), 125-137. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a02.pdf>