



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO Y HABILIDAD MOTORA PRE Y POST  
INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE  
PACIENTES NEUROLÓGICOS EN RIESGO DE SÍNDROME DE  
DESUSO**

**TESIS**

**Que para obtener el GRADO de:**

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN  
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

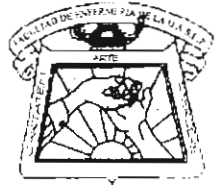
**Licenciada en Enfermería  
MARTHA PATRICIA COLORADO LÓPEZ**

**COMITÉ DE TESIS:  
DRA. MARTHA LANDEROS LÓPEZ  
M.S.P. MARÍA TERESA GUERRERO HERNÁNDEZ**

**OCTUBRE DE 2009**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Conocimiento y Habilidad Motora Pre y Post Intervención  
Educativa en Cuidadores Primarios de Pacientes  
Neurológicos en Riesgo de Síndrome de Desuso

## TESIS

Para obtener el GRADO de:  
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería  
**MARTHA PATRICIA COLORADO LÓPEZ**

Directora de Tesis

**Dra. Martha Landeros López**

Co-Asesora de Tesis

**M.S.P. María Teresa Guerrero Hernández**

OCTUBRE 2009

**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**TEMA DE TESIS:**

**“Conocimiento y Habilidad Motora Pre y Post Intervención Educativa en Cuidadores Primarios de Pacientes Neurológicos en Riesgo de Síndrome de Desuso”**

**ELABORADO POR:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
MARTHA PATRICIA COLORADO LÓPEZ**

**APROBÓ:**

**PRESIDENTE DE JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
**M.A.E. Ma. Elsa Rodríguez Padilla**

**SECRETARIO**

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Martha Landeros López**

**VOCAL**

  
\_\_\_\_\_  
**M.E.G.P. Gustavo Ibarra Hurtado**

**31 DE OCTUBRE DE 2009**

---

## AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro señor por darme fuerza y fortaleza para concluir este proyecto

A José Luís por su apoyo, paciencia y acompañamiento en el trayecto de esta etapa de mi vida.

A mis hijos Luís Francisco, Josué Eduardo y Karla Valeria por darme ánimos en cada momento que me caía y darme la fuerza para levantarme y seguir adelante.

A mis asesoras de tesis la Maestra Martha Landeros López y María Teresa Guerrero Hernández por acompañarme en todos los momentos, por su dedicación y entrega para la realización de este trabajo.

## ÍNDICE

|                               | Página |
|-------------------------------|--------|
| I Introducción                | 1      |
| II Justificación              | 5      |
| III Objetivos e hipótesis     | 8      |
| IV Marco teórico y conceptual | 9      |
| V Diseño metodológico         | 39     |
| VI Resultados                 | 47     |
| VII Discusión                 | 59     |
| VIII Limitaciones             | 64     |
| IX Conclusiones               | 65     |
| X Recomendaciones             | 67     |
| XI Bibliografía               | 68     |
| XII Anexos                    | 75     |

## ÍNDICE DE CUADROS

|  | Página |
|--|--------|
| <b>Cuadro 1</b> Caracterización de pacientes neurológicos. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí SLP., julio, 2009.   | 47     |
| <b>Cuadro 2</b> Factores de riesgo en pacientes neurológicos. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí SLP., julio, 2009.  | 48     |
| <b>Cuadro 3.</b> Nivel de riesgo para complicación por inmovilidad de pacientes neurológicos. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009.                    | 49     |
| <b>Cuadro 4</b> Características de Cuidadores primarios de pacientes con problemas neurológicos. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009.                 | 50     |
| <b>Cuadro 5</b> Nivel de conocimiento del cuidador primario pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009.                   | 51     |
| <b>Cuadro 6</b> Calificación promedio por áreas pre y post intervención educativa en cuidadores primario IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009.         | 51     |
| <b>Cuadro 7</b> Nivel de conocimiento del cuidador primario sobre conceptos pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio, 2009.      | 53     |
| <b>Cuadro 8</b> Nivel de conocimiento del cuidador primario sobre causas pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio, 2009.         | 53     |
| <b>Cuadro 9</b> Nivel de conocimiento sobre complicaciones del cuidador primario pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio, 2009. | 54     |
| <b>Cuadro 10</b> Nivel de conocimiento del cuidador primario sobre cuidado pre y post intervención educativa. MSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio, 2009.        | 55     |
| <b>Cuadro 11.</b> Prueba "t" pareada para nivel de conocimientos del cuidador primario. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009.                          | 55     |
| <b>Cuadro 12.</b> Evaluación de la habilidad motora del cuidador primario pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009      | 57     |
| <b>Cuadro 13.</b> Prueba "t" pareada para habilidad motora del cuidador primario. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009.                                | 58     |

## **Resumen**

**Objetivo.** Determinar el nivel de conocimiento y habilidad motora del cuidador primario antes y después de una intervención educativa sobre atención al paciente con problemas neurológicos en riesgo de síndrome de desuso hospitalizados en una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de intervención educativa, en población de 12 cuidadores primarios a los cuales se aplicó una Encuesta sobre Conocimientos y una Guía de observación sobre habilidad motora. Fueron realizadas tres evaluaciones: antes de la intervención y posterior en tres ocasiones (pos inmediato, semana y mes). Además se aplicó una Guía de caracterización de riesgo de síndrome de desuso. Se obtuvo consistencia interna  $>.73$  por Alfa de Cronbach en los tres instrumentos.

**Resultados:** El total de pacientes tuvo Alto riesgo de complicación por inmovilidad; las de riesgo a presentarse fueron disminución de fuerza muscular, trombosis, reducción de movilidad, hipotensión, estasis de secreciones y úlceras por presión. El total de cuidadores primarios fueron mujeres. En la pre-intervención la mayoría de los cuidadores primarios (75%) tuvo un nivel de conocimientos de Regular a Deficiente, en las evaluaciones post-intervención se incrementó a Bueno, con 91.7% en la evaluación al mes. La habilidad motora evaluada pre-intervención mostró deficiencia (83%); y en la última evaluación el 91% obtuvo nivel de Bueno.

**Conclusión.** La intervención educativa evaluada en varios momentos fortalece el incremento en conocimiento y habilidad motora del cuidador primario para la atención de pacientes neurológicos en riesgo de síndrome de desuso.

**Palabras claves.** Cuidador primario, intervención educativa, paciente neurológico, conocimiento, habilidad motora.

## **SUMMARY:**

Knowledge and motor ability of the primary caregiver: educational intervention on attention to the Neurologic Patient at risk of disuse syndrome.

**Objective.** Determine the level of knowledge and motor ability of the primary caregiver before and after an educational intervention on patient with neurological problems in disuse syndrome risk hospitalized at a clinic in the Institute Mexican del Secure Social care.

**Material and methods.** An educational, intervention study was conducted in 12 primary caregivers which applied a survey on knowledge and a comment on motor skill guide population. They were made three evaluations: before of intervention and later on three occasions (postinmediato, week and month). Also applied a guideline for disuse syndrome risk characterization. He was obtained internal consistency  $>.73$  by Cronbach Alpha in the three instruments.

**Results:** The total of patients had high risk of complication by immobility; risk to occur were decreased muscle strength, thrombosis, reducing mobility, hypotension, stasis secretions and pressure ulcers. The total number of primary caregivers was women. At the primary caregivers most pre-intervention (75 %) had a level of knowledge of regular poor, in the assessments post-intervention increased well, with 91.7 per cent in the month evaluation. Evaluated motor skill pre-intervention showed deficiency (83 %); and in the last assessment 91 percent obtained good level.

**Conclusions.** The educational intervention evaluated at various times strengthens the increase in knowledge and motor ability of the primary caregiver for the care of neurological patients at risk of disuse syndrome.

**Key words.** Primary caregiver, neurological education, patient intervention, knowledge, motor skill.



## I. INTRODUCCIÓN

Los cambios sociodemográficos que se han dado a nivel mundial y en especial en México han ocasionado el aumento de adultos mayores debido a que la esperanza de vida se ha incrementado, nuestro país es considerado el tercer lugar de índice de envejecimiento acelerado, de su población en el año 2000 el censo poblacional reportó 4,759.311 personas mayores de 65 años de edad.<sup>1</sup>

La gran población de adultos mayores en el mundo nos llevan al incremento de enfermedades crónico degenerativas incluyendo entre ellas los problemas neurológicos como el accidente vascular cerebral, aunado a ello, los malos hábitos de vida contribuyen a que este problema se presente en la población de adultos jóvenes actualmente; por las características incapacitantes de la enfermedad, originan altos costos a nivel de salud.

Las características de la enfermedad aumentan la dependencia del enfermo a la familia, que se transforma en atención y cuidado, este implica actividades que tienen diferentes niveles de complejidad que puede ir desde actividades simples hasta el uso complejo de tecnología, sin embargo este cuidado es asumido por un familiar o por un allegado al paciente denominado cuidador primario.<sup>2</sup>

El proceso de envejecimiento y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludable han modificado las causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de enfermedades no transmisibles, las muertes en el país se deben en un 75% a padecimientos como la diabetes, problemas cardiovasculares incluyendo EVC, enfermedades pulmonares obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hipertensiva y cáncer sin embargo estos drásticos cambios en los estilos de vida en la población de adultos jóvenes se han hecho presentes estas enfermedades.

En México las enfermedades neurológicas en el 2005 concentraron más del 33% de muertes en mujeres y 26% en hombres, sin embargo comparten algunos factores de riesgo, entre ellos el sobrepeso que afecta 70% de la población de 20 años. Por otra parte el tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial causan secuelas y muerte. Las consecuencias de problemas neurológicos de esta naturaleza pueden variar desde leves hasta severas, como parálisis, problemas de raciocinio, del habla, problemas de visión, y problemas en la coordinación motora.<sup>3,4</sup>

Una situación similar de este problema de salud en pacientes neurológicos donde se incluye el EVC se presenta en el estado de San Luis Potosí debido al cambio en el patrón demográfico de la población, asociado a conductas poco saludables, se ha incrementado la frecuencia con que se presentan las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis y la diabetes. El número por decesos anuales por estas causas ha aumentado porque existen más personas en riesgo de contraer estas enfermedades aunque las tasas se muestran relativamente estables.<sup>5</sup>

La aparición de estas enfermedades crónicas lleva al individuo a una discapacidad o invalidez física y cognitiva; alteran la dinámica familiar y no todos los miembros de la familia responden de la misma manera para hacer frente a la atención que requiere el enfermo.<sup>6</sup> A la persona que se hace cargo de esta situación se le ha denominado cuidador primario. El desempeñar este rol implica responsabilidad, conocimiento y desarrollo de habilidad motora para brindar la atención, además de necesitar apoyo para reducir el desgaste físico y emocional como cuidador.<sup>7</sup>

Ante esta problemática la atención domiciliaria es una alternativa asistencial que proporciona cuidados integrales a personas que por su situación de salud requiere cuidados temporales o permanentes en el domicilio. Por tanto la carga

recae en una persona que asume la función del cuidador y establece una relación basada en cariño y atención a la persona, durante largos periodos.<sup>8</sup>

La importancia de implementar procesos de formación e investigación que incluyan la preparación de cuidadores de personas con enfermedades crónicas degenerativas discapacitantes es una tarea que corresponde al equipo de salud especialmente al personal de enfermería, a fin de que este cuidador pueda estar preparado para una atención básica y de calidad dentro del hogar. Estos programas de formación deben considerar el tipo de pacientes y sus problemas reales y potenciales, así como las capacidades y habilidades del cuidador para enfrentar esta problemática.<sup>9</sup>

En esta investigación se implementó una intervención educativa de capacitación para cuidadores primarios, que incluyó aspectos relacionados con el diagnóstico enfermero Riesgo de Síndrome de desuso, este diagnóstico según la NANDA puede ser utilizado en personas con alteraciones del nivel de conciencia, la inmovilidad prescrita, Inmovilización mecánica y dolor; además incluye las posibles complicaciones que pueden presentarse debido a la inmovilidad y que afectan diferentes aparatos y sistemas corporales.<sup>10</sup>

Con relación a esta problemática se llevó a cabo un estudio de intervención educativa dirigido a cuidadores primarios a partir de la cual se capacitaron en conocimiento y habilidad motora, que le permitieron atender al paciente con problemas neurológicos detectados con el diagnóstico enfermero riesgo de síndrome de desuso, de tal forma que obtuvieran herramientas fundamentales para disminuir el riesgo en la presentación de complicaciones derivadas de la inmovilidad en los pacientes a cargo del cuidador primario dentro de su domicilio.

Se midió el conocimiento y habilidad antes y después de una intervención educativa en varios momentos (inmediato a la intervención, a la semana y al mes),

Durante este proceso se consideraron estrategias personalizadas, tomando en cuenta que cada cuidador como adulto tiene su propia personalidad, conocimiento y experiencias que conforman las fortalezas a potenciar y sus debilidades a superar a través de esta intervención.

Los conocimientos facilitados al cuidador primario se basaron en el Diagnóstico Riesgo de síndrome de desuso, aprobado en 1988 por NANDA, el cual incluye considerar la posibilidad de complicaciones derivadas de la inmovilidad como son: úlceras por presión, estreñimiento, estasis de secreciones pulmonares, trombosis, infección del tracto urinario o retención de orina, disminución de la fuerza o resistencia, hipotensión ortostática, reducción de la movilidad articular, desorientación, alteración de la imagen corporal e Impotencia.

El enfoque del proceso enseñanza-aprendizaje del cuidador primario se contempló a partir de la teoría del aprendizaje significativo y algunos conceptos humanísticos, que permitieron la aplicación del contenido a la atención del paciente. La capacitación en habilidad motora para el manejo del paciente y al mismo tiempo para evitar las lesiones físicas del cuidador, estuvo basada en principios de mecánica corporal para la movilización del paciente, apoyo en la prevención de complicaciones y mejora de la postura del cuidador durante la atención.

Esta investigación fue de intervención clasificada como de riesgo mínimo de acuerdo con la Ley General de Salud y se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido de abril a julio de 2009.

## II. JUSTIFICACIÓN

Con base en la magnitud y trascendencia social y económica del riesgo de síndrome de desuso y las complicaciones originadas por la inmovilidad en el paciente con problemas neurológicos, esta investigación se justifica por lo siguiente:

1 Las enfermedades cerebro-vasculares en México en el año 2005 ocuparon el cuarto lugar de mortalidad,<sup>11</sup> las causas como ya se mencionaron han incrementado el riesgo cardiovascular, no solo en población de adultos mayores, sino también en etapas tempranas como adolescentes y niños. Además son la primera causa de discapacidad en México, el 80% de los casos son de tipo isquémico y el 20 % son de tipo hemorrágico, por tanto son el proceso médico más frecuente en la mayoría de los hospitales y además el más costoso en términos económicos.<sup>12</sup>

2 A nivel estatal en el 2006 se reportaron en el Instituto Mexicano del Seguro Social 328 casos de enfermedades cerebrovasculares, de las cuales 179 fueron para el sexo femenino y de estos las edades comprendidas de 50 y más constituyeron 163 casos. Para el sexo masculino fueron 132 casos, y en este grupo de 50 y más años se tuvieron 121 casos. Cabe señalar que en los extremos de la vida es mayor el problema. Lo que hace necesario capacitar a personas que tendrán que asumir los cuidados en el domicilio.<sup>13</sup>

3 Se requiere mejorar la atención del paciente con problemas neurológicos, mediante la capacitación al cuidador primario en conocimientos y habilidades motoras que contribuyan a reducir las complicaciones por inmovilidad en el domicilio. El fortalecimiento de los cuidadores es un reto y una necesidad por los cambios demográficos, así como en la morbilidad que desencadena estados de discapacidad y dependencia física. El personal de Enfermería del IMSS debe

contar con elementos suficientes para brindar apoyo educativo a los cuidadores de pacientes con estos problemas y de esa manera dar cumplimiento a la función docente.

4 Es necesario reducir el desgaste del cuidador al incrementar el conocimiento y las habilidades motoras para mejorar su condición de autocuidado; además el cuidador primario, en la medida en que es guiado por el personal de enfermería con el tiempo será capaz no solo de brindar cuidado sino de identificar signos de alerta sobre alguna complicación.

5 El manejo del personal de enfermería y la participación del familiar es considerado como fundamental en el inicio de la rehabilitación del paciente neurológico para evitar futuras complicaciones. Además la rehabilitación se ha considerado como un proceso de aprendizaje en donde se prepara al paciente tomando en cuenta sus capacidades para retornarlo lo más pronto y lo mejor posible a su vida cotidiana.

6 El cuidador primario puede reducir la posibilidad de complicaciones por inmovilidad como estasis de secreciones pulmonares, riesgo de úlceras por presión, estreñimiento, trombosis, infección del tracto urinario o retención de orina, disminución de la fuerza o resistencia, entre otras que se encuentran planteadas en el diagnóstico enfermero. Esto permite reducir a largo plazo los reingresos hospitalarios de este grupo de pacientes por complicaciones, tener una disminución del tiempo de estancia en el hospital y reducir las infecciones nosocomiales, que son consecuencia de una elevación de los costos institucionales.

7 Los altos costos en el sistema de salud por los reingresos hospitalarios y las discapacidades que deja en los pacientes, están originando demanda de cuidadores primarios, la cual la finalidad de estos es que les brinden el cuidado y

les satisfagan sus necesidades a través de una atención de calidad en el ámbito hospitalario y en el hogar, ya que con ello se sentirá seguro y protegido.

#### Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos y habilidades que obtiene un cuidador primario posterior a una intervención educativa sobre la atención al paciente con problemas neurológicos en riesgo de síndrome de desuso?

#### Propósito

Este estudio tuvo como propósito de Intervenir de manera directa con los cuidadores primarios para proporcionar conocimientos y estrategias para el desarrollo de la habilidad motora, a fin de que la atención al paciente con problemas neurológicos en riesgo del síndrome de desuso sea oportuna y adecuada.

Este enfoque surgió a partir del contacto del investigador con la problemática de pacientes en la práctica hospitalaria. La observación continua de esta situación dio origen a la necesidad de capacitar a los cuidadores de estos pacientes para que puedan proporcionar atención integral a su paciente, ya que ellos son los responsables directamente del cuidado domiciliario, así mismo el cuidador obtiene seguridad en el manejo del cuidado y también de su autocuidado.

El compromiso de que obtengan una capacitación estos cuidadores es para que den atención al problema desde un inicio de la enfermedad dentro del hospital y lo continúen en el domicilio, evitando de esta forma reingresos por complicaciones debidas a la inmovilidad.

### **III. OBJETIVOS E HIPOTESIS**

#### **3.1 Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento y habilidad motora del cuidador primario antes y después de una intervención educativa sobre atención al paciente con problemas neurológicos en riesgo de síndrome de desuso que se encuentran hospitalizados en la clínica No 1 CMF del IMSS

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- 3.2.1 Caracterizar los pacientes con problema neurológico en función de riesgo de síndrome de desuso.
- 3.2.2 Caracterizar a los cuidadores primarios según variables sociodemográficas.
- 3.2.3 Identificar el nivel de conocimiento del cuidador primario sobre conceptos, causas, complicaciones y cuidados de posibles complicaciones por inmovilidad antes y después de una intervención educativa.
- 3.2.4 Identificar el nivel de habilidad motora del cuidador primario antes y después de una intervención educativa.

#### **3.3 Hipótesis**

**Ho.** El conocimiento y habilidad motora del cuidador primario sobre la atención del paciente con problema neurológico en riesgo de síndrome de desuso no aumentan posterior a una intervención educativa.

**HI.** El conocimiento y la habilidad motora del cuidador primario sobre la atención al paciente neurológico en riesgo de síndrome de desuso incrementan posterior a una intervención educativa.



## IV. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 4.1 La población con problema neurológico. Transición demográfica

El descenso de la mortalidad general, el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad, están determinando el proceso de envejecimiento poblacional, que implica una participación creciente de adultos mayores en la estructura poblacional. La estructura poblacional nos muestra un cierto adelgazamiento a consecuencia al bajo índice de la población infantil. Sin embargo en la actualidad la población de jóvenes y adultos en edad reproductiva está ocasionada por el reciente pasado. Esto se ha estado presentando en unos países más que en otros pero a nivel general es en todo el mundo.

A nivel europeo actualmente se presentan cambios en los sistemas de protección social debido a esta causa de envejecimiento, por lo tanto se han dado cambios y se han establecido mecanismos del sistema socio sanitario en lo que se refiere a la protección de la salud, el empleo, la integración social y la viabilidad del sistema de pensiones. Las estadísticas de la población española, la proyección para el año del 2050 el crecimiento de la población anciana producirá una importante presión social para el gasto público y en concreto de las partidas presupuestales más ligadas con la dependencia el gasto social y sanitario.

La Constitución Española define el sistema de protección social dentro del conjunto de derechos y deberes fundamentales en lo que denomina como principios rectores de la política social, Dichos principios constitucionales determinan que los poderes públicos garantizaran la asistencia y las prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad (art. 41), en este sentido todos los ciudadanos tendrán garantizada dichas prestaciones a partir de un *régimen público de Seguridad Social*. En caso concreto de la protección a la población anciana, se determina que el estado promoverá su bienestar mediante un sistema

de servicios sociales que atenderá sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio (art. 50)<sup>14</sup>

Por otra parte en México los mayores de 65 años muestran una tasa de crecimiento superior al 4 % anual que los llevara a concentrar en 2030 al 12% de la población nacional. El descenso de la mortalidad general que pasó de 16 defunciones por 1000 habitantes en 1950 a 4.4 por 1000 en el 2005, produjo un importante incremento de la esperanza de vida que paso de 49.6 en 1950 a 78 años en las mujeres y 73 años en los hombres en el momento actual.<sup>15</sup>

#### **4.2 El riesgo de síndrome de desuso y posibles complicaciones en el problema neurológico**

Debido a todos estos cambios poblacionales que se están dando en todo el mundo la aparición de enfermedades crónicas degenerativas va en aumento. En América Latina la migración del campo a la ciudad cambiando sus hábitos de vida hacia un mayor sedentarismo, dietas menos saludables, consumo mayor de alcohol y tabaco y el déficit de los servicios de salud; aumentan el riesgo de enfermedad vascular.<sup>16</sup>

El análisis de mortalidad en el 2002 destaca que la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebro vascular (EVC), fueron las dos primeras causas de muerte en el mundo.<sup>17</sup> A nivel nacional las enfermedades crónicas degenerativas ocupan las primero cinco causas de morbi mortalidad y representan las principales causas de muertes, dando origen a los grandes problemas al sector salud.

El evento cerebrovascular puede ocurrir cuando una arteria se obstruye produciendo interrupción o pérdida repentina del flujo sanguíneo cerebral o bien, ser el resultado de la ruptura de un vaso, dando lugar a un derrame. Los tres tipos principales de EVC son el trombótico, el embólico y el hemorrágico.

Algunos signos de alarma de la EVC son el entumecimiento, debilidad o parálisis de la cara, el brazo o la pierna, en uno o ambos lados del cuerpo y que aparece en forma repentina; la ocurrencia súbita de visión borrosa o reducción de la visión en uno o ambos ojos; la aparición brusca de mareos, pérdida del equilibrio o caídas sin explicaciones; la incapacidad repentina para comunicarse ya sea por dificultad para hablar o entender; y la aparición súbita de dolor de cabeza, de gran intensidad y sin causa conocida.<sup>18</sup>

Estos signos de alarma pueden durar sólo unos cuantos minutos y luego desaparecer, o pueden preceder a un Evento Vascular Cerebral de mayores consecuencias y requieren atención médica inmediata.<sup>19</sup> En el año 2005 a nivel nacional se reportaron las tasas de mayor mortalidad en los estados de Tabasco, Oaxaca y Yucatán mientras las tasas más bajas las reportaron Quintana Roo, México y Guerrero.

En el estado de San Luis Potosí en el año del 2006 los casos de Enfermedad cerebrovascular fue un total de 328 de los cuales el grupo mayoritario se encuentra en adultos mayores en las edades de 65 años a más, con un total de 108 casos para el sexo masculino y para el sexo femenino 84 casos; el resto de la totalidad están distribuidos en los diferentes grupos de edades.<sup>13</sup>

La OMS (1993) define al discapacitado físico como *"aquella persona que presenta una restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano"*. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria y normal, las cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivas o regresivas. Siguiendo con la definición de la OMS, la discapacidad tiene que ver con aquellas actividades y comportamientos

que son aceptados, por lo general, como elementos esenciales de la vida cotidiana. Ejemplos de este tipo son las alteraciones en la autonomía para alimentarse, asearse y vestirse, las actividades locomotrices.<sup>20</sup>

Por lo que se permite afirmar que la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebro vascular son dos de los más grandes problemas de salud pública en México. Por su prevalencia origina en los pacientes altos índices de incapacidad laboral, dentro de las instituciones de salud se prolongan las largas estancias hospitalarias, provocando contraer Infecciones nosocomiales, complicaciones medicas, el uso de diversos antibióticos elevando la resistencia de los microorganismos y de otros medicamento afines para su tratamiento y pudiendo ocasionar la muerte, dentro de la familia se originan los desordenes en los roles de los integrantes de estas, se elevan los gastos, inician conflictos dentro de la familia nuclear y se hace partícipe la familia extendida. Con todos estos conflictos mencionados se le suman los altos costos de atención médica, repercutiendo en la sociedad y a nivel nacional.

Por esta problemática es de suma importancia que el personal de enfermería que es el responsable de brindar el cuidado implementando diagnósticos para brindar la atención a este tipo de pacientes, uno de ellos es el diagnostico enfermero: Riesgo de síndrome de desuso que se refiere al riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo esquelética prescrita o inevitable sus factores de riesgo son: Alteración del nivel de conciencia, Inmovilización mecánica, Parálisis, Inmovilización prescrita y el dolor grave.<sup>10</sup>

Alguna otras complicaciones que el paciente llega a presentar por su estado de salud son los que se derivan de falta de movilidad son: úlceras por presión, estreñimiento, estasis de secreciones pulmonares, trombosis, infección del tracto urinario o retención de orina, disminución de la fuerza o resistencia, hipotensión

ortostática, reducción de la movilidad articular, desorientación, alteración de la imagen corporal e impotencia.<sup>10</sup>

## 4.2 Cuidador primario

### 4.3.1 Conceptos y características del cuidador

En la primera Conferencia Mundial sobre la promoción de la salud, celebrada en Ottawa en 1986, la salud se plantea como un recurso positivo de los individuos, las comunidades, las sociedades y la humanidad que hace posible una vida social y económicamente rica. Uno de los elementos claves para promover la salud, es el apoyo social.

El apoyo social se puede definir como la interacción entre personas mediante la cual da y reciben ayuda espiritual, emocional, informativa, funcional y material. En base a la proximidad de las relaciones sociales es ya clásica la división del apoyo social en tres niveles primario, secundario y terciario. El nivel primario está constituido por la familia y demás personas situadas en el círculo más próximo al individuo; el nivel secundario pertenecen los amigos, los compañeros de trabajo y los vecinos; en el nivel terciario se sitúan las organizaciones e instituciones sociales. El apoyo social puede preceder de fuentes no profesionales o bien de servicios profesionales. Este último de servicios se ha organizado en las sociedades industrializadas en torno a los llamados servicios de bienestar que incluyen los servicios sanitarios, sociales y de otros sectores.<sup>20</sup>

La atención informal esta dentro de una gama amplia de actuaciones del sistema social sobre la salud. Se ha definido el cuidado informal como *“la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otra persona que no recibe retribuciones económicas por la ayuda que ofrece”* (Wright 1983). Queda así excluido este concepto los servicios formales sanitarios, sociales

o de otro tipo, aunque existe discusión acerca de grupos de autoayuda, ayuda mutua o voluntariado, que implica, en mayor o menor grado, cierto nivel de formalización.<sup>21</sup>

Por otro lado, la OMS define a los Cuidados como: Los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familiares, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal, y dignidad humana.

Por tanto, se define al Cuidador Primario (CP) como “aquella persona del entorno del discapacitado que asume voluntariamente el rol del cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Está dispuesta a tomar decisiones por el paciente, asimismo, cubre las necesidades básicas de éste, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda, o indirecta determinando cuándo, cómo y dónde se tienen que dar”. No todos los discapacitados tienen CP y para que esta figura aparezca es necesario que una persona decida de forma voluntaria asumir este papel, cuando esto ocurre aparece de forma real o latente.<sup>19</sup>

Es así que la experiencia de vivir y cuidarse en situaciones de enfermedad crónica fortalece la interrelación entre el profesional de enfermería el individuo y su cuidador principal, brindando espacios para el crecimiento mutuo y generando la posibilidad de conocer las perspectivas, expectativas y necesidades de cada uno para participar activamente en el cuidado el cual debe llevar al mejoramiento de las condiciones que favorecen el desarrollo de la salud y de la vida del individuo en situaciones de enfermedad crónica.<sup>22</sup>

La necesidad que tiene un adulto mayor de recibir cuidados de larga duración está influenciada por el deterioro de las capacidades funcionales físicas, mentales o cognitiva. Aunque la tendencia general es que se produzca una pérdida progresiva de la capacidad a medida que aumenta la edad.<sup>23</sup> Hay estudios que demuestran que los índices de discapacidad de las personas de avanzada edad están descendiendo, y que los deterioros o pérdidas no son irreversibles. Algunas personas mayores pueden recuperarse de las pérdidas y volver a disfrutar de las capacidades funcionales perdidas. Por consiguiente, la duración y el tipo de cuidados que se necesitan son con frecuencia indeterminados, y requerirán respuestas adaptadas a cada caso.

#### **4.3.2 Conocimientos y habilidades para el cuidado del paciente**

Si la profesión de enfermería se ha identificado como la profesión del cuidado, el cuidar ante todo es un acto de vida permitiendo que se continúe y se reproduzca, es un acto individual de reciprocidad que se da a una persona cuando lo requiere física y mentalmente, por lo tanto los cuidadores primarios tienen el derecho de capacitarse para poder brindar una atención de calidad a sus paciente.<sup>24</sup>

Las personas de la tercera edad y la población joven con alguna discapacidad que necesiten cuidados de larga duración deberían además tener acceso a otros servicios, como una correcta asistencia sanitaria médica y mental, junto con ayuda económica, social y jurídica.<sup>25</sup> De manera concomitante, sus cuidadores informales deberían tener acceso a servicios de apoyo, que podrían incluir información y asistencia para obtener ayuda, formación sobre los cuidados que deberán realizar, y alivio de la carga que sufren.

Los cuidados de larga duración incluyen las siguientes actividades: Conservar la implicación en la vida comunitaria, social y familiar, adaptar el entorno de la vivienda e instalar dispositivos de asistencia para compensar las funciones

deterioradas, asesorar y evaluar el estado de asistencia social y sanitaria, con el fin de proporcionar planes explícitos de cuidados y un seguimiento por parte de los profesionales y para profesionales pertinentes, programas para reducir las discapacidades y prevenir mayores deterioros mediante medidas que reduzcan los factores de riesgo y proporcionen garantías de calidad, asistencia en instituciones o residencias cuando sea necesario, disposiciones para reconocer y cubrir las necesidades espirituales, emocionales y psicológicas, cuidados paliativos adecuados (cuando se necesiten) y apoyo profesional en momentos de aflicción, ayuda para familiares, amigos y otros cuidadores informales, servicios de apoyo y asistencia proporcionados por profesionales y para profesionales sensibles<sup>24</sup>

Estudios realizados en España sobre Programas de intervenciones de apoyo a los cuidadores informales han encontrado que aun falta evidencias para obtener el apoyo de los trabajadores de la salud para la formación de cuidadores pero sin embargo son una red de apoyo de suma importancia.<sup>26</sup>

En un estudio sobre el desempeño del cuidador primario a través de casos clínicos sobre planes de cuidados enfermeros en el cuidador informal destacó que el paciente aumentó su red de apoyo en la familia, lo que ha permitido que por primera vez en mucho tiempo las actividades de ocio fueron satisfechas e incluso las necesidades básicas como el descanso, la alimentación y el ejercicio.<sup>27</sup> Sin embargo también se ha estudiado el sentir de los cuidadores, donde encontraron que se ve expuesto a una gran carga de trabajo físico y psíquico, lo que se puede presentar un patrón disfuncional en ellos.<sup>28</sup>

Por otro lado la información reduce la ansiedad de los familiares y les ayuda a superar el estrés que acompaña la hospitalización del ser querido para mantener un flujo libre de información y evitar los malos entendidos se le pide a la familia designe a un representante que se haga cargo de recibir la información y después la comparta con el resto de la familia, esto implica la educación al familiar en cuestión asistencial.<sup>29</sup>



El cuidado es una acción social cuyo fin es proporcionar los medios de subsistencia al receptor del cuidado para lo cual se transforma en recursos materiales y simbólicos que vienen a satisfacer dicha necesidades de subsistencia y al igual que cualquier trabajo, el cuidado implica gastos de tiempo y energía. El cuidado posee tres fines; ayuda a satisfacer las necesidades del otro, al receptor del cuidado, proporcionar los recursos suficientes para que sobreviva y garantizar su bienestar y florecimiento.

El cuidado al paciente crónico es ayudar al enfermo a satisfacer las necesidades proporcionando los recursos suficientes para su supervivencia estas necesidades son enfocadas a nivel biológico, emocional y social. Por lo cual el hogar se transforma en el principal espacio donde se desarrolla el mayor cuidado, es donde se consume tiempo y energía para su realización. Las enfermedades crónicas producen un tipo particular de dependencia y es paulatina de manera orgánica y social, el cuerpo orgánico depende de sus funciones fisiológicas llegando a un grado de incapacidad y a nivel social sufre pérdidas de roles sociales de acuerdo a sus estándares sociales y en la incapacidad de ser recíproco.

Por todo esto el ser cuidador conlleva a adquirir un nuevo rol social; estos implican normas sobre qué hacer, como hacer, de esta forma se espera y se norma que un cuidador se haga cargo de, es decir haga todo aquello que el dependiente es incapaz de hacer. Adquiere obligaciones y establece una especial relación intersubjetiva con el dependiente sobre la cual se finca el cuidado; lo importante de esta relación es que estas obligaciones son claramente dirigidas a resolver las necesidades del dependiente y mantenerlo como miembro de la sociedad. Para cumplir con estas obligaciones requiere conocimientos acerca de cómo actuar.

El cuidador es quien interpreta las necesidades más vitales o apremiantes o validas por satisfacer en un cierto momento y bajo ciertas circunstancias, esto lo hace depositario de un saber hacer. El Cuidador no posee habilidades especiales

que lo hacen alguien idóneo para ser cuidador, es a través el cuidado mismo como desarrolla esas habilidades.

Es indiscutible entonces reconocer que ser un cuidador es un rol diferente y separado de otros roles sociales, las particularidades del quehacer de un cuidador permite identificar al individuo concreto ejecutor del cuidado, entre los demás que apoyan al enfermo; algunos rasgos de un trabajador son responsabilidad principal del trabajo de la dependencia, dedica tiempo y energía, decide lo que es mejor para el dependiente o sea tiene autoridad y por último es quien hace el trabajo.<sup>30</sup>

Twigg (1993), propone tres concepciones posibles de cuidador: cuidador como recurso, como trabajador y como co-cliente. Cada una de estas tres concepciones implica una distinta forma de relación entre los sistemas formales e informales de cuidados<sup>31</sup>

Por lo anterior la importancia de que el personal de enfermería trabaje de manera conjunta con el cuidador para poder brindar una información fidedigna sobre el cuidado del paciente con enfermedad vascular cerebral el personal de enfermería debe estar capacitada para proporcionar la información correcta del cuidado y la atención oportuna y con ello evitar la aparición de complicaciones.

Para poder brindar esta información la enfermera debe tener el conocimiento teórico que se basa en ciencias naturales, físicas y de conducta, las humanidades y de investigación. Los profesionales de enfermería pueden utilizar varias teorías en la práctica entre ellas los sistemas familiares, la perdida, el crecimiento y desarrollo, la intervención en crisis y las teorías de los sistemas generales. La diferencia de enfermería y otras disciplinas de cuidados sanitarios radica en la profundidad y amplitud del enfoque de la primera.

Y a la vez tener la capacidad de realzar diagnósticos; *un diagnóstico enfermero es un juicio sobre las respuestas individuales, familiares o sociales a problemas*

*sanitarios reales o potenciales o de proceso vital.* El diagnóstico enfermero proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería, con el fin de conseguir resultados de los que el profesional enfermero es responsable (NANDA, 1990). Es por ello la importancia de trabajar con diagnósticos ya sea porque está presente el problema o para evitar el riesgo de que aparezca. Los problemas de colaboración son algunas complicaciones fisiológicas que los enfermeros controlan para detectar su aparición o los cambios de estado. Estos profesionales gestionan los problemas mediante intervenciones prescritas médicas y enfermeras, para minimizar las complicaciones de los sucesos.

El personal de enfermería toma decisiones independientes frente a problemas de colaboración y los diagnósticos enfermeros. La diferencia radica en que en el caso de los diagnósticos, el enfermero prescribe el tratamiento definitivo para conseguir los resultados deseados. Las intervenciones de enfermería son tratamientos o acciones que benefician a un paciente, al presentar algún problema, reducir o eliminar o fomentar una respuesta saludable. Las intervenciones de enfermería pueden clasificarse en dos tipos prescritas por el personal enfermero o por el facultativo. Las independientes están prescritas por el primero y las delegadas por el segundo. Sin embargo ambas requieren un juicio enfermero independiente.<sup>32</sup>

Por lo mencionado, es importante de llevar o implementar un plan de cuidados que incluya los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. Un plan de cuidados estandarizados (PCE), es un instrumento que seduce a los cuidadores por las numerosas ventajas que presenta durante su utilización diaria, entre ellas: organizar la formalización de los datos concernientes al paciente obtenidos por el equipo; facilita la decisión, la resolución de los problemas importantes vividos por los pacientes; agiliza la evaluación de la práctica de los cuidados. Sin embargo, la calidad del plan de cuidados estandarizado, su pertinencia y su eficacia al servicio de los pacientes dependen del contexto de elaboración y utilización de este instrumento en el seno de una organización de cuidados.<sup>33</sup>

La importancia de hacer investigación con diagnósticos enfermeros es que permiten incorporar evidencias de conocimientos científicos en la disciplina. Uno de estos diagnósticos que fue electo como globalizador de la problemática del paciente con problemas neurológicos fue el "*Riesgo de Síndrome de desuso*" que se conceptualiza como "*aquel riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo esquelética prescrita o inevitable*", y los factores de riesgo planteados en la nomenclatura para este diagnóstico son: "*alteraciones a nivel de conciencia, parálisis, inmovilidad prescrita, inmovilidad mecánica, dolor grave*".<sup>10</sup>

Sin embargo hay estudios sobre la dependencia del adulto mayor con enfermedad vascular cerebral y el rol de los cuidadores informales, donde se encontró que más del 90% presentan una dependencia parcial o total para las actividades de la vida diaria, requiriendo de ayuda para sobrevivir, en una segunda entrevista encontraron que hubo mínima diferencia, detectándose la falta de rehabilitación, el desapego al tratamiento indicado y la deficiente higiene personal. Llegando a concluir que la alteración funcional del adulto mayor con EVC se exacerbó por algunos factores observados, como la falta de adiestramiento, rehabilitación y dificultad de la familia para enfrentar el conflicto.<sup>30</sup> Este estudio enfatiza la necesidad de que el cuidador primario se empodere en conocimientos para poder brindar un cuidado que satisfaga la necesidad del paciente.

En otro estudio también se muestra la necesidad de apoyar al paciente y su familia con capacitación y rehabilitación básica, formar cuidadores informales cercanos con asesoría y monitoreo domiciliario por la enfermera del hospital o comunitaria para que disminuya la alta mortalidad por complicaciones de un Evento vascular cerebral, la disfuncionalidad y la dependencia de los adultos mayores que incentive una mejor calidad de la vida.<sup>34</sup>

Otro estudio resalta la importancia de la planeación del plan de alta considerándose como la transferencia del cuidado del hospital al hogar por la cual es un proceso planeado y sistemático que requiere de una acción coordinada del equipo de salud con el cuidador, en este estudio se concluyó que es un nuevo escenario para enfermería la función para el alta, que se constituye en una oportunidad para evidenciar el uso de una metodología de trabajo y un lenguaje común.<sup>35</sup>

La atención integral de enfermería a pacientes neurológicos ha sido un gran reto, ya que generalmente se ve poco o ningún avance o bien el paciente fallece sin importar la calidad y rapidez de su atención, y concluye este estudio que es necesario que todas las respuestas y cambios queden registrados en las hojas de enfermería de tal manera que cualquier profesional tenga claro tanto el plan de atención así como los objetivos y las respuestas del paciente, ya sea para reforzar acciones o reorientar el plan.<sup>36</sup>

En el análisis de costos, las alternativas se examinan desde el punto de vista económico. Un estudio sobre el costo de cuidar un enfermo mostró que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la repercusión financiera de la crisis económica y el incremento de enfermedades crónico-degenerativas en la población, hacen evidente la búsqueda de alternativas para mejorar la calidad de vida de los pacientes al mínimo costo<sup>37</sup>

En 1990, se puso en marcha el Programa de atención domiciliaria en el paciente crónico (ADEC); el objetivo es proporcionar atención médica a través de procedimientos básicos en el domicilio, con la participación activa del paciente y sus familiares, integrándolos tempranamente al auto cuidado de su salud y a restablecer sus actividad cotidiana.

La atención domiciliaria y hospitalaria de los pacientes integrados al programa ADEC, es un compromiso compartido entre el IMSS y los familiares pues de ambos depende la ejecución del programa conforme a la normatividad del mismo y la disminución de las complicaciones. Estas últimas incrementan significativamente el costo de la atención de los pacientes crónicos; por lo que es importante que el programa cuente con los recursos necesarios para su funcionamiento, se aplique conforme a la normatividad establecida, y se optimice la utilización de los recursos disponibles.

En un estudio de análisis de costos que se hace del programa (ADEC), sobre costos directos médicos del IMSS en atención domiciliaria generados por costos por material, transporte y salario del personal, y también sobre costos directos médicos en atención hospitalaria por complicaciones que incluyó costo por día-cama, estudios de laboratorio y gabinete, consulta de especialidad y cirugías y costos directos no médicos del familiar derivados por los gastos por transporte y tiempo, Se llegó a la conclusión que los costos directos de la atención domiciliaria del IMSS fueron menores con respecto al costo de los familiares; sin embargo, en pacientes hospitalizados complicados, el costo generado por el IMSS es significativamente mayor.<sup>38</sup>

#### **4.4 Intervención educativa en el cuidador primario para la atención del paciente con problemas neurológicos**

##### **4.4.1 Enfoque pedagógico del programa**

Freire menciona que el método de enseñanza de la educación en el adulto es una acción que implica corrección, autocorrección y es un permanente proceso de crecimiento de cada uno. No se crece sin corrección. La cuestión es saber cómo corregir, porqué, en función de qué y para qué".<sup>39</sup>

La capacitación teórico práctica de un cuidador primario consiste en proporcionar contenidos teóricos relacionados con la problemática del paciente y habilitación sobre cuidados diversos y técnicas de movilización para evitar la aparición del síndrome de desuso, entre ellos los de movilización en cama en diversidad de posiciones, los ejercicios, técnicas de palmo percusión, entre otras. Es por ello que la enfermería debe capacitar y habilitar al paciente y a otras personas (Cuidadores), para que enfrenten y resuelvan más fácilmente las situaciones desconocidas y las transiciones de la vida<sup>43</sup>

Los contenidos teóricos incluidos en el programa de intervención educativa del cuidador primario tuvieron como base el diagnóstico enfermero "Riesgo de síndrome de desuso", este se define como el deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo esquelética prescrita o inevitable. Este diagnóstico fue retomado para el paciente neurológico por los factores de riesgo que este tiene para el deterioro. Los factores de riesgo que incluye este diagnóstico enfermero son la alteración del nivel de conciencia, inmovilización mecánica, parálisis, inmovilización prescrita y dolor grave mismos que se reflejan como datos clínicos en este tipo de paciente con problema neurológico.<sup>16</sup>

El Riesgo de síndrome de desuso conlleva a la posibilidad de complicación por inmovilidad en diversos sistemas, por lo que la intervención educativa para el cuidador primario en esta investigación se centró en los conocimientos y habilidades motoras necesarios para la atención del paciente neurológico que encuentra expuesto a estos riesgos. Los contenidos teóricos tuvieron una línea de presentación para los cuidadores denominada las cuatro "C" donde fueron incluidos conceptos, causas, complicaciones y cuidados de las posibles complicaciones por inmovilidad, estas se describen a continuación. Según Brunner y Krozier<sup>16,44</sup>

Un postulado central constructivista que permite el trabajo educativo con el adulto es el Enfoque Sociocultural, que es el aprendizaje situado en el contexto, aprendizaje de mediadores instrumentales de origen social, creación de zonas de desarrollo próximo, procesos psicológicos superiores, ajustes de ayuda pedagógica, aprendizaje guiado y cooperativo de enseñanza recíproca y evaluación dinámica y en contexto.<sup>40</sup> El alumno efectúa apropiación o reconstrucción de saberes culturales, el profesor su labor es de mediación, y la enseñanza es la transmisión de funciones psicológicas y saberes culturales mediante interacción en zonas de desarrollo próximo y el aprendizaje es interiorizar y apropiación de representaciones y procesos.

Dentro del constructivismo se tienen grandes autores en dependencia del enfoque sobre el postulado. Para Ausubel el aprendizaje depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por estructura cognitiva, al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización.<sup>41</sup>

Para fines de esta investigación se ha considerado el aprendizaje significativo planteado por Ausubel como referente en la capacitación del Cuidador primario y el planteamiento de Freire sobre el método de enseñanza.

#### **4.4.2 Contenidos teórico-prácticos del programa para el cuidador primario**

Todo sistema sanitario tiene dos objetivos principales, el primero mejorar la salud de la población empleando conocimientos actualizados acerca de las causas de las enfermedades y su manejo de la optimización de la salud; el segundo objetivo, de igual importancia, es disminuir las diferencias entre los subgrupos de población, de manera que determinados grupos no estén siempre en desventaja respecto a otros en el acceso a los servicios de salud y en la consecución de una salud óptima.<sup>42</sup>



La creatividad y la curiosidad son pilares de todo ser humano indispensable para su aprendizaje en la actualidad la tecnología ha llegado a ser un gran obstáculo para la creatividad del individuo. Otro punto importante que Freire menciona en su modelo de aprendizaje, es que tenemos derecho a no gustarnos algo pero tenemos el deber de entender y decir si nos sirve o no nos sirve. El individuo aprende de diferentes maneras construyendo su propio aprendizaje de acuerdo a las necesidades que el vaya teniendo en el desarrollo de la vida.<sup>38</sup>

En este estudio se cuenta con la premisa de que el cuidador primario asume voluntariamente el compromiso de aprender, una decisión que está mediatizada por la dimensión afectiva, donde intervienen factores como la solidaridad, la empatía, los lazos de amor, entre otros, que facilitan la adquisición y asimilación del material de aprendizaje a fin de contar con herramientas que le ayuden a cumplir con sus tareas de atención a su paciente.

Por otra parte, también se centra en los principios del constructivismo, se mantiene la idea de que en el individuo intervienen en su aprendizaje aspectos cognitivos y sociales del comportamiento, así como los afectivos, donde hay un interés genuino por aprender y responder a las estrategias de enseñanza utilizadas por el facilitador. En este sentido el cuidador no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, si no una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores.

En consecuencia el conocimiento no es una copia fiel de la realidad si no una construcción del ser humano en relación con el medio ambiente que lo rodea. Esta construcción va a depender de los conocimientos previos o de la nueva información, de la actividad externa que realice al respecto.

➤ Úlceras por presión, es una lesión causada por la fuerza de compresión sobre una zona corporal lesionando el tejido, se produce una isquemia localizada por la deficiencia de sangre al tejido, lo cual la célula se ve privada de oxígeno y nutrientes y hay acumulo de productos de desecho del metabolismo y por consecuencia la muerte del tejido. Signos: palidez de la piel comprimida, posteriormente se torna rojiza, caliente y se produce el daño tisular. Se debe mantener la piel limpia y bien hidratada, usar agentes, evitar la fricción excesiva, reducción de la presión, mantener la capacidad física y/o ocupacional.

➤ Estreñimiento, se puede definir como tres evacuaciones en una semana, esto implica la evacuación este dura y seca o bien la ausencia de eliminación de heces se produce cuando el movimiento de las heces a través del intestino grueso es lento lo que da tiempo a una reabsorción adicional del líquido del intestino grueso y se asocia la dificultad de evacuación de las heces y a un esfuerzo en los músculos voluntarios de la defecación o puede tener la sensación incompleta de evacuar. Algunas causas son déficit en la ingesta de fibra, de líquidos, déficit en la movilidad, falta de la intimidad, trastornos emocionales, cambios de rutina etc. Se debe vigilar la presencia de ruidos intestinales y fomentar la ingesta de líquidos. Se debe vigilar la fuerza asociada al estreñimiento a menudo se acompaña de contención de la respiración, esta maniobra de valsalva puede causar graves problemas a cardiopatas, lesión cerebral o enfermedad respiratoria, ya que aumenta las presiones intratorácica e intracraneal. Incluir en la dieta alimentos ricos en fibra, mantener la ingesta de líquidos de 1000 a 2000 mil al día, No ignorar la necesidad de evacuar, evitar consumo de alcohol, limitar comidas grasosas, consumo de agua caliente y zumo de frutas, dar masajes en el abdomen siguiendo dirección intestinal, brindar intimidad para la evacuación satisfecha, proporcionarle papel, cremas, aceite, agua y jabón para después de la defecación para evitar lesionar la mucosa del recto.

➤ Retención urinaria, es cuando la vejiga es capaz de vaciarse por sí misma, la orina se acumula y la vejiga se distiende provocando la retención, esta distensión provoca la contractilidad del musculo. También puede presentarse incontinencia urinaria o vejiga neurológica. Se debe vigilar las características de la orina como son el olor y el color de esta, cantidad y temperatura, realizar el aseo de perineo ya que la orina en esta área estimula la proliferación bacteriana, recomendar el uso de ropa interior de algodón. Si el paciente tiene sonda, realizar aseo en el sitio de inserción, mantener la bolsa debajo del cuerpo, mantener el drenaje cerrado, drenar la bolsa evitando que se llene en su totalidad, medir, registrar el aspecto de orina, verificar si tiene fecha de instalación de la sonda y de la bolsa recolectora, realizar ejercicios urinarios para el retiro de la sonda, evitar alzar la bolsa recolectora para evitar drenaje retrogrado.

➤ Estasis de secreciones, es el acumulo de secreciones en las vías respiratorias ya sean baja o altas, la cual producirán ruidos gorgoteo o burbujeo cuando el aire intente atravesar las secreciones. Puede ser por estrés, alteraciones o cambios en el medio ambiente, el estilo de vida, por enfermedades, por medicamentos, por la edad. Se debe evitar la aparición de infecciones, como neumonías, atelectasias, afectación en la oxigenación de la sangre. Percutir la zona afectada consiste en dar golpes enérgicos con las manos ahuecadas lo que favorece el desprendimiento y movilización de las secreciones, brindar suficientes líquidos, cambios de posición por lo menos cada dos para favorecer el drenaje de estas horas, estimularlo a que realice ejercicios respiratorios y a que tosa, hacer uso de nebulizadores, observar signos de agotamiento o intolerancia como palidez diaforesis, dar masaje en espalda, hidratarla y humectarla, evitar que fume.

➤ Trombosis es la formación de coágulos de sangre especialmente peligrosos si se desprenden de la pared venosa y pasan a la circulación general. (Disminución del retorno venoso, hipercoagulabilidad sanguínea y las lesiones de la pared vascular). Se debe vigilar la presencia de dolor torácico, falta de aire,

cambios en los gases de sangre arterial, medir y registrar la circunferencia de tobillos y muslos, verificar el consumo adecuado de anticoagulantes e iniciar con ejercicios de amplitud de movimiento, el uso de medias elásticas, una buena hidratación y la flexión de piernas en cama.

➤ Disminución de la fuerza o resistencia, En los pacientes cuadripléjicos y parapléjicos pierden la potencia motora, entre más pronto se utilice los músculos menor será la posibilidad de atrofia, Entre los cuidados es fomentar los ejercicios de amplitud de movimiento por lo menos cuatro veces al día, mantenerlo alineado y darle cambios de posición frecuentes.

➤ Hipotensión ortostática es la disminución de los barorreceptores que regulan la presión arterial o bien descenso de la presión cuando el paciente se incorpora o se sienta, se debe a una vasodilatación periférica que desplaza a la sangre desde los órganos centrales especialmente desde el cerebro a la periferia, con lo que es frecuente que le provoque el mareo y desmayo al individuo. Hay alteración en el flujo sanguíneo a nivel cerebral, cardiaco y presión arterial. Evitar los periodos prolongados en una sola posición por lo tanto cambiarlo por lo menos cada dos horas, elevación de miembros pélvicos, evitar levantarlo bruscamente y hacerlo de una manera paulatina, se le pueden colocar medias o fajas abdominales para mejorar el retorno sanguíneo.

➤ Reducción de la movilidad articular, se hace referencia a una reducción en la cantidad y el control del movimiento de una articulación. Algunos signos y síntomas de esta complicación son el dolor y el incremento de volumen de la articulación, los cuidados que se le pueden brindar son colocar lienzos húmedos calientes, administración de calmantes y antiinflamatorios e incluso colocar vendajes compresivos en áreas afectadas.

➤ Desorientación, No orientado respecto a lugar, tiempo y espacio, los factores que contribuyen a las alteraciones del comportamiento son la privación

sensorial, sobrecarga sensorial y déficit sensorial. En este caso de desorientación es ocasionada por la privación sensoria, sus signos clinicos son bostezos, adormecimiento, sueño excesivo, disminución en la capacidad de atención, dificultad en la concentración, deterioro de la memoria, desorientación periódica, confusión general, alucinaciones, disminución en la resolución de problemas, palpitations, llanto irritación, depresión, apatía etc. Se debe brindar terapias ocupacionales como la lectura, juegos de mesa, el escuchar música, actividades fáciles de realizar como amasar plastilina.

➤ Alteración de la imagen corporal, Indica como la persona percibe el tamaño, el aspecto, y el funcionamiento del cuerpo y sus partes incluye aspecto cognitivo y afectivo. El aspecto cognitivo consiste en el conocimiento del cuerpo material y de sus ataduras; el conocimiento afectivo incluye las sensaciones del cuerpo como el dolor, el placer, la fatiga y el movimiento. La imagen corporal es una suma de estas actitudes consciente é inconsciente que la persona tiene del cuerpo. Incluye vestido, peinado, maquillaje, adornos, también prótesis corporales, sillas de ruedas, bastón etc.

➤ Impotencia, Se refiere a la sensación o percepción incapacidad de realizar actividades por si solo ya que no las puede realizar en su totalidad y necesita ayuda de otra persona (en este estudio se hace referencia a la incapacidad que manifiesta y su dependencia, no a la afectación de la respuesta sexual). Hay depresión en el paciente, enojo, rechazo, frustración etc.

En conjunto con estos conocimientos se incluyen otros aspectos que tienen que ver con el paciente neurológico tales como la Apoplejía isquémica conocida como accidente cerebrovascular o ataque cerebral, que es la pérdida súbita de la función ocasionada por la alteración del suministro de sangre a una parte del cerebro, este evento, algunas de sus manifestaciones son adormecimiento o debilidad en cara, brazo o pierna, confusión o cambios en el estado mental,

problemas en el habla, alteraciones visuales, dificultad para caminar, mareo o pérdida del equilibrio y cefalea. Hay alteración en las neuronas motoras superiores ocasionando pérdida del control voluntario sobre los movimientos motores, las disfunciones más comunes son la hemiparesia (Debilidad de la mitad del cuerpo), la hemiplejía (Parálisis de la mitad del cuerpo por lesión del hemisferio central), paraplejía (Pérdida de movimiento y la sensibilidad en las extremidades inferiores de todo el tronco o una parte del mismo por lesión de medula espinal torácica, lumbar o raíz sacra), diplejía y la cuadriplejía (Pérdida de movimiento de las cuatro extremidades por lesión de medula espinal cervical) que constituyen diversos tipos de parálisis.

Los contenidos sobre el desarrollo de la habilidad motora según Krozier se centraron en la enseñanza del cuidador primario sobre técnicas, ejercicio y movimiento.

Ejercicio y la actividad lo define National Institutes of health (NIH), a la Actividad Física como el movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requieren un gasto de energía y que producen beneficios progresivos para la salud. Y al Ejercicio como una forma de actividad física caracterizada por ser un movimiento corporal planificado estructurado y repetitivo, que se realiza para mejorar o mantener uno o más componentes de las formas física. Los programas de ejercicio disminuyen los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y para mejorar su salud y aumentar el bienestar.

El movimiento y la estabilidad dependen de la integridad y del sistema músculo esquelético, del sistema nervioso y de las estructuras del oído interno responsable del equilibrio. Los movimientos corporales exigen una integración coordinada de la contracción muscular y de la actividad neurológica para ello se necesitan cuatro elementos básicos: alineamiento corporal, movilidad articular, equilibrio y coordinación motora.

La alineación corporal consiste cuando las partes del cuerpo se colocan de tal manera que ayudan a mantener el equilibrio perfecto y una función corporal máxima, cuando el paciente está de pie, sentado o acostado. Cuando el cuerpo está bien alineado la sobrecarga sobre las articulaciones, los músculos, los tendones o los ligamentos es mínima y los órganos y las estructuras internas están sólidamente apoyadas.

Movilidad articular, las articulaciones son las unidades funcionales del sistema musculo esquelético, los huesos se desplazan a nivel de las articulaciones y la mayoría de los músculos esqueléticos se insertan en los dos extremos óseos de las articulaciones.

Equilibrio, es el mecanismo que interviene en el mantenimiento del equilibrio y la postura, estos dependen de las partes del oído interno.

Movimientos Coordinados, el movimiento equilibrado, suave e intencional, dirigido a un objeto es el resultado de un funcionamiento correcto de la corteza cerebral, del cerebelo y los ganglios basales.

En el trabajo con los pacientes en riesgo de síndrome de desuso se requieren técnicas específicas para reducir las complicaciones por la inmovilidad, las habilidades motoras que el cuidador primario debe tener se enfocan a técnicas que involucran el conocimiento práctico, relacionado con la movilidad del paciente y su autocuidado para evitar lesiones físicas del propio cuidador. Dentro de estas técnicas se tienen contempladas a las siguientes.

### **Demostraciones de Posiciones en Cama**

Entre las posiciones que el cuidador primario debe conocer para la movilización del paciente según Krozier se encuentran las siguientes

➤ Fowler, posición semisentada manteniendo la cabecera y el tronco elevados a 45° a 90° grados las rodillas pueden o no estar flexionadas.

➤ Dorsal, la posición acostada sobre el dorso o apoyada sobre la espalda, la cabeza y hombros del paciente están algo elevados gracias a una pequeña almohada.

➤ Prono, el paciente descansa sobre el abdomen y tiene la cabeza hacia un lado, la cadera no están flexionada, uno o los dos brazos flexionados.

➤ Decúbito lateral, El paciente está apoyado sobre una parte del cuerpo, flexionando la cadera y la rodilla de encima y colocando esa pierna delante del cuerpo se forma una base de apoyo triangular y se consigue mayor estabilidad.

➤ Sims, la posición del paciente está a medio camino entre la posición prona y la lateral, el brazo situado abajo del paciente está colocado detrás y el brazo de encima esta flexionado a nivel del hombro y codo, las dos piernas flexionadas adelante, pero la flexión de la cadera y rodilla es mayor en la pierna de encima que en la de abajo.

La técnica para la Movilización en cama incluye el desplazamiento hacia la cabecera, colocación prona, rodarlo, sentarse en la cama. Desplazamiento hacia arriba, si el paciente coopera decirle que se agarre de la cabecera, que se apoye en los codos flexionando caderas y rodillas, apoyando los pies para que se impulse, en caso que el paciente no coopere al cien por ciento coloque un brazo por debajo de los muslos del paciente y así sostiene la parte más pesada del cuerpo y presione el colchón con el otro brazo y pida al paciente que se empuje con los talones. El cuidador primario debe protegerse de lesiones por una inadecuada técnica por lo que la mecánica corporal debe tenerse presente en estos movimientos.

➤ Cuando hay dos personas para su movimiento entrelace los brazos de cada una de ellas por debajo de los muslos y hombros del paciente y realizar el movimiento; cuando es con una sabana se toma de la parte más justa de cada



lado una mano a nivel de los hombros y la otra a nivel de nalgas y se hace el movimiento hacia arriba.

➤ Para moverlo a una posición de lado acerca al paciente al lado de la cama contraria al que quedará mirando cuando se vuelva, acomode la cabeza y las piernas del paciente lo más cómodo posible ponga el brazo más cercano sobre su pecho cruce el tobillo y el pie cercano sobre el más lejano la pierna que queda arriba flexionada para favorecer el giro; sitúese en un lado de la cama en el que el paciente dará la vuelta al nivel de la cintura y lo más cerca del paciente, inclínese hacia adelante flexionando cadera, rodilla y tobillo, para ampliar su base adelante un pie y apoye el peso sobre él y gire, deje al paciente de lado con brazos y piernas bien colocados dejando la mano que quede debajo de manera extendida y la de encima flexionada al pecho.

➤ Para rodar a un paciente coloque los brazos cruzados sobre el pecho para evitar lesión, incline el tronco cadera y tobillos coloque los brazos por debajo del paciente y tire el paciente sobre el lado de la cama, pase al otro lado de la cama, para poner los dispositivos necesarios, coloque la cabeza del paciente con unas almohadillas para ayudar la alineación y también sobre las piernas.

➤ Para ayudar a sentar al paciente, ayudar al paciente a ponerse de lado colocar los pies y las piernas al borde de la cama de modo de que el paciente pueda sacar fácilmente los pies de la cama y con la fuerza de gravedad lo ayude a sentar; situarse a altura de la cadera del paciente y de frente adelantando un pie inclinando el cuerpo para adelante flexionando cadera rodilla y tobillo coloque un brazo bajo los hombros y el otro bajo los muslos y gire a la dirección deseada

➤ Enseñarlo a sentarse solo rodar hacia el lado de la cama y elevar la pierna, sujete el borde del colchón con el brazo de abajo y con el puño del brazo de

encima; empuja hacia arriba con los brazos mientras los talones y las piernas se deslizan en el borde del colchón

Otras técnicas que comprenden el conocimiento y habilidad motora en el aprendizaje del cuidador primario están centradas en las de ejercicio y movimiento que se describen a continuación.

### **Arco de Movimientos Articulares**

#### **➤ CUELLO**

Flexión desde la postura erguida mover la cabeza hacia adelante hasta tocar el tórax con la mandíbula.

Extensión, mover la cabeza desde la postura o flexión hacia la posición erguida

Híper extensión, Mover la cabeza hacia atrás lo más posible.

Flexión lateral; mover la cabeza lateralmente hacia los hombros derecho e izquierdo.

Rotación, Volver la cara hacia la derecha y la izquierda lo más posible.

#### **➤ HOMBRO**

Flexión, con los brazos a los lados del cuerpo, elevarlos hacia adelante y hacia arriba, acercándolos a la cabeza.

Extensión, estando en posición vertical junto a la cabeza, mover los brazos hacia adelante y abajo hasta dejarlos en posición de reposo a los lados del cuerpo.

Híper extensión, mover los brazos desde la posición lateral a la parte de atrás del cuerpo.

Abducción, mover los brazos desde la posición de reposo hacia los lados y por encima de la cabeza, con las palmas de las manos vueltas hacia afuera.

Aducción, mover los brazos desde su posición lateral y llevarlos hacia adelante lo más lejos posible, los codos pueden estar estirados o flexionados.

Circunducción, mover los brazos hacia adelante, arriba, atrás y abajo dibujando un círculo completo.

Rotación externa, con el brazo elevado a nivel del hombro el codo flexionado en ángulo recto, y los dedos apuntando hacia abajo, elevar el brazo de modo que los dedos apunten hacia arriba.

Rotación interna, con los brazos a la altura de los hombros, los codos doblados en ángulo recto y los dedos hacia arriba, llevar el brazo hacia adelante y debajo de modo que los dedos queden mirando hacia abajo.

#### ➤ CODO

Flexión, llevar los antebrazos hacia adelante y hacia arriba hasta tocar los hombros con las manos.

Extensión, llevar los antebrazos adelante y hacia abajo manteniendo derechos los brazos.

Rotación para la supinación, girar las manos y los antebrazos de modo que las palmas de las manos miren hacia arriba.

Rotación para la pronación, girar las manos y los antebrazos de modo que las palmas de las manos queden mirando hacia abajo.

#### ➤ MUÑECA

Flexión, mover los dedos de cada mano en dirección a la cara interna del antebrazo.

Extensión, enderezar las manos para que queden en el mismo plano que los brazos.

Híper extensión, doblar los dedos de las manos hacia atrás lo más posible.

Flexión radial, doblar las muñecas del lado del pulgar con la mano en supinación.

Flexión cubital, con la mano en supinación doblar las muñecas hacia lado del meñique.

➤ MANOS Y DEDOS

Flexión, cerrar el puño de ambas manos

Extensión, enderezar los dedos de ambas manos

Híper extensión, doblar los dedos hacia atrás lo más posible

Abducción, separar los dedos de ambas manos

Aducción, juntar los dedos de ambas manos.

➤ DEDO PULGAR

Flexión, desplazar el pulgar por la palma de la mano acercándolo al dedo meñique.

Extensión, mover el pulgar separándolo de la mano.

Abducción, extender lateralmente los pulgares

Aducción, extender los pulgares hacia atrás.

Oposición, tocar los pulgares, la punta de los demás dedos de la misma mano, con el pulgar se realizan movimientos de abducción, rotación y flexión.

➤ CADERA

Flexión, mover cada pierna hacia delante y hacia arriba, la rodilla flexionada o extendida.

Extensión, dejar una de las piernas flexionadas sobre la otra.

Híper extensión, con la pierna en extensión mover cada una de ellas hacia la parte de atrás del cuerpo.

Abducción, separar cada pierna hacia un lado.

Aducción, mover cada pierna hacia la otra y cruzarla por delante.

Circunducción, mover cada pierna hacia atrás arriba un lado abajo en círculo.

Rotación interna, gire el pie y la pierna hacia adentro de modo que los dedos apunten lo más lejos hacia la otra pierna.

Rotación externa, gire el pie y la pierna hacia fuera de modo que los dedos apunten lo mas lejos de la otra pierna.

➤ RODILLA

Flexión, doblar cada pierna llevando el tobillo hacia la parte posterior del muslo.

Extensión, enderezar la pierna colocando el pie en su posición habitual junto al otro.

➤ TOBILLO

Extensión, dirigir la punta de los dedos hacia abajo

Flexión, dirigir la punta de los dedos hacia arriba

➤ PIE

Eversión, volver la punta de pie hacia afuera.

Inversión, volver la punta hacia adentro.

➤ DEDOS DEL PIE

Flexión, doblar las articulaciones de los dedos hacia abajo.

Extensión, enderezar los dedos

➤ TRONCO

Flexión, doblar el tronco hacia los dedos de los pies.

Extensión, enderezar el tronco previamente flexionado

Híper extensión, doblar el tronco hacia atrás

Flexión lateral, doblar el tronco hacia la derecha o izquierda.

Rotación, girar las partes superior del cuerpo hacia un lado u otro.<sup>43</sup>

Los conocimientos y habilidades motoras que debe aprender el cuidador primario son múltiples y variados, estas se convierten en elementos indispensables para dar la atención a los pacientes neurológicos y evitar los peligros de complicación por inmovilidad. Este programa dirigido a los cuidadores primarios, abarcaron conocimientos sobre conceptos, causas, complicaciones y cuidados sobre las

posibles complicaciones. De igual forma se abarcó el aprendizaje de técnicas específicas que facilitaron el desarrollo de la habilidad motora.

## V. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1 Tipo de estudio

El presente estudio analítico fue una investigación de intervención educativa, donde se evaluó antes y después de una intervención a un grupo de cuidadores primarios de pacientes neurológicos con riesgo de síndrome de desuso. Este estudio se desarrolló en tres etapas. En la primera etapa se llevó a cabo la caracterización de pacientes neurológicos (Anexo 2) y la caracterización de los cuidadores primarios, una vez que se identificaron a los cuidadores primarios se les aplicó una encuesta para explorar sus conocimientos y una guía de observación para las habilidades motoras (Anexo 3 y 4), en la segunda etapa se llevó a cabo una intervención educativa (Anexo 5), con la finalidad de capacitar al cuidador primario para evitar la aparición síndrome de desuso. Y una tercera etapa donde se evaluó los conocimientos y habilidades motoras del cuidador en diferentes momentos. (Anexo 5 y 6).

### 5.2 Lugar y tiempo programado para el estudio

Esta investigación se implementó en la ciudad de San Luis Potosí, durante el periodo de 2008-2009. La recolección de los datos se llevó a cabo en el Hospital General de Zona No.1 Lic. Ignacio García Téllez con Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en los servicios de medicina interna y cirugía.

### 5.3 Población.

La población de estudio fueron 12 cuidadores primarios que tuvieron pacientes internados por un evento neurológico presentado por primera vez durante el periodo de abril a julio del 2009 en los servicios de Medicina interna y Cirugía.

## 5.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

### 5.4.1. Inclusión.

- a. Personas que en ese momento se identificaron como cuidadores primarios de pacientes con problemas neurológicos hospitalizados por primera vez y sin complicación.
- b. Que tuvieron edades entre 20 y 60 años, sin problemas de salud incapacitante para el cuidado.
- c. Que fueran hombres o mujeres
- d. Que previa información a los cuidadores primarios desearon participar en la intervención educativa teórico-práctica incluyendo la evaluación dentro y fuera del hospital, aceptaron y firmaron consentimiento informado.

### 5.4.2. Exclusión.

No hubo exclusión de Cuidadores una vez iniciada la intervención educativa o que delegaran la atención del paciente a otro cuidador.

### 5.4.3. Eliminación

No se presentó la eliminación de cuidadores primarios por complicación del paciente, por procedencia de otros estados, por incapacitaron o abandono de participación, por fallecimiento de pacientes o cuidadores durante el proceso de recolección de datos.



## **5.5 Instrumento de recolección de la información (diseño, validación y confiabilidad)**

**5.5.1 Guía de identificación del paciente con problema neurológico** en riesgo del síndrome de desuso, este fue contestado por el investigador para determinar si el paciente era candidato a incluirse en la investigación el cual contenía datos socio demográficos y estuvo diseñada en base al diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso tomando en cuenta solamente tres de los cinco factores de riesgo ya que son los aplicables a la patología neurológica como son alteración a nivel de conciencia, parálisis y la inmovilización prescrita, incluyendo las once posibles complicaciones por inmovilidad: riesgo de úlceras por presión, estreñimiento, estasis de secreciones pulmonares, trombosis, infección del tracto urinario o retención de orina, disminución de la fuerza o resistencia, hipotensión ortostática, reducción de la movilidad articular, desorientación, alteración de la imagen corporal e Impotencia (anexo 2).<sup>10</sup>

**5.5.2 Encuesta de conocimientos del cuidador primario**, esta se aplicó antes y después de una intervención educativa, el primer apartado incluyó datos sociodemográficos, del cuidador primario; el segundo apartado se presentaron los ítems de las once posibles complicaciones de la inmovilidad, cada una de este contó con cuatro preguntas cerradas sobre concepto, causas, complicación y cuidado; la agrupación de preguntas en cada una de esta áreas evaluadas se denominaron las cuatro "C". Cada pregunta tuvo un valor de respuesta correcta de un punto, para un total de 44 puntos. Su forma de ponderación fue evaluada de la siguiente forma: B=bien de 34-44 puntos, R=regular de 23- 33, y D=deficiente menos de 22 puntos. Las áreas evaluadas de las cuatro "C" también fueron calificadas de manera individual por cada complicación. (Anexo 3).

**5.5.3 Guía de observación para la evaluación de habilidades motoras.** Esta se centró en dos aspectos las primeras 16 observaciones evaluaron seis de las posibles complicaciones por la inmovilidad y las últimas seis observaciones evaluaron autocuidado en el cuidador primario. Entonces el primer apartado lo constituyeron las siguientes observaciones; úlceras por presión (3 ítems), estreñimiento (2 ítems), estasis de secreciones pulmonares (3 ítems), infección del tracto urinario o retención de orina (3 ítems), disminución de la fuerza o resistencia y reducción de la movilidad articular (5 ítems). En el segundo apartado fue observado el autocuidado basado en el uso apropiado de la mecánica corporal por el cuidador primario. En total este instrumento consto de 22 ítems al ser observados y se evaluó en la escala de: Bien, Regular, Deficiente y No aplica (según la condición del paciente).

La ponderación de cada una de las actividades motoras realizadas por el cuidador se hizo de manera numérica. El valor máximo de cada una de ellas tuvo el valor de 1.0 puntos en caso de que estuviera bien realizada "B", 0.75 si fue realizada de manera regular "R", y 0.5 fue obtenido en caso de haber sido realizada de manera deficiente "D", cuando No aplicaba la actividad se señaló con "NA" y esta puntuación era restada al total de actividades realizadas y de esa forma se obtuvo un total real sobre actividades realizadas.

Por último se realizó la sumatoria y se le otorgó calificación en la siguiente escala:

Bueno: 8-10 puntos

Regular: 7.9-6 puntos

Deficiente menos de 5.9 puntos

El instrumento evaluó la habilidad motora antes y después de una intervención educativa del cuidador primario. En total fueron tres evaluaciones posteriores, la primera fue inmediata a la intervención educativa, la segunda a la semana después de la intervención y la tercera al mes.

## **5.6 Prueba piloto**

La prueba piloto se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social Clínica No 1 con Medicina Familiar, en el mes de abril a mayo del 2009 en el servicio de Cirugía, previa autorización de las autoridades. Se aplicó a tres cuidadores primarios de pacientes neurológicos conforme a todo el proceso de la intervención educativa, a fin de verificar su factibilidad. De acuerdo con los resultados de esta prueba se realizarán los ajustes pertinentes para la recolección definitiva de los datos. Las modificaciones a los instrumentos fueron en relación a la forma de redactar algunas preguntas, además se modificó la forma de evaluación se incluyó la escala cuantitativa de 0 a 10 en el instrumento de habilidades motoras.

La validación de los instrumentos fue mediante Alfa de Crobach obteniendo para la guía de caracterización del paciente con problema neurológico en riesgo de síndrome de desuso fue de .72, la encuesta sobre conocimiento del cuidador primario de .73 y para la guía de observación de habilidad motora del cuidador primario de .77 con lo que se obtuvo la consistencia interna válida para dichos instrumentos.

## **5.7 Plan de recolección de los datos (procedimiento)**

La recolección de los datos se llevó a cabo en tres etapas las cuales se describen a continuación:

En una primer etapa se identificaron a los pacientes neurológicos de primer evento con la aplicación del instrumento de la guía de caracterización a pacientes neurológicos, donde incluye algunos datos sociodemográficos, factores de riesgo y las once posibles complicaciones que menciona el diagnóstico enfermero riesgo de síndrome de desuso (anexo 2). Una vez identificados los pacientes en un primer evento y que no presentara ninguna complicación por inmovilidad, dentro de unidad del paciente se les aplico dicho instrumento en donde se evaluó los

---

<sup>50</sup> Montalvo PA. Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena: Av. Enferm., 2007; XXV (2): 94-5

<sup>51</sup> Báez HF, Hernández AJ, Marin ChA, Villegas VM. Intervención educativa de enfermería a personas con diabetes mellitus: Desarrollo Cientif. Enferm., 2009;17(6):252-5

<sup>52</sup> Andrade CR, Pérez BI, Méndez BL. Apoyo de enfermería a las actividades que realizan los cuidadores informales de adultos mayores hospitalizados: Desarrollo Cient. Enferm. 2007;15(2):52-55

<sup>53</sup> Canto PC, Rosales CR, Medina PS. Influencias de apoyo educativo sobre la capacidad de auto cuidado podal en diabéticos con neuropatía periférica: Desarrollo Cientif. Enferm. 2009;17(6):256-60

<sup>54</sup> González ED. Habilidad de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por diabetes mellitus Av. Enferm., 2006; XXIV (2): 33-5

<sup>55</sup> Vega AO. Habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de discapacitados por enfermedad cerebrovascular del norte de Santander. Facultad ciencias de la salud Universidad Francisco de Paula Santander.

<sup>56</sup> Niño GA, Jordán JM. Apoyo educativo en rehabilitación física al agente de cuidado dependiente del paciente con hemiplejía: Desarrollo Cient. Enferm. 2007;15(9):395-98

# ANEXOS

## ANEXO 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS  
POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
MAESTRÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA  
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



### Diagnóstico Enfermero

Clase: Actividad/ejercicio movimientos de partes del cuerpo (movilidad) hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

Diagnóstico Enfermero: RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO

|   |              |
|---|--------------|
| RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO<br>(1988)  | Código 00040 |
| Definición: Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo esquelética prescrita o inevitable  |              |
| Factores de riesgo:<br>a. Alteración del nivel de conciencia<br>b. Parálisis<br>c. Inmovilización prescrita   |              |
| Nota. Las complicaciones de la inmovilidad puede incluir:<br>1 Ulceras por presión<br>2 Estreñimiento<br>3 Estasis de secreciones pulmonares<br>4 Trombosis<br>5 Infección del tracto urinario o retención de orina<br>6 Disminución de la fuerza o resistencia<br>7 Hipotensión ortostática<br>8 Reducción de la movilidad articular<br>9 Desorientación<br>10 Alteración de la imagen corporal<br>11 Impotencia |              |

ANEXO 2



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS  
POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
MAESTRÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA  
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Guía de caracterización para identificar el factor de riesgo del paciente con problema neurológico en el diagnóstico enfermero en riesgo de síndrome de desuso.

**Datos generales.**

Nombre del Paciente. \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso del paciente \_\_\_\_\_

**Factores de riesgo.**

SI NO NA

Alteración en el nivel de conciencia \_\_\_\_\_

Inmovilidad Prescrita \_\_\_\_\_

Parálisis \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa:

**Alteración en el nivel de conciencia**

- Coma,
- Estuporoso
- Somnoliento
- Aletargado
- Consiente

**Inmovilidad**

- Sedado
- Con aditamento (Barandales)
- Ventilador Mecánico
- Posición

**Parálisis**

- Hemiplejia,
- Parapléjico
- Diplejía
- Cuadruplejia

Posibles complicaciones del Dx. Enfermero Riesgo de Síndrome de Desuso.

A continuación se presentan riesgos de complicación para el paciente con problemas neurológicos.

| Riesgo de Complicaciones                              | Alto | Moderado | Leve | Ausente | N.A |
|---|------|----------|------|---------|-----|
| 1. Ulceras por presión                                |      |          |      |         |     |
| 2. Estreñimiento                                      |      |          |      |         |     |
| 3. Estasis de secreciones pulmonares                  |      |          |      |         |     |
| 4. Infección del tracto urinario y retención de orina |      |          |      |         |     |
| 5. Trombosis  |      |          |      |         |     |
| 6. Disminución de la fuerza muscular o resistencia    |      |          |      |         |     |
| 7. Impotencia   |      |          |      |         |     |
| 8. Hipotensión Ortostática                            |      |          |      |         |     |
| 9. Reducción de la movilidad articular                |      |          |      |         |     |
| 10. Desorientación                                    |      |          |      |         |     |
| 11. Alteración de la imagen corporal                  |      |          |      |         |     |

No. Folio \_\_\_\_\_



**ANEXO 3**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**  
**MAESTRÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE**  
**ENFERMERÍA**



Encuesta sobre Conocimiento del Cuidador Primario

No FOLIO \_\_\_\_\_

**Objetivo del Instrumento:**

El presente cuestionario nos permitirá identificar los conocimientos obtenidos del cuidador primario sobre la atención al paciente con problemas neurológicos en base al diagnóstico enfermero riesgo del síndrome de desuso y sus posibles complicaciones de la inmovilidad.

Nombre del Cuidador Primario \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Edo. Civil \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Procedencia \_\_\_\_\_  
Primera vez que cuida: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuantas veces \_\_\_\_\_

Instrucciones para su respuesta:

Encierra en un círculo la respuesta correcta.

- 1.- ¿Qué son las Ulceras por presión?
  - a) Son lesiones de piel y se presentan en gran parte del cuerpo
  - b) Son lesiones de los pies exclusivamente
  - c) Son lesión en cara
  - d) No se
- 2.- ¿Cuáles son las causas de las úlceras por presión?
  - a) El estar en la misma posición
  - b) La inmovilidad y estado nutricional
  - c) Consecuencia de algunas enfermedades
  - d) Todas las anteriores
- 3.- ¿Cuáles son las complicaciones de las úlceras por presión?
  - a) Pérdida de la piel e infecciones agregadas
  - b) Es cuando se lesiona el hueso
  - c) Cuando están semisentados
  - d) Ninguna de las anteriores
- 4.- ¿Qué cuidados le brindaría para las úlceras por presión?
  - a) Movilizarlo, cambiarlo de posición,
  - b) Revisar cambios de coloración en piel (enrojecimiento)
  - c) Mantenerlo seco y limpio
  - d) Todas las anteriores
- 5.- ¿Qué es el estreñimiento?
  - a) Es cuando hay dificultad para eliminar el excremento y está muy dura
  - b) Es cuando la evacuación se elimina rápido
  - c) Es cuando la evacuación es blanda
  - d) No se
- 6.- ¿Cuáles son las causas del estreñimiento?
  - a) La inmovilizarlo y no tomar líquidos
  - b) Es por la ingesta de agua



- c) Es por comer alimentos ricos en fibra
  - d) No se
- 7.- ¿Cuáles son las complicaciones del estreñimiento?
- a) Dejar de comer
  - b) Sangrados y lesión de piel, mucosa y oclusión del Intestino
  - c) No sentir molestia en el área de abdomen
  - d) No se
- 8.- ¿Qué cuidados le darías?
- a) Dar suficiente agua y alimentos ricos en fibra
  - b) Dar masajes siguiendo trayectoria intestinal
  - c) Realizar ejercicio y brindar intimidad para evacuar
  - d) Todas las anteriores
- 9.- ¿Qué es el acumulo de secreciones pulmonares?
- a) Es cuando se le oyen muchas flemas en el área del pulmón del paciente
  - b) Es cuando tenemos acumulamos mucha saliva en la cavidad oral
  - c) Es cuando tenemos infección en la cavidad oral
  - d) No se
- 10.- ¿Causas que originen el acumulo de secreciones pulmonares?
- a) La inmovilidad y dejarlo en una sola posición
  - b) La falta de consumo de líquidos
  - c) Es porque no toma alimentos
  - d) Sola a y b
- 11.- ¿Cuáles son las complicaciones del acumulo de secreciones?
- a) Infecciones en el aparato respiratorio
  - b) Que se le dificulte respirar
  - c) Que tenga molestias en garganta
  - d) Todas las anteriores
- 12.- ¿Qué cuidados le proporcionarías para evitar el acumulo de secreciones?
- a) Movilizarlo y proporcionarles percusión en zona pulmonar
  - b) Proporcionarle líquidos
  - c) Proporcionar masaje en zona pulmonar o espalda
  - d) Todas las anteriores
- 13.- ¿Qué es la retención de orina?
- a) Que no pueda orinar
  - b) Que la retenga la orina en la vejiga y no pueda eliminarla
  - c) Que tenga dolor al orinar
  - d) No se
- 14.- ¿Cuáles son las causas de la retención de orina?
- a) La inmovilidad, disminución de tono en músculos de vejiga
  - b) El abundante consumo de agua
  - c) El consumo de fármacos
  - d) No se
- 15.- ¿Qué complicaciones nos llevaría la retención urinaria?
- a) Infecciones en el trayecto urinario
  - b) Que orine muchas veces
  - c) Que no orine
  - d) No se
- 16.- ¿Qué cuidados le proporcionarías a evitar la retención urinaria?
- a) Brindarle suficiente contenido de agua
  - b) Colocar lienzos húmedos caliente en zona de vejiga
  - c) Fomentar el ejercicio en el paciente
  - d) Todas las anteriores
- 17.- ¿Qué es lo que entendemos por disminución de la fuerza Muscular?
- a) Que pierda la fuerza para movilizar manos, pierna o alguna parte del cuerpo

- b) Que se caiga y se levante por si solo
  - c) Que se pueda movilizar sin ayuda
  - d) No se
- 18.- ¿Causas nos llevan a disminuir o perder la totalidad de la fuerza Muscular?
- a) La falta de ejercicio y movimiento
  - b) Que este siempre en la misma posición
  - c) Que brinque mucho
  - d) Solo a y b
- 19.- ¿Qué complicaciones nos llevaria a la perdida de la fuerza Muscular?
- a) Que ya no se mueva nada y pierda el movimiento que tiene
  - b) Que se le presenten ulceras
  - c) Que presente acumulo de secreciones
  - d) Todas las anteriores
- 20.- ¿Qué cuidados brindarias para evitar o disminuir la fuerza Muscular?
- a) Ejercicios en brazos y piernas
  - b) Movilización frecuente diferentes posiciones
  - c) Masajes en todo el cuerpo
  - d) Todas las anteriores
- 21.- ¿Qué es la baja de la presión ortostática?
- a) Es cuando se nos baja la presión por estar en una sola posición por mucho tiempo
  - b) Es por una vasoconstricción de vasos sanguíneos
  - c) Alteración en el flujo sanguíneo a nivel cerebral y presión arterial
  - d) Todas las anteriores
- 22.- ¿Qué causa de la baja de presión ortostática?
- a) La falta de movimiento y estar en una sola posición por mucho tiempo
  - b) La falta de alimento
  - c) Ninguna de las anteriores
  - d) No se
- 23.- ¿Qué complicación nos llevaría una baja de presión?
- a) Una lesión mas, a nivel del cerebro
  - b) Es un signo donde indica que hay una disminución de la sangre al cerebro
  - c) Provocar alguna caída y por lo tanto una lesión
  - d) Todas las anteriores
- 24.- ¿Cuidados que le brindarias a una persona con presión baja?
- a) Movilizar al paciente elevar piernas más altas al resto del cuerpo y colocar medias o faja abdominal
  - b) Dejarlo acostado a que descanse
  - c) Dejar al paciente de lado y solo
  - d) No se
- 25.- ¿Qué es disminución de la movilidad articular?
- a) Es la alteración del movimiento de una o más articulaciones del cuerpo
  - b) Es la capacidad de mover codo y muñeca
  - c) Es la capacidad de mover rodilla y tobollo
  - d) No se
- 26.- ¿Qué causas originan la disminución de la movilidad articular?
- a) La falta de ejercicio y movimiento y provocar contracturas musculares
  - b) El estar solamente en una posición
  - c) La alteración o lesión a nivel cerebral
  - d) Todas las anteriores
- 27.- ¿Qué complicaciones nos llevaria la disminución de la movilidad articular?
- a) La inmovilidad absoluta
  - b) Aparición de la tos
  - c) El poder correr más
  - d) No se

- 28.- ¿Cuáles cuidados le brindaría para evitar la disminución de la movilidad articular?
- Movilidad y masajes
  - Ejercicios activos y pasivos
  - Cambios de posición continuos según el estado del paciente
  - Todos los anteriores
- 29.- ¿Qué es la imagen corporal?
- Es la imagen de nuestro cuerpo,
  - Es el arreglo de nuestra persona
  - Como nos vemos y sentimos
  - Todos los anteriores
- 30.- ¿Cuáles son las causas que nos modificaría la imagen corporal?
- Por enfermedad, el mal arreglo personal, o algún procedimiento quirúrgico
  - El no bañarlos
  - El estar acostado siempre
  - Todas las anteriores
- 31.- ¿Qué complicaciones o problemas nos lleva una modificación en la imagen corporal?
- Bajar nuestra estima, deprimirnos y no querer hacer nada
  - Irnos de paseo o de viaje
  - Sentirnos bien como estamos
  - Sentirse contento
- 32.- ¿Qué cuidados le brindaría para mejorar su imagen?
- El arreglo personal y estimularlo a salir según su condición
  - El explicarle todo lo que se le hace y con qué fin
  - El estar siempre limpio y arreglado
  - Todas las anteriores
- 33.- ¿Qué es la impotencia?
- El querer hacer una cosa y no poderla hacer
  - Es querer estar dormido
  - Es solo estar en una posición
  - No se
- 34.- ¿Causas de la impotencia?
- El no poder hacer las cosas por si mismo
  - El sentirse bien consigo mismo
  - Hacer todo lo que se le venga en gana
  - No se
- 35.- ¿Que posibles complicaciones nos llevaría la impotencia?
- El no querer hacer ninguna actividad
  - Perder por completo la movilidad
  - El no dejarse hacer las cosas como el baño, el comer etc.
  - Todas las anteriores
- 36.- ¿Cuidados que le proporcionarías a este problema de impotencia?
- Brindarle confianza y explicar todo los procedimientos
  - No decirle nada
  - bañarlo
  - No tomarlo en cuenta
- 37.- ¿Qué entiendes por trombosis o trombos?
- Es cuando la sangre se vuelve más líquida
  - Es la formación de grasa en la sangre
  - Es la transformación de la sangre en trombo o coaguló
  - No se
- 38.- ¿Causas que origina la formación de trombos?
- Alteraciones en venas y arterias
  - Alteración en la coagulación
  - Consumo de alimentos ricos en grasas

- d) Todas las anteriores
- 39.- ¿Complicaciones nos llevaría la formación de trombos?
- a) Falta de irrigación de la sangre al cuerpo y poder provocar la muerte
  - b) Dolor en sitio de localización del trombo
  - c) Desprendimiento del trombo
  - d) Todas las anteriores
- 40.- ¿Qué cuidados darías para evitar la formación de trombos?
- a) Realizar exámenes continuos de sangre
  - b) Hacer ejercicio
  - c) Tomar suficientes líquidos tener un alimento balanceado y tomar medicamentos indicados
  - d) Todas las anteriores
- 41.- ¿Qué entiendes por desorientación?
- a) Confusión en lugar, en mi persona y en el tiempo
  - b) Saber lo que hace
  - c) Saber a dónde voy
  - d) Ninguna de las anteriores
- 42.- ¿Posibles causas de la desorientación?
- a) Parálisis
  - b) Ansiedad y frustración
  - c) envejecimiento
  - d) Todas las anteriores
- 43.- ¿Qué complicación nos llevaría a una desorientación?
- a) Pérdida de la memoria parcial o total
  - b) Dificultad para encontrar palabras
  - c) Dificultad en la secuencia de los números
  - d) Todas las anteriores
- 44.- ¿Qué cuidados darías a una persona desorientada?
- a) Ejercitar la mente con la lectura
  - b) Estimularlo para que realice actividades
  - c) Estar siempre atento a lo que hace
  - d) Todas las anteriores

Calificación del instrumento Encuesta sobre conocimientos del cuidador primario, este fue aplicado en las evaluaciones pre y post intervención educativa. La ponderación del instrumento fue numérica, cada ítem tuvo un valor de 1.0 puntos. La ponderación de los indicadores se muestra a continuación:

Ponderación:

Bueno de 44-34 Preguntas correctas

Regular de 33-23 Preguntas correctas

Deficiente de menos de 22 Preguntas correctas

El total del instrumento se compone de 44 puntos para un total de calificación 10.

Cada "C" se transformó a 10 de calificación para obtener los valores parciales (Conceptos 11 puntos, Causas 11 puntos, Complicaciones 11 puntos y Cuidados 11 puntos) sobre las posibles complicaciones del riesgo de síndrome de desuso.

| <b>Guía de la evaluación de los conocimientos sobre las cuatro "C" de los cuidadores primarios</b> |           |           |              |           |           |
|--|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|
| Indicador  | Concepto  | Causa     | Complicación | Cuidado   | Total     |
| 1.Ulceras por presión  | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 2.Estreñimiento  | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 3.Estasis de secreciones pulmonares  | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 4.Infección del tracto urinario y retención de orina   | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 5.Trombosis  | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 6. Disminución de la fuerza muscular o resistencia   | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 7. Impotencia  | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 8.Hipotensión Ortostática  | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 9.Reducción de la movilidad articular  | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 10.Desorientación  | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| 11.Alteración de la imagen corporal  | 1         | 1         | 1            | 1         | 4         |
| <b>Total</b>   | <b>11</b> | <b>11</b> | <b>11</b>    | <b>11</b> | <b>44</b> |



ANEXO 4  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
MAESTRÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN  
DE ENFERMERÍA



Guía de observación para la evaluación de habilidad motora del cuidador primario.

Objetivo del Instrumento:

La presente guía nos permitirá identificar las habilidades motoras del cuidador primario sobre la atención al paciente con secuelas neurológicas en base al diagnóstico enfermero riesgo del síndrome de desuso y sus complicaciones de la inmovilidad.

Nombre del Cuidador Primario \_\_\_\_\_

|   | ACTIVIDAD MOTOR   | A | D | D1 | D2 |
|---|---|---|---|----|----|
|   | <b>Úlceras por presión.</b>   |   |   |    |    |
| 1   | Lo mantiene limpio, seco y sin arrugas en la ropa   |   |   |    |    |
| 2   | Mantiene aditamentos protectores en zonas de presión                                      |   |   |    |    |
| 3   | Da masaje para estimular la circulación en espalda  |   |   |    |    |
|   | <b>Estreñimiento</b>  |   |   |    |    |
| 4   | Da masaje en zona abdomen bajo siguiendo el orden   |   |   |    |    |
| 5   | Participa en la alimentación oral o por sonda (posición, permeabiliza)                    |   |   |    |    |
|   | <b>Estasis secreciones pulmonares</b>   |   |   |    |    |
| 6   | Palmo percusión el tórax con ambas manos en forma y dirección correcta                    |   |   |    |    |
| 7   | Coloca al paciente en posición adecuada para el drenaje postural                          |   |   |    |    |
| 8   | Demuestra al paciente como realizar ejercicios respiratorios                              |   |   |    |    |
|   | <b>Infección del tracto urinario</b>  |   |   |    |    |
| 9   | Realiza aseo de genitales correctamente   |   |   |    |    |
| 10  | Demuestra cuidados para la sonda y bolsa recolectora de orina                             |   |   |    |    |
| 11  | Mantiene bolsa recolectora por debajo de la cintura y la vacía continuamente              |   |   |    |    |
|   | <b>Disminución de la fuerza o resistencia y Reducción de movilidad articular</b>          |   |   |    |    |
| 12  | Orienta y demuestra ejercicios con aditamentos como mancuernas, pelotas, etc.             |   |   |    |    |
| 13  | Realiza ejercicios pasivos al paciente con técnica correcta                               |   |   |    |    |
| 14  | Fomenta y demuestra los ejercicios activos al paciente dependiendo de su capacidad        |   |   |    |    |
| 15  | Eleva miembros pélvicos para mejorar la circulación                                       |   |   |    |    |
| 16  | Baña y viste al paciente correctamente  |   |   |    |    |
|   | <b>Autocuidado para evitar lesiones físicas</b>   |   |   |    |    |
| 17  | Al agacharse para levantar al paciente, dobla las caderas y rodillas, no dobla la cintura |   |   |    |    |
| 18  | El cuidador separa los pies al momento de movilizar al paciente (30 cm) el uno del otro   |   |   |    |    |
| 19  | El cuidador mantiene su espalda recta   |   |   |    |    |
| 20  | Al levantar al paciente tiene rodillas dobladas y espalda recta                           |   |   |    |    |
| 21  | Utiliza los músculos de sus brazos y piernas. No los músculos de su espalda               |   |   |    |    |
| 22  | Utiliza aditamentos para reducir riesgos de lesión (sábanas, almohadas, bancos de altura) |   |   |    |    |
| 1.- Observaciones de la evaluación de las habilidades motoras antes de la intervención educativa.       |   |   |   |    |    |
| 2.- Observaciones de la evaluación de las habilidades motoras después de la intervención educativa      |   |   |   |    |    |
| 3.- Observaciones de la evaluación de las habilidades motoras después de una semana de la intervención. |   |   |   |    |    |
| 4.- Observaciones de la evaluación de las habilidades motoras después de un mes de la intervención      |   |   |   |    |    |

|          | ACTIVIDAD MOTORAS<br>OBSERVADAS EN LOS<br>CUIDADORES PRIMARIOS PARA<br>OTORGAR CALIFICACIÓN | A |   |   |    | D |   |   |    | D1 |   |   |    | D2 |   |   |    |
|----------|---|---|---|---|----|---|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|
|          |   | B | R | D | NA | B | R | D | NA | B  | R | D | NA | B  | R | D | NA |
| <b>1</b> | <b>Ulceras por presión.</b>   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 1.1      | Lo mantiene limpio  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Lo mantiene seco y sin arrugas en la ropa   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Lubrica piel y da masaje  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Porque lo mantiene limpio, seco y sin arrugas   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 1.2      | Mantiene aditamentos protectores  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Los coloca en zonas de presión  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Le brinda cambios de posición   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Porque mantiene con aditamentos   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 1.3      | Le brinda masaje al paciente en zona de presión   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Lubrica piel del paciente   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Proporciona apoyo con aditamentos   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Para que da el masaje   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| <b>2</b> | <b>Estreñimiento</b>  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 2.1      | Da masaje en zona abdomen   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Da el masaje bajo, siguiendo el tránsito intestinal   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Coloca calor para estimular al intestino (compresas o bolsas de agua caliente)              |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Para que da masaje  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 2.2      | Participa en la alimentación oral o por sonda   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Verifica posición del paciente.   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Permeabiliza sondas de alimentación.  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Verifica altura para la alimentación por sonda. Y para que lo realiza                       |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| <b>3</b> | <b>Estasis secreciones pulmonares</b>   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 3.1      | Da palmo percusión el torax   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Lo realiza con ambas manos en forma y dirección correcta.                                   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Protege la zona donde realiza la percusión  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Para que da palmo percusión   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 3.2      | Coloca en posición adecuada para el drenaje postural  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Le da posición frecuentemente (Cada 2 hrs.)   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Trata de eliminar secreciones que se acumulen en la boca.                                   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|          | Para que le da la posición  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 3.3      | Demuestra al paciente como realizar Eje. Respiratorios.                                     |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |



| ACTIVIDAD MOTORAS OBSERVADAS EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS PARA OTORGAR CALIFICACIÓN |  | A |   |   |    | D |   |   |    | D1 |   |   |    | D2 |   |   |    |
|--|--|---|---|---|----|---|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|
|  |  | B | R | D | NA | B | R | D | NA | B  | R | D | NA | B  | R | D | NA |
|  | Propicia ejercicios respiratorios con diferentes aditamentos (Globos, popotes, espanta suegras etc.) |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Fomenta la tos   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Para que lo hace   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 4  | <b>Infección del tracto urinario</b>   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 4.1  | Realiza aseo de genitales correctamente  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Cada cuando realiza el aseo  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Lo mantiene seco y lo lubrica  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Y porque lo realiza  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 4.2  | Demuestra cuidados a la sonda (Fecha Inst., permeabilidad, aseo)                                     |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Demuestra cuidados a la bolsa recolectora de orina (Fecha, Limpieza)                                 |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Verifica permeabilidad de la sonda   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Verifica que no se acode o doble la sonda  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Para que lo hace   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 4.3  | Mantiene bolsa recolectora por debajo de la cintura  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Vacia continuamente la bolsa   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Evita que este en el suelo   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Para que lo realiza  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 5  | <b>Disminución de la fuerza o resistencia y Reducción de movilidad articular</b>                     |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 5.1  | Orienta sobre ejercicios con aditamentos como mancuernas, pelotas, etc.                              |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Demuestra ejercicios con aditamentos mencionados   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Posterior a los ejercicios brinda masaje para mejorar circulación.                                   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Para que demuestra y realiza   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 5.2  | Realiza ejercicios pasivos al paciente con técnica correcta  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Con que frecuencia realiza los ejercicios (Demostración)   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Lo coloca en una posición cómoda para el paciente.   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|  | Para que los realiza (Explique)  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 5.3  | Fomenta los ejercicios activos dependiendo de su capacidad   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |

|     | ACTIVIDAD MOTORAS<br>OBSERVADAS EN LOS<br>CUIDADORES PRIMARIOS PARA<br>OTORGAR CALIFICACIÓN  | A |   |   |    | D |   |   |    | D1 |   |   |    | D2 |   |   |    |
|-----|--|---|---|---|----|---|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|
|     |  | B | R | D | NA | B | R | D | NA | B  | R | D | NA | B  | R | D | NA |
|     | Demuestra los ejercicios activos dependiendo de su capacidad   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|     | Evita agotarlo sobre las sesiones de ejercicio y como lo percibe el agotamiento el cuidador.<br>Para que fomente y demuestre   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 5.4 | Eleva miembros pélvicos para mejorar la circulación  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|     | Utiliza algún aditamento para mantenerlo cómodo en el levantamiento de miembros pélvicos.<br>Con que frecuencia<br>Para que  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 5.5 | Baña al paciente correctamente, siguiendo un orden céfalo caudal   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|     | Reúne material para el baño del paciente.<br>Evita que el paciente pierda calor durante el baño, lo seca y lo viste rápidamente<br>Para que lo realiza                                   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 6   | <b>Autocuidado para evitar lesiones físicas</b>  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 6.1 | El cuidador primario al agacharse para levantar al paciente, Flexiona cintura y caderas  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|     | El cuidador al agacharse para levantar al paciente, dobla o flexiona rodillas,<br>El cuidador al agacharse flexiona cintura y cadera pero además también rodillas<br>Para que lo realiza |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 6.2 | El cuidador separa los pies al momento de movilizar al paciente  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|     | El cuidador separa los pies aproximadamente (30 cm) el uno del otro al movilizar al paciente.<br>Utiliza apoyo en piernas<br>Para que lo realiza (Que justifique)                        |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 6.3 | El cuidador mantiene su espalda recta  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|     | Se ayuda de la fuerza de brazos y piernas<br>Se ayuda apoyándose de la cama del paciente   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |

factores de riesgo como el estado de conciencia, la inmovilidad preinscrita y la parálisis en este momento se vio el riesgo de complicación que tenían cada uno de ellos de presentar alguna de las once posibles complicaciones por inmovilidad en base a los factores de riesgo detectados. Una vez evaluados cada uno de los pacientes se identificaron a los cuidadores primarios donde se les brindó la información de manera concreta sobre el propósito de la investigación y los fines académicos así como la confidencialidad respecto a su identidad y el carácter de su participación con la firma de la carta de consentimiento informado (anexo 6).

Una segunda etapa fue donde se aplicaron las encuestas de conocimientos pre intervención educativa a los cuidadores primarios (anexo 3). Posteriormente a esta evaluación de manera personalizada y directa se implementó la intervención educativa en base a los factores de riesgo de presentar alguna posible complicación por inmovilidad exclusivamente de su paciente, esta se llevó a cabo en cada una de las unidades de estos ya que por su estado de salud era imposible dejarlos solos, la metodología que se utilizó fue a través de información directa, carteles y demostraciones y fue en base a las necesidades de su paciente específicamente y enfocadas a las posibles complicaciones de la inmovilidad del diagnóstico enfermero riesgo del síndrome de desuso y además a la habilidad motora del cuidador.

La tercera etapa se llevó a cabo la evaluación post intervención del cuidador primario sobre los conocimientos y habilidades motoras proporcionadas por el investigador, esta se llevó en tres momentos primero donde el cuidador primario contestó la encuesta de conocimientos que anteriormente se mencionaron (anexo 3). Un segundo momento en donde el cuidador primario demostró las habilidades motoras aprendidas y en ese momento el investigador evaluó, corrigió y retroalimentó (anexo 4). Y un tercer momento donde se evaluó con dos evaluaciones, una a la semana y la otra al mes independientemente si el paciente fue dado de alta.

Cuando el paciente egreso del hospital y se requirió una evaluación en su domicilio la investigadora se traslado hacia el lugar para concluir el proceso y mantener el rigor de la metodología en el domicilio.

#### **5.8 Procesamiento de datos (plan de análisis)**

Una vez recolectada la información obtenida de los instrumentos se proceso a través del sistema de computo utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0, se elaboró base de datos, las respuestas se codificaron y se analizaron. Fue utilizada la estadística descriptiva para obtener medidas de tendencia central y de dispersión. Para la prueba de hipótesis se aplicó la t de Student pareada en a la obtención de las diferencias entre grupo antes y después de la intervención con un nivel de confianza de 95% y un error de .05

#### **5.9 Consideraciones éticas**

Una vez aprobado por el Comité de ética de la Institución Educativa y por el Comité del Instituto Mexicano del Seguro Social se llevó a cabo la implementación del proyecto. Las consideraciones éticas cumplen con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (1984).

La investigación en materia de salud cumple con los propósitos del Título primero, Art. 3 relacionado con la prevención y control de los problemas de salud; y el estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o emplean para la prestación de servicios de salud.

Con respecto al Título segundo, De los aspectos éticos de la Investigación en seres Humanos, en lo que corresponde al cumplimiento del Art. 13, se mantendrá

el respeto a la individualidad del cuidador primario sobre su forma de aprendizaje; Art. 21, se protegerá su privacidad y mantendrá el anonimato en cuanto a que no será revelada su información o los datos obtenidos durante el proceso a menos que el participante lo autorice. Art. 16, El paciente neurológico será respetado en su privacidad durante los procedimientos técnicos que se requieran.

En esta investigación se considera el cumplimiento al Art. 14 ya que el conocimiento que se pretende obtener solo puede obtenerse por este medio que consiste en intervenir educativamente sobre el cuidador primario para mejorar la atención, lo que representa un beneficio para el paciente. El inciso V sobre el consentimiento informado, este será solicitado por escrito al cuidador primario en donde accede a participar voluntariamente de la medida educativa. (Anexo 8).

Respecto al consentimiento informado este contendrá información sobre el objetivo del estudio y la intervención; sobre la participación que tendrá en este proceso; la temática a revisar; la evaluación que se llevará a cabo durante el proceso educativo. También este consentimiento contendrá la firma de la responsable de la investigación y los testigos que se solicitan según el artículo correspondiente.

Esta investigación es considerada de riesgo mínimo. Según el art. 17 la presente investigación se considera de primera categoría catalogada la Ley general de salud en materia de investigación, ya que no se expone la vida ni la integridad física del paciente ni del cuidador primario.<sup>45</sup>

## VI. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos conforme a los objetivos planteados en esta investigación, a decir; en primer término la caracterización de pacientes con problemas neurológicos en riesgo de síndrome de desuso, la caracterización de los cuidadores primarios según sus variables socio demográficas, sus conocimientos relacionados con problemas neurológicos, el nivel de habilidad motora del cuidador primario, ambos antes y después de la intervención educativa. Finalmente se presenta los resultados de la prueba de hipótesis.

### 6.1 Caracterización de pacientes con problemas neurológicos

En la población de estudio se pudo observar que no existe diferencia en cuanto a la presencia de problemas neurológicos en relación al sexo, sin embargo hace notar que casi un 25% con relación a la edad corresponde a los adultos jóvenes. (Ver cuadro1).

Cuadro No.1 Caracterización de pacientes neurológicos.  
IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí SLP., julio, 2009

N=12

| Variable    | No | %    |
|-------------|----|------|
| <b>Sexo</b> |    |      |
| Masculino   | 6  | 50   |
| Femenino    | 6  | 50   |
| <b>Edad</b> |    |      |
| 15-24       | 1  | 8.3  |
| 35-44       | 2  | 16.7 |
| 45-54       | 3  | 25   |
| 55 a mas    | 6  | 50   |

Fuente: Directa.

Según el diagnóstico enfermero "Riesgo de síndrome de desuso", en los pacientes hospitalizados con problemas neurológicos se observó el 75% con alteración en el estado de conciencia, cursando con letargo, somnolencia y estupor, en cuanto a la inmovilidad prescrita el 83.3% presentó inmovilidad por algún aditamento y en relación a parálisis más de la mitad presentó hemiplejía, es necesario señalar que estos datos clínicos fueron observados en el primer momento de aplicar el instrumento, y de esta forma se identificó el diagnóstico enfermero "Riesgo de síndrome de desuso" (Ver cuadro 2).

**Cuadro 2. Factores de riesgo en pacientes neurológicos.  
IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí SLP., julio, 2009**

N=12

| Datos clínicos   | Factores de riesgo                    |      |           |      |                       |      |
|------------------|---------------------------------------|------|-----------|------|-----------------------|------|
|                  | Alteración en el estado de conciencia |      | Parálisis |      | Inmovilidad prescrita |      |
|                  | No                                    | %    | No        | %    | No                    | %    |
| Hemiplejía       |                                       |      | 8         | 66.7 |                       |      |
| Displejía        |                                       |      | 2         | 16.7 |                       |      |
| Paraplejía       |                                       |      | 2         | 16.7 |                       |      |
| Algún Aditamento |                                       |      |           |      | 10                    | 83.3 |
| Sedado           |                                       |      |           |      | 1                     | 8.3  |
| Posición         |                                       |      |           |      | 1                     | 8.3  |
| Consciente       | 4                                     | 33.3 |           |      |                       |      |
| Estuporoso       | 1                                     | 8.3  |           |      |                       |      |
| Letárgico        | 4                                     | 33.3 |           |      |                       |      |
| Somnoliento      | 3                                     | 25   |           |      |                       |      |

Fuente: Directa

Con base al diagnóstico enfermero que establece el riesgo para las once posibles complicaciones por inmovilidad, se clasificó el nivel en alto, moderado, leve y ausente. Obteniendo que ocho de las complicaciones se ubicaron como riesgo alto en más del 50% de los pacientes. Los sistemas más afectados para riesgo alto fueron cardiovascular, músculo esquelético y respiratorio. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Nivel de riesgo para complicación por inmovilidad de pacientes neurológicos. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009

N=12

| Posibles Complicaciones                         | Nivel de Riesgo |      |          |      |      |    |         |      |
|---|-----------------|------|----------|------|------|----|---------|------|
|   | Alto            |      | Moderado |      | Leve |    | Ausente |      |
|   | No.             | %    | No.      | %    | No   | %  | No      | %    |
| Ulceras por presión                             | 7               | 58.3 | 5        | 41.7 |      |    |         |      |
| Estasis de secreciones                          | 8               | 66.7 | 4        | 33.3 |      |    |         |      |
| Estreñimiento                                   | 7               | 58.3 | 5        | 41.7 |      |    |         |      |
| Infección del tracto Urinario                   | 7               | 58.3 | 2        | 16.7 | 3    | 25 |         |      |
| Trombosis                                       | 11              | 91.7 | 1        | 8.3  |      |    |         |      |
| Disminución de la fuerza muscular o resistencia | 11              | 91.7 | 1        | 8.3  |      |    |         |      |
| Impotencia                                      | 2               | 16.7 | 3        | 25   |      |    | 7       | 58.3 |
| Hipotensión Ortostática                         | 10              | 83.3 | 2        | 16.7 |      |    |         |      |
| Reducción de la movilidad articular             | 10              | 83.3 | 2        | 16.7 |      |    |         |      |
| Desorientación                                  | 5               | 41.7 | 3        | 25   | 3    | 25 | 1       | 8.3  |
| Alteración en la imagen corporal                | 1               | 8.3  | 4        | 33.3 |      |    | 7       | 58.3 |

Fuente: Directa

## 6.2 Caracterización de cuidadores primarios.

La totalidad de cuidadores primarios que participaron en la intervención educativa fueron mujeres, sin embargo las tres terceras partes de estos cuidadores son casadas y el lazo consanguíneo que las une al paciente son hijas, más de la mitad cuenta con educación media y la otra mitad son técnico y profesional y la actividad principal de ellas son amas de casa. en cuanto a la edad el grupo de 20 a 40 años de población corresponde a la mitad de la población joven y la otra mitad se encuentra en el rango de 41 a 60 años lo cual condiciona a riesgo de lesión (Cuadro 4).



**Cuadro 4. Características de Cuidadores primarios de pacientes con problemas neurológicos. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009**

| Característica        | No. | N=12 |
|-----------------------|-----|------|
|                       |     | %    |
| <b>Sexo</b>           |     |      |
| Femenino              | 12  | 100  |
| <b>Edad</b>           |     |      |
| 51-60                 | 3   | 25   |
| 41-50                 | 3   | 25   |
| 31-40                 | 4   | 33.3 |
| 21-30                 | 2   | 16.7 |
| <b>Ocupación</b>      |     |      |
| Ama de casa           | 8   | 66.7 |
| Otros                 | 4   | 33.3 |
| <b>Escolaridad</b>    |     |      |
| Primaria              | 2   | 16.7 |
| Secundaria            | 6   | 50   |
| Técnico y profesional | 4   | 33.3 |
| <b>Parentesco</b>     |     |      |
| Hija                  | 9   | 75   |
| Otro                  | 3   | 25   |
| <b>Estado Civil</b>   |     |      |
| Casado                | 9   | 75   |
| Otro                  | 3   | 25   |

Fuente: Directa

### 6.3 Nivel de conocimiento del cuidador primario.

El nivel de conocimiento identificado en el cuidador antes de la intervención educativa fue de "Regular" a "Deficiente" y se incrementó gradualmente a "Bueno" en cada evaluación que se les aplicó (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Nivel de conocimiento del cuidador primario pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009.**

N=12

| Nivel        | Pre       |            | Intervenciones |            |           |            |           |            |
|--------------|-----------|------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|              | No.       | %          | Inmediato      |            | Semana    |            | Mes       |            |
|              | No.       | %          | No.            | %          | No.       | %          | No.       | %          |
| Bueno        | 3         | 25.0       | 8              | 66.7       | 9         | 75         | 11        | 91.7       |
| Regular      | 7         | 58.3       | 4              | 33.3       | 3         | 25         | 1         | 8.3        |
| Deficiente   | 2         | 16.7       |                |            |           |            |           |            |
| <b>Total</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b>      | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> |

Fuente: Directa

En el siguiente cuadro se observan las calificaciones promedios obtenidas por los cuidadores primarios conforme a las áreas evaluadas de conocimiento denominadas en este estudio las cuatro "C" que se refieren a concepto, causa, complicación y cuidado sobre las posibles complicaciones de la inmovilidad (Cuadro 6)

**Cuadro 6. Calificación promedio por áreas pre y post intervención educativa en cuidadores primario IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009**

N=12

| Promedios<br>Conocimiento | Pre | Intervenciones |        |     |
|---------------------------|-----|----------------|--------|-----|
|                           |     | Inmediato      | Semana | Mes |
| Concepto                  | 7.5 | 8.4            | 9.2    | 9.5 |
| Causa                     | 6   | 7.5            | 8.3    | 8.5 |
| Complicación              | 6.4 | 7.8            | 8.6    | 9.1 |
| Cuidado                   | 5.7 | 7.7            | 7.7    | 9   |

Fuente: Directa

Al explorar el conocimientos del cuidador primario en relación a las cuatro "C" sobre la atención del paciente neurológico en la evaluación pre intervención y con base a una escala de 0 a 10, se obtuvo un promedio general de 6.4, y para la evaluación pos intervención de 9.02 registrándose un incremento de 2.62 entre una y otra. En la evaluación pre intervención se puede observar que por cada rubro que integran las cuatro "C", la mayor calificación fue para el área de

conceptos con un promedio de 7.5 y sin embargo la más baja fue para el área relacionada con el cuidado con un promedio de 5.7.

En la evaluación pos intervención el resultado fue inversamente proporcional ya que en el área de conceptos se obtuvo un promedio de 9.5 y en el área del cuidado un promedio de 9.0 sin embargo, la diferencia en el incremento del conocimiento fue mayor en esta última área de 3.3 puntos a diferencia al área de conceptos con solo un incremento de 2.0 puntos.

En los resultados de cada una de las áreas sobre las cuatro "C" se registra que los mayores incrementos inmediatamente después de la intervención educativa, el mayor lo obtuvo el área de cuidado con 2 puntos, a la semana no se registran cambios sin embargo al mes que es la tercera evaluación se registra un aumento de 1.3 puntos lo que la convierte en el área en la que el cuidador fortalece sus conocimientos teóricos ya que antes de la intervención fue el área más débil del cuidador primario.

Con relación a causas y complicaciones son dos áreas que le siguen en el crecimiento al área de cuidado, el comportamiento de éstas fue similar en las evaluaciones que se realizaron de manera inmediata, a la semana y al mes, obteniendo mayor crecimiento que el área de conceptos, que fue el área con mejor puntaje en el pre por lo tanto los incrementos en cada momento de la evaluación fueron menores que los obtenidos en causa, complicación y cuidado.

En los siguientes cuadros se observa el nivel de conocimientos por cada una de las áreas exploradas en donde el cuidador primario fue incrementando su nivel a medida que se realizaron las evaluaciones. (Ver cuadros 7,8, 9 y 10)

**Cuadro 7. Nivel de conocimiento del cuidador primario sobre conceptos pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio, 2009.**

N=12

| Nivel        | Intervenciones |            |           |            |           |            |          |            |
|--------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|----------|------------|
|              | Pre            |            | Inmediato |            | Semana    |            | Mes      |            |
|              | No.            | %          | No.       | %          | No.       | %          | No.      | %          |
| Bueno        | 6              | 50         | 9         | 75         | 11        | 91.6       | 12       | 100        |
| Regular      | 5              | 41.6       | 3         | 25         | 1         | 8.3        | 0        | 0          |
| Deficiente   | 1              | 8.3        | 0         | 0          | 0         | 0          | 0        | 0          |
| <b>Total</b> | <b>12</b>      | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>0</b> | <b>100</b> |

Fuente: Directa

En cuanto al nivel de conocimientos en la evaluación pre intervención el 8.3 de los cuidadores obtuvo un nivel deficiente en conceptos y alcanza en la evaluación inmediata el nivel regular. El 41.6 de los cuidadores primarios obtuvo un nivel de conocimiento regular, mismo que es superado durante las evaluaciones inmediatas y a la semana ya que al mes el 100% de los cuidadores obtiene un nivel de conocimientos bueno sobre los conceptos de las posibles complicaciones por inmovilidad (Cuadro 7).

**Cuadro 8. Nivel de conocimiento del cuidador primario sobre causas pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio, 2009.**

N=12

| Nivel        | Intervenciones |            |           |            |           |            |           |             |
|--------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
|              | Pre            |            | Inmediato |            | Semana    |            | Mes       |             |
|              | No.            | %          | No.       | %          | No.       | %          | No.       | %           |
| Bueno        | 3              | 25         | 5         | 41.6       | 9         | 75         | 8         | 66.6        |
| Regular      | 3              | 25         | 6         | 50         | 2         | 16.6       | 4         | 33.3        |
| Deficiente   | 6              | 50         | 1         | 8.3        | 1         | 8.3        | 0         | 0           |
| <b>Total</b> | <b>12</b>      | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>99.9</b> |

Fuente: Directa

En cuanto al nivel de conocimientos en la evaluación pre intervención el 50% de los cuidadores obtuvo un nivel deficiente en relación a causas y alcanza en la evaluación inmediata 41.7 pasa a un nivel superior quedando el 8.3% mismo que

se mantiene a la semana y que logra superar al mes a un nivel superior. El 25% de los cuidadores primarios obtuvo un nivel de conocimiento regular y bueno respectivamente mismo que fue superado en las evaluaciones inmediata y a la semana ya que al mes el 66.6% y el 33.3% de los cuidadores obtiene un nivel de conocimientos bueno y regular respectivamente sobre las causas de las posibles complicaciones por inmovilidad (Cuadro 8).

**Cuadro 9. Nivel de conocimiento sobre complicaciones del cuidador primario pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio, 2009.**

| Nivel        | N=12      |            |                |            |           |            |           |            |
|--------------|-----------|------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|              | Pre       |            | Intervenciones |            |           |            | Mes       |            |
|              | No.       | %          | No.            | %          | No.       | %          | No.       | %          |
| Bueno        | 2         | 16.6       | 9              | 75         | 10        | 83         | 12        | 100        |
| Regular      | 6         | 50         | 1              | 8.3        | 2         | 16.6       | 0         | 0          |
| Deficiente   | 4         | 33.3       | 2              | 16.6       | 0         | 0          | 0         | 0          |
| <b>Total</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b>      | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> |

Fuente: Directa

En cuanto al nivel de conocimientos en la evaluación pre intervención el 33.3 % de los cuidadores obtuvo un nivel deficiente en relación a posibles complicaciones por inmovilidad y mismo que disminuye al cincuenta por ciento en la evaluación inmediata e incrementa su nivel a regular a la semana por tanto al mes logra superar a un nivel superior, ya que el 100% de los cuidadores se ubica en el nivel bueno (Cuadro 9).

Cuadro 10. Nivel de conocimiento del cuidador primario sobre cuidado pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio, 2009.

N=12

| Nivel        | Intervenciones |            |           |            |           |            |           |            |
|--------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|              | Pre            |            | Inmediato |            | Semana    |            | Mes       |            |
|              | No.            | %          | No.       | %          | No.       | %          | No.       | %          |
| Bueno        | 5              | 41.6       | 6         | 50         | 6         | 50         | 10        | 83.3       |
| Regular      | 5              | 41.6       | 6         | 50         | 5         | 33.3       | 2         | 16.6       |
| Deficiente   | 2              | 16.6       |           |            | 2         | 16.6       |           |            |
| <b>Total</b> | <b>12</b>      | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> |

Fuente: Directa

En cuanto al nivel de conocimientos en la evaluación pre intervención el 16.6% de los cuidadores obtuvo un nivel deficiente en relación a los cuidados sobre las posibles complicaciones por inmovilidad, mismo que desaparece en la evaluación inmediata, llama la atención que este mismo porcentaje aparece como deficiente a la semana para luego desaparecer nuevamente al mes, logrando alcanzar el nivel regular por tanto el 83% de los cuidadores se ubica en el nivel bueno (Cuadro 10).

Cuadro 11. Prueba "t" pareada para nivel de conocimientos del cuidador primario. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009.

N=12

| Intervención               | Media | "t"   | p        |
|----------------------------|-------|-------|----------|
| Conocimiento Pre-Inmediato | 1.55  | 5,643 | .00015   |
| Conocimiento Pre-Semana    | 2.16  | 8,175 | 5,3-006  |
| Conocimiento Pre-Mes       | 2.71  | 6,159 | 7,11-005 |

Fuente: Directa.

Al aplicar la prueba de hipótesis para identificar diferencias en conocimiento entre antes y después de la intervención educativa, el incremento de conocimiento en todas las evaluaciones fueron estadísticamente significativas (Cuadro 11).

A la evaluación general sobre los conocimientos teóricos pre intervención obtuvieron una calificación mínima individual de 3.9 y máxima de 9.3 en una escala de 0 a 10 puntos con un promedio de 6.42 y una desviación estándar de 1.50. En la inmediata se obtuvo una calificación individual mínima de 6.4 y una máxima de 9.5 con un promedio de 7.98 y una desviación estándar de 0.99. A la semana se obtuvo una calificación mínima individual de 6.1 y una máxima de 10 con un promedio de 8.59 y una desviación estándar de 1.18. Para la última que fue al mes una calificación mínima de 7.5 y una máxima de 10 con un promedio de 9.13 y una desviación estándar de 0.78.

Obteniéndose una diferencia de promedios de la pre intervención con la inmediata de 1.5 puntos con una  $t_{11} = 5.6$  y una  $p = .0001$ . Para la evaluación pre intervención y la intervención a la semana se obtuvo una diferencia de promedios de 2.1 puntos, con una  $t_{11} = 8.1$  con  $p = .000$ . Para la última comparación que fue pre intervención con la evaluación al mes obtuvimos una diferencia de promedios de 2.7 puntos con  $t_{11} = 6.1$  y  $p = .000$ .

#### **6.4 Habilidad motora en cuidadores primario.**

En los resultados obtenidos en relación a la habilidad motora de los cuidadores primarios previa a la intervención educativa tres cuartas partes de los cuidadores fue deficiente y el 25% regular, es decir ningún cuidador fue clasificado con habilidad buena. Para la evaluación inmediata el 66.7 de los cuidadores calificados como deficientes pasan a niveles superiores regular y bueno de tal manera que para la semana el 100% calificó a nivel bueno, mismo que se mantiene para la última evaluación realizada al mes. Situación que puede explicarse porque el desarrollo acelerado en las habilidades motoras en el cuidador se refuerza probablemente por demanda la necesidad de su paciente y por la demostración personalizada a cada uno de los cuidadores (Cuadro12).

**Cuadro 12. Evaluación de la habilidad motora del cuidador primario pre y post intervención educativa. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009**

N=12

| Habilidad Motora | Intervención |            |           |            |           |            |           |            |
|------------------|--------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|                  | Pre          |            | Inmediato |            | Semana    |            | Mes       |            |
|                  | No.          | %          | No.       | %          | No.       | %          | No.       | %          |
| Bueno            |              |            | 7         | 58.3       | 12        | 100        | 12        | 100        |
| Regular          | 3            | 25         | 4         | 33.3       | 0         | 0          | 0         | 0          |
| Deficiente       | 9            | 75         | 1         | 8.3        | 0         | 0          | 0         | 0          |
| <b>Total</b>     | <b>12</b>    | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> | <b>12</b> | <b>100</b> |

Fuente: Directa

Al aplicar la prueba de t pareada para la habilidad motora para identificar las diferencias entre el antes y después de la intervención educativa todas las evaluaciones fueron estadísticamente significativas (Cuadro 13).

A la evaluación general sobre las habilidades motoras pre intervención obtuvieron una calificación mínima individual de 5.2 y máxima de 7.2 en una escala de 0 a 10 puntos con un promedio de 5.6 y una desviación estándar de 0.6.

En la evaluación inmediata se obtuvo una calificación individual mínima de 5.2 y una máxima de 9.4 con un promedio de 7.6 y una desviación estándar de 1.3.

A la semana se obtuvo una calificación mínima individual de 8.2 y una máxima de 10 con un promedio de 9.4 y una desviación estándar de 0.5.

Para la última evaluación que fue al mes una calificación mínima de 9.3 y una máxima de 10 con un promedio de 9.75 y una desviación estándar de 0.28.

Obteniéndose una diferencias de promedios de la pre intervención con la inmediata de 2.04 puntos con una  $t_{11}=6.8$  y una  $p=.000$ . Para la evaluación pre intervención y la intervención a la semana se obtuvo una diferencia de promedios de 3.78 puntos con una  $t_{11}=19.7$  y una  $p=.000$ . Para la última comparación que fue



la pre intervención con la evaluación al mes obtuvimos una diferencia de promedios de 4.1 puntos con  $t_{11} = 22.9$  y una  $p = .000$ .

Cuadro 13. Prueba "t" pareada para habilidad motora del cuidador primario. IMSS HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP., julio del 2009.

N=12

|                                | Media | "t"    | p        |
|--------------------------------|-------|--------|----------|
| Habilidad motora Pre-Inmediata | 2.175 | 6.867  | 2,70-005 |
| Habilidad motora Pre-Semana    | 3.791 | 19.702 | 6,27-010 |
| Habilidad motora Pres-Mes      | 4.108 | 22.952 | 1,21-010 |

Fuente: Directa.

## VII. DISCUSIÓN.

Los cuidadores primarios constituyen una estrategia para ampliar la cobertura de servicios de salud hacia los hogares, al capacitarlos se asegura que las personas con problemas neurológicos que sufren reducción de sus capacidades físicas y dependencia de otros, tengan una atención domiciliaria oportuna y adecuada. La discusión de los hallazgos de esta investigación en función de los objetivos planteados y del marco teórico propuesto se presenta a continuación.

Los problemas neurológicos se encuentran en los primeros cinco lugares dentro de la morbi-mortalidad del adulto mayor, este estudio coincide con las estadísticas reportadas<sup>11</sup> y con el de Maldonado<sup>46</sup> sobre el cuidado del adulto mayor donde reportó edad de los participantes de 66 a 70 años; así también con el de Hernández, quien encontró edad de 60 años a más en la dependencia funcional presentada por el adulto mayor con enfermedad vascular cerebral, y que por sexo el problema se distribuyó de igual forma para hombres y mujeres.<sup>36</sup>

En este estudio el paciente con problema neurológico se encuentra expuesto al síndrome de desuso en función de los factores de riesgo que se identifican como la alteración en el nivel de conciencia, la inmovilidad y aumento en la dependencia de otras personas, estos resultados son semejantes a los reportados por Hernández acerca de la dependencia del adulto mayor con este tipo de problemas.<sup>36</sup>

Además los resultados encontrados en este estudio coinciden en los riesgos para complicación por inmovilidad reportados por Acosta en el estudio de inmovilidad física de las personas con accidente vascular cerebral en el riesgo para complicación donde presentaron alteración en la disminución de fuerza muscular y reducción de la movilidad articular, también encontró parálisis en más de la mitad de los pacientes, sobre todo en forma de hemiplejía<sup>47</sup>

El cuidar implica actividades que tiene diferentes niveles de complejidad, pero es posible que sea asumido por un miembro de la familia o un allegado a ella, el cual se instruye para este fin, además asume las responsabilidades que implica una situación de una enfermedad crónico discapacitante y son ellos los que deciden y buscan compensar las disfunciones existentes en estos pacientes, es por esto que se les ha denominado cuidadores primarios.

Sobre la caracterización de los cuidadores primarios se encontró que todas son mujeres, hijas del paciente, casadas con ocupación de amas de casa, estos resultados son semejantes a los reportados por otros autores como Barrera, Landeros, Andrade, Montalvo y González, quienes también exploraron estas variables.<sup>7,48,49,50</sup>

Estos resultados obtenidos de diversos estudios hacen reflexionar sobre las atribuciones que tiene la mujer en la dinámica familiar donde desempeña una gran cantidad de tareas relacionadas con las actividades domésticas y del cuidado de los hijos; además recae en ella la toma de decisiones importantes en salud sobre cuidado de personas ligadas tanto por lazos consanguíneos como afectivos. Las múltiples responsabilidades influyen en como causas de mayor cantidad de estrés y ansiedad que pueden desencadenar problemas importantes de salud.

Por tanto, para poder asumir estas responsabilidades es necesario que el cuidador esté dispuesto prepararse física y cognitivamente en diversos aspectos acerca de la enfermedad y de su probable evolución, valorar los recursos con los que dispone como el apoyo físico, tiempo y deseos de compartir el cuidado, aprender a distribuir sus actividades habituales, saber organizarse y cuidarse; en el entendido de que esto produce cambios en su vida. En este estudio los cuidadores primarios se manifestaron con una gran disposición para aprender y llevar a cabo las actividades necesarias en la atención de su paciente.

La importancia de esta investigación fue la implementación de procesos de formación que incluyera la preparación de cuidadores primarios de personas con enfermedades discapacitante ya que es una función básica del personal de enfermería, y que tenía como finalidad que el cuidador pudiera estar preparado para una atención básica y de calidad dentro y fuera del hogar. La prueba de que la intervención educativa incrementa el conocimiento y la habilidad motora fue demostrada en esta investigación y concuerda con algunos autores al respecto.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre la aplicación de una medida de intervención educativa en los cuidadores primario para incrementar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, las causas, complicaciones y cuidados a considerar para los pacientes, estos coincidieron con Landeros, en el cual el apoyo educativo proporcionado por el personal de enfermería incrementó el conocimiento del cuidador sobre el cuidado de paciente con enfermedad crónica.<sup>46</sup>

También Báez observó un cambio en el comportamiento sobre la mejoría de las personas respecto del proceso de su enfermedad, que permitió reafirmar la importancia que tiene el proceso de enfermería en la promoción del auto cuidado así como la utilidad de las intervenciones educativas en pacientes crónicos.<sup>51</sup>

Sin embargo, Andrade identificó que el apoyo educativo sobre cuidado de paciente crónico, facilitado por el personal de enfermería al cuidador informal durante el alta fue escaso y constituyó el 15.7% del total de las actividades y las que efectúa como parte de su responsabilidad.<sup>52</sup>

La influencia del apoyo educativo mejora la capacidad de cuidado, Canto obtuvo valores estadísticamente significativos post intervención al término de su estudio sobre los conocimientos y habilidades de las capacidades de cuidado de los cuidadores primarios, ya que registraron mayores puntajes en comparación a los

pre intervención, por lo tanto, concluyó que los programas educativos implementados por el personal de enfermería mejoran la capacidad de cuidado.<sup>53</sup> Este estudio coincide con los resultados encontrados en esta investigación, donde también se probó la hipótesis, ya que los resultados mostraron también diferencias estadísticamente significativas posteriores a la intervención educativa en cuidadores primarios.

Uno de los objetivos de esta investigación fue la identificación de el nivel de habilidad motora del cuidador primario antes y después de una intervención educativa para atender las necesidades de movilización de sus pacientes, donde se obtuvo que la intervención educativa favoreció el desarrollo de habilidades motoras del cuidador en las evaluaciones post intervención, este hallazgo puede ser explicado por la necesidad de mejorar la atención de su propio paciente y por la demostración personalizada que se realizó con cada uno de los cuidadores.

Los resultados del trabajo de González sobre la habilidad de los cuidadores familiares fueron semejantes a los de esta investigación, en el sentido de que los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica tuvieron un nivel alto de habilidad, debido a que viven la experiencia del cuidado con autenticidad, comprensión y reconocimiento positivo de la otra persona.<sup>54</sup>

Por otro lado, existen diferencias de los resultados de esta investigación y el estudio de habilidad de cuidado de los cuidadores familiares, según Vega donde obtuvo que el nivel de habilidad de cuidado en su mayoría fue de nivel medio, y concluyó que los cuidadores de personas discapacitadas presentan deficiencias en el rol de cuidador y que la mayoría de los cuidadores no cuenta con habilidad requerida en términos de conocimiento, paciencia y valor para la prestación del cuidado. Sin embargo coincidimos en la recomendación que hace sobre la necesidad de que enfermería asuma un papel protagónico en la implementación

de programas asistenciales, educativos y de apoyo con relación a la preparación de los cuidadores.<sup>55</sup>

En el estudio de Niño sobre un apoyo educativo a cuidadores coincide con esta investigación en cuanto a que este influye en los conocimientos y habilidades para el cuidado del paciente dependiente por hemiplejía, aunque en su estudio las diferencias pre y post intervención no fueron estadísticamente significativas. Concluye de igual manera que el personal de enfermería tiene el compromiso de brindar apoyo educativo, oportuno, adecuado y suficiente que refleje aprendizaje significativo en el individuo, familia y la sociedad para obtener un nivel óptimo de salud, a través de que el individuo o familia adquiera conocimientos y habilidades suficientes para ello.<sup>56</sup>

## VIII. LIMITACIONES.

Este estudio enfrentó como principales limitantes:

La prueba piloto se tuvo que diferir hasta el mes de abril debido a factores externos a la Investigadora

La prolongación de los tiempos para la implementación de esta investigación, debido a la contingencia que se presentó a nivel nacional de influenza H1 N1 en la cual cerraron los campos clínicos donde se llevaba a cabo la investigación. Además que provocó la suspensión de actividades en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí repercutiendo en el proceso de la misma.

Se tuvo que modificar la metodología en cuanto a las estrategias de enseñanza, ya que se realizaron las intervenciones con el cuidador en las unidades de los pacientes debido al estado de salud que presentaba el paciente.

No se pudo ampliar la muestra debido a que la mayoría de los pacientes neurológicos internados presentaban alguna complicación por inmovilidad y este estudio se tenían contemplado a pacientes de un primer evento y que no presentaran complicación.

## IX. CONCLUSIONES.

- El empleo del diagnóstico enfermero “Riesgo de síndrome de desuso” fue importante para identificar la problemática del paciente en función de la posibilidad de riesgo para complicación por inmovilidad y además resultó indispensable para plantear los contenidos a ser incluidos en el proceso enseñanza-aprendizaje y enfatizar en las intervenciones independientes de enfermería derivadas de la función docente.
- En la población de estudio la presentación del problema neurológico tuvo mayor incidencia en el adulto mayor, sin embargo casi una cuarta parte correspondió a adultos jóvenes por los estilos de vida que impone la sociedad globalizada. La mayoría de los pacientes tuvo alto riesgo para todas las posibles complicaciones por inmovilidad, por lo que el personal de enfermería debe contar con estrategias educativas para los cuidadores de este grupo de población.
- En este estudio la condición del género fue determinante en la función de cuidador primario. La esposa o hija del paciente asumen voluntariamente la responsabilidad de ser cuidador primario, esta decisión está influida por los múltiples roles que le son asignados a la mujer en nuestra sociedad y específicamente en la población que cubre el IMSS. El total de cuidadores fueron mujeres de 20 a 60 años, casadas, con lazos consanguíneos directos, que se desempeñan como amas de casa y con un nivel educativo predominante de secundaria completa.
- El método individualizado empleado en la enseñanza de los contenidos, incrementó el conocimiento del cuidador primario posterior a la intervención educativa en forma gradual y consistente en cada una de las áreas evaluadas, El proceso individualizado de enseñanza aprendizaje fue posible por la



existencia de los roles del cuidador y del docente; en el primero por la necesidad real de aprender a cuidar al paciente y en el segundo porque facilitó el aprendizaje significativo, rescatando elementos de las vivencias de cada uno de los cuidadores para la construcción del conocimiento.

- La habilidad motora se incrementó gradualmente, de deficiente hasta llegar a Bueno. Ya que los cuidadores primarios no habían tenido contacto con pacientes de esta naturaleza, el uso de demostraciones para el cuidado, con explicación y énfasis en el autocuidado fueron indispensables en la adquisición de la habilidad motora.
- El nivel de conocimiento y habilidad motora se incrementaron mediante la intervención educativa individualizada, basada esencialmente en el empleo del diagnóstico enfermero riesgo de síndrome de desuso, al estado real del paciente y a las condiciones de desconocimiento y falta de habilidad del cuidador primario en este tipo de pacientes.

## X. RECOMENDACIONES.

- Es necesario implementar y desarrollar diagnósticos enfermeros en el cuidado de los pacientes a través del seguimiento de enfermería a cuidadores primarios y a pacientes con problemas neurológicos que egresen del hospital ya que tienen una serie de complicaciones a diversos niveles de funcionalidad debido al síndrome de desuso y los riesgos de la inmovilidad.
- Gestionar en el departamento de enseñanza y de enfermería del IMSS la implementación de un manual para el cuidador primario que es producto de esta investigación, ya que contiene elementos de atención para el paciente neurológico que en el domicilio y que además los principios de mecánica corporal que ayudarán a los cuidadores a su autocuidado.
- Capacitar al personal de enfermería para que pueda brindar entrenamiento a los cuidadores primarios, o personas que tengan a su cargo pacientes con un riesgo de complicación por inmovilidad. Eso favorece a la institución en cuanto a la reducción de tiempos de internamiento y de reingresos hospitalarios que repercute en gastos para la institución y al mismo paciente, no solo económicos sino en la calidad de vida. Este programa de capacitación puede incluirse en los ya establecidos por la como son del PADEC y en Educación continua de enfermería y a futuro en programas como Enfermería familiar.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

---

<sup>1</sup> Maldonado GG, Medrano MM, Mendiola IS, Nieto LM, Flores RG. El cuidado del adulto mayor Desarrollo Cientif. Enferm. 2005; 13 (6): 169-173

<sup>2</sup> Ortiz ZA, Gaviria ND, Palacios CM, Marín A, García D, Montoya E, et al Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado investigación y educación en enfermería Medellín 2002; XX (2): 12-28

<sup>3</sup>Instituto Nacional de neurologia y neurocirugía Enfermedad vascular cerebral [Monografía en internet]  
[www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/evascularcerebral.html](http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/evascularcerebral.html)

<sup>4</sup> Secretaria de salud. Programa nacional de salud 2007 – 2012 México D.F.

<sup>5</sup> INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO SAN LUIS POTOSÍ 2005  
Copyright © 2006 por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

<sup>6</sup> Peón SM. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzhéimer. Prevención y cuidado en el síndrome del cuidador. Enfermería científica 2004(264)16-22

<sup>7</sup> Barrera OL, Galvis LCR, Moreno FME, Pinto AN; Pinzón RML; Romero GE; Sánchez HB. La Habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Invest. Educ. enferm. 2006; 24(1): 36-46

<sup>8</sup> Gil GE, Escudero CM, Prieto RM, Frias OA. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en proceso de enfermedad de larga duración. Enfermería Clínica. 2005;15 (4):220-6

---

<sup>9</sup> García HM. La responsabilidad de la formación de los cuidadores primarios, Gerokomos 2001;12(2):69-70

<sup>10</sup> Nanda-I. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. España: Elsevier; 2008

<sup>11</sup> CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050

<sup>12</sup> Antigüedad ZA, Enfermedades cerebrovasculares isquémicas. Medirine 1998;7(90):4180-87

<sup>13</sup> SISMUR IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas Coordinación de Programas Integrado Boletín Epidemiológico anual 2006

<sup>14</sup> Morales G. El sistema de protección social al anciano en España. En: Bermejo F, Director. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. 2a ed. España: Díaz de Santos; 2004. P.11-12

<sup>15</sup> Secretaria de Salud y Asistencia. Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 México D.F.

<sup>16</sup> Díaz de León Ponce M. Briones Garduño J. Medicina Aguda. ed. México: Prado; 2006

<sup>17</sup> Velázquez Monroy, Barinagarrementeria Aldatz FS, Rubio Guerra AF, Verdejo J, Méndez Bello, Violante R. et al. Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. Archivo de cardiología de México Medigraphic. Artemisa. 2005; 77 (1): 32-9

---

<sup>18</sup> Brunner y Suddarth, Smeltzer SC. Bare BG.- Enfermería medico quirúrgica. 10a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2005 Vol. II Pág. 2073, 2005

<sup>19</sup> Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía [sede web]. México:[Miércoles 16 de Abril de 2008;acceso 22 noviembre de 2008] La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) es una alteración neurológica ; [dos pantallas].Disponible en: [www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/evascularcerebral](http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/evascularcerebral)

<sup>20</sup> González Tablas MM. Díez M. A. López, E. - Cerrón, A. Importancia del cuidador Primario en el Discapacitado Físico [Sede web] [20 sept. 08 7:05pm] [UntitledWebPage](#)  
[www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/poster/p3.html](http://www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/poster/p3.html) - 20k

<sup>21</sup> García Calvente M, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Andalucía: Junta de Andalucía; 1999.

<sup>22</sup> La investigación y el cuidado en América Latina Universidad Nacional de Colombia Facultad de enfermería grupo de cuidado. Colombia Camargo P.MP. Experiencia de vivir y cuidarse en situaciones de enfermedad crónica en individuos residentes en el municipio de Funza 2005. P. 447

<sup>23</sup> Programa sobre Envejecimiento y Salud © Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund, Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores[Monografía en Internet] [www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID015.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID015.pdf)

---

<sup>24</sup> Hernández AJ. Enfermería y el cuidado en la salud y enfermedad en México. *Enf. Neurol.* 2006;5(2):20-3

<sup>25</sup> Organización Mundial de la Salud. Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores , 2000 [Noviembre del 2008]; Disponible en [www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-consenso-01.rtf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-consenso-01.rtf)

<sup>26</sup> Torres EM, Ballesteros PE<sup>1</sup>, Sánchez CP. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*. 2008;19 (1)

<sup>27</sup> Zapata SM, Matute CM, Gómez RM. Plan de cuidados enfermeros al cuidador informal caso clínico. *Enferm. Clin.* 2007;17(3):157-62

<sup>28</sup> Vásquez SM, Casal SJ, Aguilar TP, Aparicio BP, Estébanez CF, Luque EA, Ramírez SM, Villarín MV. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. *Enfermería Clínica*. 2005;15(2)63-70

<sup>29</sup> Chapman L., RN, MSN. Planificación del alta hospitalaria: una cuestión familiar. *Nursing*. 2008; 26 (5) 36-7

<sup>30</sup> Robles Silva L. La Invisibilidad del Cuidado a los Enfermos Crónicos un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos. México: Universitaria; 2007

<sup>31</sup> Bergero T. Gómez M. Herrera A., Mayoral. F. Grupo de cuidador primario de daño cerebral una perspectiva de análisis [Internet]\*1999 junio. [22 de Octubre de 2008] PDF/Adobe Acrobat [www.dinarte.es/salud-mental/neu073/073deba2](http://www.dinarte.es/salud-mental/neu073/073deba2)

---

<sup>32</sup> Carpenito Moyet L. Planes de Cuidados y Documentación Clínica en Enfermería. 4a ed. Colombia: Mc Graw-Hill Interamericana, 2005

<sup>33</sup> Charrier J, Ritter B. El Plan de cuidados estandarizado un soporte del diagnóstico enfermero. España: Masson; 2005

<sup>34</sup> Hernández RM, Dependencia funcional del adulto mayor con enfermedad vascular cerebral y el rol de los cuidadores informales. Desarrollo Científ. Enferm. 2006;14(7):252-57

<sup>35</sup> Andrade CR, Planeación del alta: Una intervención de enfermería: Desarrollo Científ. Enferm. 2005;13(5):147-9

<sup>36</sup> Mendoza LC. Atención integral de enfermería a pacientes neurológicos: Desarrollo Científ. Enferm. 2001;9(9) 274-80

<sup>37</sup> Torres F, Beltrán G, Martínez P, Saldivar G, Quesada C, Cruz T. Cuidar a un enfermo ¿Pesa? La Ciencia y el Hombre [revista en internet]\*2006 octubre. [acceso octubre2008];19(2) Disponible en: [www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html-40K-](http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html-40K-)

<sup>38</sup> Suriano B. Análisis de costos del programa de atención domiciliaria en el paciente crónico (ADEC) Revista de Enfermería IMSS; 2003; Vol.11 (No.2): 71-76

<sup>39</sup> Freire P. Pedagogía del Oprimido. 53<sup>a</sup> ed. Uruguay: Siglo Veintiuno Editores; 2000

<sup>40</sup> Constructivismo (educación) - prodigy MSN Encarta Constructivismo educación, amplio cuerpo de teorías que tienen en común la idea de que las

---

personas, tanto individual como colectivamente,...

[mx.encarta.msn.com/.../Constructivismo\\_\(educación\).html](http://mx.encarta.msn.com/.../Constructivismo_(educación).html) -

<sup>41</sup> DAVID PAUL AUSUBEL Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Vista...  
[www.omerique.net/twiki/pub/Main/.../Ausubel.pdf](http://www.omerique.net/twiki/pub/Main/.../Ausubel.pdf)

<sup>42</sup> Starfield B. Atención Primaria 8a ed. Barcelona: Masson 2001. p.3

<sup>43</sup> Grupo de cuidado facultad de enfermería. El arte y la ciencia del cuidado 2002

<sup>44</sup> Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Práctica. 7a ed. España: McGraw-Hill interamericana; 2004

<sup>45</sup> REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

<sup>46</sup> Maldonado G. medina M. Mendiola I. Nieto L. Flores R. El cuidado del adulto mayor: Desarrollo Cientif. Enferm. 2005;13(6):

<sup>47</sup> Acosta TE. Inmovilidad física de las personas con accidente vascular cerebral: Desarrollo Cientif. Enferm. 2004;12(9):

<sup>48</sup> Landeros PM. Padilla Aguirre AM. Relación del apoyo educativo del cuidador principal del paciente con enfermedad crónica: Desarrollo Cientif. Enferm. 2008;16(3) 109

<sup>49</sup> Andrade CR, Pérez BI. Méndez BL. Perfil de los cuidadores de adultos mayores hospitalizados: Desarrollo Cientif. Enferm. 2005;13(10):301-3



|   | ACTIVIDAD MOTORAS<br>OBSERVADAS EN LOS<br>CUIDADORES PRIMARIOS PARA<br>OTORGAR CALIFICACIÓN                                 | A |   |   |    | D |   |   |    | D1 |   |   |    | D2 |   |   |    |
|---|---|---|---|---|----|---|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|
|   |   | B | R | D | NA | B | R | D | NA | B  | R | D | NA | B  | R | D | NA |
|   | Para que lo realiza (Que justifique)  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 6.4   | Al levantar al paciente tiene rodillas dobladas   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|   | Mantiene su espalda recta   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|   | Utiliza algún aditamento para ayudarse y para facilitar levantarlo  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|   | Para que lo realiza (Que lo justifique)   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 6.5   | Utiliza los músculos de sus brazos. No los músculos de su espalda   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|   | Utiliza los músculos de sus piernas No los músculos de su espalda   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|   | Utiliza músculos de espalda, brazos y piernas   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|   | Para que lo realiza de esa manera   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 6.6   | Utiliza aditamentos para movilizar al paciente  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|   | Los utiliza de manera adecuada.   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|   | Que mencione que puede utilizar para su movilización o que los utilice en el momento (sábanas, almohadas, bancos de altura) |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
|   | Para que los utiliza  |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 1.- Observaciones de la evaluación de las habilidades motoras antes de la intervención educativa.       |   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 2.- Observaciones de la evaluación de las habilidades motoras después de la intervención educativa      |   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 3.- Observaciones de la evaluación de las habilidades motoras después de una semana de la intervención. |   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |
| 4.- Observaciones de la evaluación de las habilidades motoras después de un mes de la intervención      |   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |

B= Bien: Cuando se observó el total de las actividades  
 R= Regular: Cuando fueron observadas más del 50% de las actividades  
 D= Deficiente: Cuando fueron observadas menos del 50% de las actividades  
 N A= No aplica: Cuando el paciente no tenía riesgo de complicación  
 A= Antes de intervención  
 D= Inmediato  
 D1= Semana de la intervención  
 D2= Mes de la intervención

Evaluación de la habilidad motora está constituido por seis de las once posibles complicaciones del diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso, para un total de 22 ítems y los seis últimos enfocados a actividades de autocuidado del cuidador, Fueron utilizados los parámetros de Bien (B), Regular (R), Deficiente (D), y de No aplica (N A).

La ponderación de cada una de las actividades motoras realizadas por el cuidador se hizo de manera numérica. Cada una de ellas con un valor de 1.0 puntos si obtenía bien (B), 0.75 si obtuvo regular (R) y 0.5 si obtuvo deficiente (D) y cuando No aplicaba se señaló con (NA) y esta puntuación se le restaban al total de actividades realizadas para poder obtener un total real sobre actividades hechas.

Se realizó observación del cuidador en cada una las actividades para evitar la complicación, cuando cumplió con las actividades propuestas según el instrumento de habilidad motora, entonces se calificó con 1.0, cuando cumplió con menos de las actividades propuestas se ponderó porcentualmente y se otorgó un puntaje correspondiente.

Y por último se realizó la sumatoria y se le otorgó calificación en la siguiente escala:

Bueno de 8-10 puntos

Regular 7.9-6 puntos

Deficiente menos de 5.9 puntos

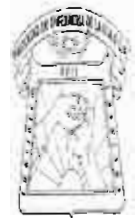
N A= No aplica

Instrumento evaluó las habilidades motoras antes y después de una intervención educativa del cuidador primario. Cabe señalar que fueron tres evaluaciones después de la intervención la primera (A) inmediatamente al termino de esta, la segunda (D1) a la semana (D2) y la tercera (D3) al mes.

ANEXO 5



Universidad Autónoma de San Luis Potosí  
Facultad de Enfermería  
Unidad de Posgrado e Investigación



Maestría en Administración de la Atención de Enfermería

**Programa de capacitación para el cuidador primario sobre la atención del paciente neurológico, con diagnóstico enfermero riesgo del síndrome de desuso.**

Hospital General de Zona No.1 con Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social

Colorado López Martha Patricia

Comité de Tesis:

Lic. Enf. Martha Landeros López

Lic. Enf. María Teresa Guerrero Hernández

San Luis Potosí S.L.P. Octubre 2009

## INDICE

Pág.

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 1. INTRODUCCIÓN              | 1  |
| 2. OBJETIVOS                 | 5  |
| 3. ORGANIZACIÓN              | 6  |
| 4. ACTIVIDADES               | 8  |
| 5. METODOLOGÍA               | 9  |
| 6. EVALUACION                | 14 |
| 7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS | 15 |

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Planteamiento del Problema

Las enfermedades cerebrovasculares tanto isquémicas como hemorrágicas, ocuparon en México la primera causa de discapacidad en el 80% de los casos para el primer tipo y el 20 % para el segundo tipo. Por su alto índice de prevalencia y consecuente incapacidad tanto a nivel físico y laboral, constituyen un gran problema en los servicios de salud a nivel nacional y mundial, ocasionando un elevado gasto sanitario.<sup>1</sup>

Estos eventos actualmente se presentan en toda la población tanto en adolescentes como adultos mayores y en ambos sexos, cabe mencionar que la incidencia de estos problemas vasculares neurológicos aumenta con la edad, influenciados por el envejecimiento creciente de la población mundial. Debido a la incidencia de estas enfermedades y la incapacidad que deja en los individuos, es de gran importancia la intervención del personal de enfermería en la educación de los cuidadores primarios.

El cuidado en alguna etapa de nuestra vida será necesario por cualquier tipo de circunstancias, aunque la mayoría de las veces se presenta en la vejez ya sea por la presencia de una enfermedad o por los cambios anatómico-fisiológicos, lo que puede originar la necesidad de otra persona para el cuidado. La dependencia es la ayuda que requieren aquellas personas por la discapacidad que presentan para satisfacer sus propias necesidades.

Por cuidador primario se entiende a la persona del entorno del discapacitado que asume voluntariamente el rol del cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Está dispuesta a tomar decisiones por el paciente, asimismo, cubre las necesidades básicas de éste, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda, o indirecta determinando cuándo, cómo y dónde se tienen que dar.

El cuidar es y será indispensable, el papel del cuidador en nuestra sociedad lo ocupa principalmente un miembro de la familia y ejerce un papel en la atención de

las personas mayores, las mujeres son las que se ocupan mayoritariamente del mantenimiento y la atención de la salud.<sup>2</sup> El cuidado de las personas con algún grado de discapacidad implica un esfuerzo físico y psicológico en cualquier cuidador.

Para la OMS las minusvalías son aquellas desventajas sociales en relación con el entorno que puede presentar una persona a consecuencia de una discapacidad que lo limite o impida la realización de una actividad en función a la edad, sexo o algunos otros factores socioculturales. El problema de dependencia puede ser resultado en función del grupo de profesionales y no profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

La atención a nivel domiciliario, es una de las funciones básicas del personal de enfermería a nivel primario, el papel de esta es indispensable para proporcionar un soporte básico para las personas con discapacidad o con algún grado de dependencia, sin embargo la función educativa se extiende hacia el propio cuidador primario a fin de promover en este conocimientos y habilidades técnicas que le ayuden a una mejor atención de estos pacientes con enfermedades cerebrovasculares. El cuidado en el domicilio requiere destrezas y conocimientos cada vez más complejos para poder brindar una atención digna y de calidad.

## 1.2 Justificación

El alto índice de enfermedades cerebro-vasculares originan discapacidad y dependencia en estos últimos años se ha visto en aumento en la morbi- mortalidad de las enfermedades crónico degenerativas que suelen ser causa de estos problemas en el ser humano, esto condiciona a otra persona la atención directa como cuidador primario, primero durante la estancia hospitalaria y luego en el domicilio.

En el Hospital General de zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social se ha observado una incidencia de 20 a 25 ingresos al mes según reportes de el departamento de estadística a nivel delegacional de estos problemas, lo que nos indica la relevancia de la orientación que debe dar la enfermera a los cuidadores primarios a fin de que ellos se habiliten para el cuidado del paciente<sup>3</sup>

El problema que se origina debido a la presencia de estas enfermedades y a la falta de capacitación a los cuidadores primarios es el constante reingreso de los pacientes por complicaciones y con ello originando las estancias prolongadas en el hospital, esto hace necesario incorporar una estrategia de educación a los cuidadores primarios que contribuya a reducir este problema que además conlleva un elevado costo para la institución.

Este programa de capacitación dirigido al cuidador primario que se hará cargo de la atención directa del paciente tiene como finalidad contribuir en a la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas básicas que requiere para la atención del paciente con alteraciones neurológicas y que pueden estar en riesgo del síndrome de desuso y complicaciones por la inmovilidad.

Por otra parte es importante mencionar que el cuidador también se considera en riesgo debido a las alteraciones en su ritmo de vida al iniciar el desempeño de su nuevo rol que puede ocasionar desgaste físico y psicológico al adquirir nuevas responsabilidades, en caso extremos puede perder el sentido de vida, descuidar su persona en relación a la salud, además de llegar a tener actitudes como el enojo, tristeza, soledad y culpa.

El personal de enfermería constituye el elemento idóneo para el cumplimiento de la capacitación del cuidador primario ya que constituye una de sus funciones profesionales de docencia en la promoción a la salud y en la prevención de riesgos.

Este programa de capacitación para el cuidador primario se inserta como un instrumento dentro de la metodología del trabajo de tesis "Conocimiento y habilidad motora del cuidador primario: intervención educativa sobre la atención del paciente neurológico en riesgo de síndrome de desuso". En este apartado se presenta los contenidos teóricos y práctico que se proporcionaran al cuidador primario dentro de la institución y que servirán de base para el cuidado domiciliario.



## **2. OBJETIVOS.**

### **2.1 General:**

Capacitar a los cuidadores primarios sobre la atención del paciente con problema neurológico en riesgo del síndrome de desuso y sus posibles complicaciones mediante una estrategia educativa teórico práctica.

### **2.2 Específicos:**

**2.2.1** Facilitar al cuidador primario conocimientos teóricos relacionados con la atención al paciente con riesgo del síndrome de desuso y sus posibles complicaciones por inmovilidad.

**2.2.2** Habilitar al cuidador primarios sobre técnicas requeridas para evitar problemas o complicaciones derivadas del diagnostico enfermero del riesgo del síndrome de desuso.

**2.2.3** Evaluar el conocimiento y la habilidad del cuidador primario sobre la capacitación brindada mediante la intervención educativa.

### **3. ORGANIZACIÓN.**

#### **A. Limites**

##### **Tiempo:**

El horario fue de dos horas diarias, por cuatro o cinco secciones, iniciando en el mes de abril del 2009 con la prueba piloto seguida de la implementación de esta investigación.

##### **Espacio:**

La unidad del paciente neurológico hospitalizado (Servicio de medicina interna y cirugía).

##### **Universo:**

Cuidadores Primarios que se captando en el transcurso de la investigación.

#### **B. Recursos Humanos**

Directora de Tesis

Miembro asignado por la unidad del paciente.

Enfermera responsable de la Investigación

#### **C. Recursos Materiales**

##### **Equipo:**

Sistema de Computo

Impresora

Material de apoyo

##### **Materiales:**

Tinta Epson480

USB

Cartulinas

Hojas de Maquina

Lapiceros

Lápiz

Gomas

Pelotas de esponja

Guantes desechables

Sanitas desechables

Jabón de pastilla

Pañales

Crema, aceite o vaselina

Peine o cepillo

Cepillo de dientes

**Servicio:**

Transporte para las visitas del paciente.

#### 4. ACTIVIDADES

- ↔ De primera instancia se presento el personal responsable de la investigación con autoridades de la institución.
- ↔ Posteriormente se inicio con la selección de pacientes y cuidadores primarios para la investigación.
- ↔ Una vez identificados se les informo sobre el desarrollo de esta investigación y los que aceptaron a participar se les dio a firmar la carta de consentimiento informado.
- ↔ Se les explico sobre la metodología a implementar en cada una de las secciones educativas en donde el investigador fue portador del conocimiento y el cuidador fue el receptor.
- ↔ El cuidador primario desarrollo la observación, dio la demostración y en ese momento el investigador dio complemento de corrección.
- ↔ Y por último se evaluó al cuidador primario sobre los conocimientos y técnicas proporcionadas por investigador en este momento fue cuando se aplicaron los instrumentos No.5 titulado Encuesta sobre Conocimiento del Cuidador Primario y No. 6 llamado Guía de observación para la evaluación de habilidad motora del cuidador primario.
- ↔ Los conocimientos que se proporcionaran fueron en base a evitar la aparición de las posibles complicaciones por inmovilidad que menciona el diagnóstico enfermero riesgo de síndrome de desuso.

Las fases de este desarrollo fueron:

- 1.-Observación
- 2.-Demostración
- 3.-Corrección

## **5. Metodología.**

### **5.1 Identificación de paciente y del cuidador primario**

- Primeramente se identifico los pacientes con problemas neurológicos que ingresaron con un primer evento, al mismo tiempo se identificaron y categorizaron al cuidador primario
- Ya realizado el registro de participación del cuidador se le aplico al paciente el instrumento de caracterización del paciente con problema neurológico en riesgo de síndrome de desuso (Anexo 4).

### **5.2 Entrevista con el Cuidador**

- Se le brindo la información acerca del desarrollo de la investigación de una manera individualizada al cuidador primario y cuando estuvo dispuesto a participar se le proporciono la carta de consentimiento informado (Anexo 8).
- Registro de cuidadores primarios que participaron.
- Se le proporciono la calendarización de los días de trabajo y las secciones a impartir según problemas de riesgo detectados.
- Posteriormente ya identificados los cuidadores primarios se le aplico una encuesta sobre algunos puntos referentes al paciente neurológicos, en donde se les dio una panorámica sobre los conocimientos y habilidades motoras. (Anexo 5 y 6).

### **5.3 Secciones educativas y demostración de técnicas.**

- Primeramente al inicio de la sesión se registro el cuidador su asistencia
- Las secciones se dieron de manara individualizada según las necesidades de cada paciente.
- Se impartieron en un horario de 11 a.m. a 18 p.m. horas (Se adapto según a los cuidadores).

- Se llevo a cabo la sección educativa en cada una de las unidad de cada paciente
- Fueron un total de cuatro a cinco secciones de dos horas cada una (Según al estado de cada paciente).
- Las sesiones fueron en base a cuidados para evitar la aparición de posibles complicaciones del diagnostico riesgo de síndrome de desuso y se requirió en la sesiones la demostración de técnicas para su cuidado.

#### **5.4 Desarrollo y contenidos de las Secciones Educativas**

Los contenidos a revisar del programa fueron teórico prácticos, los primeros contenidos fueron revisados y tuvieron como base el diagnóstico enfermero de riesgo de síndrome de desuso y sus posibles complicaciones por la inmovilidad que también se manejan en el mismo. Cada una de las actividades del contenido del programa se aplicó según el caso.

- Aspectos teóricos.
  - Generalidades sobre Anatomía y Fisiología y problemas neurológicos
  - Conceptos básicos y causas sobre el riesgo de síndrome de desuso
- Alteración del nivel de conciencia (Consiente, somnoliento, letárgico, estuporosos y coma).

Parálisis (Hemiplejía, Paraplejía, Diplejía y Cuadriplejía).

Inmovilización prescrita (Con medicamento y con ventilación mecánica, barandales, sujeto con guanteletes o una posición en específico).

- Complicaciones de la inmovilidad
  - ↔ Úlceras por presión
  - ↔ Estasis de secreciones pulmonares
  - ↔ Infección del tracto urinario o retención de orina,
  - ↔ Disminución de la fuerza o resistencia
  - ↔ Hipotensión ortostática

- ↔ Reducción de la movilidad articular
- ↔ Alteración de la imagen corporal
- ↔ Estreñimiento
- ↔ Trombosis
- ↔ Desorientación
- ↔ Impotencia

### **5.5 Cuidados para evitar el riesgo de síndrome de desuso y sus posibles complicaciones.**

Identificación de datos de alarma, medidas preventivas como movilización en cama, cambios de posición, masaje, lubricación de la piel, baño en cama o regadera, masaje en abdomen bajo, percusión en espalda, aseo de genitales, cambios de pañal, aseo de cavidades, hablar con el paciente, ejercicios pasivos y activos, sentarlo, checar los pulsos distales, verifica fechas de sondas u algún otro aditamento, verifica características de orina y evacuaciones, arreglo personal, ofrecer suficientes líquidos, hacerlo participe de las actividades.<sup>4</sup>

### **5.6 Aspectos Prácticos que se llevaron a cabo dentro del programa dirigido a los cuidadores primarios y al paciente en cuanto a:**

#### **5.6.1 Mecánica corporal.**

#### **5.6.2 Movilización al paciente en cama.**

- ↔ Movilización hacia la cabecera
- ↔ Movilización lateral
- ↔ Rodar al paciente
- ↔ Enseñarlo a sentar a la orilla de la cama

#### **5.6.3 Cambios de posición en cama**

- ↔ Posición Prono
- ↔ Decúbito Lateral derecha e izquierda
- ↔ Posición de Fowler
- ↔ Posición Dorsal
- ↔ Posición Sims
- ↔ Posición Ortopnea

#### 5.6.4 Arco de movimiento de articulaciones

- ↔ Cuello
- ↔ Hombro
- ↔ Codo
- ↔ Muñeca
- ↔ Manos y Dedos
- ↔ Tronco
- ↔ Caderas
- ↔ Rodilla
- ↔ Tobillo
- ↔ Pie y Dedos



## 6. Metodología Pedagógica

- Al inicio de cada sección se llevo a cabo el registro de cuidador primario.
- Introducción: se les informo sobre el tema a desarrollar
- Exposición teórica del tema a tratar y en su caso si se requería exposición de alguna técnica. Con los datos ya obtenidos por el investigador, dio inicio a la capacitación teórica práctica sobre los contenidos ya establecidos, mediante la utilización de material didáctico y esquemas, de primera instancia el cuidador primario solo fue observador.
- Se dispuso al finalizar cada sección se dio un espacio de 10 minutos para preguntas y despejar dudas.
- Demostración de la habilidad motora, si en su caso lo requirió el cuidador primario explico y realizo procedimientos pero además el capacitador corrigió si lo ameritaba.
- Evaluación al término de la exposición, con la aplicación de la guía de conocimientos y la guía de observación para la evaluación de habilidad motora del cuidador primario (Anexo 5 y 6).
- Posteriormente se aplico dos evaluaciones mas, la primera a la semana de haber concluido los contenidos teórico practico y la segunda evaluación en un mes, sin importar si el paciente fue dado de alta el investigador se traslado al hogar del paciente para continuar el proceso de enseñanza.

## 7. EVALUACION

Se evaluó al cuidador primario con la aplicación de los instrumentos número 3 y 4 referente a conocimientos y a las habilidades de cada uno de los cuidadores la primera evaluación fue en un pre, la segunda al término de la intervención educativa posteriormente se realizarán dos evaluaciones más, una a la semana de haber aplicado la primera y la última en un mes ya sea en el hospital o el domicilio según sea su caso.

El instrumento de evaluación de conocimientos consto de 11 indicadores y cada uno de ellos con cuatro ítems con un valor de un punto estando basado en las cuatro "C", concepto, causa, complicaciones y cuidados.

La ponderación del instrumento sobre conocimientos del cuidador primario fue numérica cada ítem tuvo un valor de 1.0 puntos. La ponderación de los indicadores se muestra a continuación y porcentual de las respuestas correctas, cada indicador con sus ítems correspondientes

Ponderación:

Bueno de 44-34 Preguntas correctas

Regular de 33-23 Preguntas correctas

Deficiente de menos de 22 Preguntas correctas

El total del instrumento se compone de 44 puntos para un total de calificación 10. Cada "C" se transformó a 10 de calificación para obtener los valores parciales (Conceptos 11 puntos, Causas 11 puntos, Complicaciones 11 puntos y Cuidados 11 puntos) sobre las posibles complicaciones del riesgo de síndrome de desuso.

Evaluación de la habilidad motora está constituido por seis de las once posibles complicaciones del diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso, para un total de 22 ítems y los seis últimos enfocados a actividades de autocuidado del cuidador, Fueron utilizados los parámetros de Bien (B), Regular (R), Deficiente (D), y de No aplica (N A).

La ponderación de cada una de las actividades motoras realizadas por el cuidador se hizo de manera numérica. Cada una de ellas con un valor de 1.0 puntos si

obtenía bien (B), 0.75 si obtuvo regular (R) y 0.5 si obtuvo deficiente (D) y cuando No aplicaba se señaló con (NA) y esta puntuación se le restaban al total de actividades realizadas para poder obtener un total real sobre actividades hechas. Se realizó observación del cuidador en cada una las actividades para evitar la complicación, cuando cumplió con las actividades propuestas según el instrumento de habilidad motora, entonces se calificó con 1.0, cuando cumplió con menos de las actividades propuestas se ponderó porcentualmente y se otorgó un puntaje correspondiente.

Y por último se realizó la sumatoria y se le otorgó calificación en la siguiente escala:

Bueno de 8-10 puntos

Regular 7.9-6 puntos

Deficiente menos de 5.9 puntos

N A= No aplica

Instrumento evaluó las habilidades motoras antes y después de una intervención educativa del cuidador primario. Cabe señalar que fueron tres evaluaciones después de la intervención la primera (A) inmediatamente al termino de esta, la segunda (D1) a la semana (D2) y la tercera (D3) al mes.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> Urbina F, Mogguel Ancheita A, Muñiz Martelón M, Solís Urdaibay J. La Experiencia Mexicana en Salud Pública Oportunidad y Rumbo para el Tercer Milenio. México: Secretaría de salud 2006

<sup>2</sup> Ubierno UM, Regoyos RS, Vico GM, Reyes MR. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador Informat: enfermería Clínica. 2005;15(4):199-205.

<sup>3</sup> SISMUR IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas Coordinación de Programas Integrado Boletín Epidemiológico anual 2006

<sup>4</sup> Brunner y Suddarth, O'Connell Smeltzer Suzanne C, Bare Brenda G. Enfermería medico Quirúrgica. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A de C.V. 2005, 10 edición, Volumen 11 Pag 2071-2129 capítulo 62 y 63

ANEXO 6



---

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
UMAE HOSPITAL DE ONCOLOGÍA C.M.N. S XXI  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Conocimiento y habilidad motora del cuidador primario: intervención educativa sobre la atención al paciente neurológico en riesgo de síndrome de desuso. Registrado ante el comité local de Investigación o la CNIC con numero de folio F-2009-2402-02 y con No. de registro en trámite. El objetivo del estudio es Determinar el nivel de conocimiento y habilidad motora del cuidador primario antes y después de una intervención educativa sobre atención al paciente con problemas neurológicos en riesgo de síndrome de desuso que se encuentran hospitalizados en el HGZ- UMF No 1 del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la capacitación sobre la atención al paciente neurológico en riesgo de síndrome de desuso, Y declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

La investigadora la Señorita Martha Patricia Colorado López que es la responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que se considere conveniente, sin que ello altere la atención medica que recibo del instituto.

El responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

---

Nombre y Firma del Cuidador Primario

---

Nombre, Firma y Matricula del Investigadora Responsable

Números telefónicos a los cuales pueden comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio 8-11-48-72

Testigos

### XIII. Permiso del autor

La autora Martha Patricia Colorado López, concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“Conocimiento y habilidad motora del cuidador primario: intervención educativa sobre la atención al paciente neurológico en riesgo de síndrome de desuso”** para propósito de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos del autor que confiere a la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que se introduzca en su reproducción parcial o total.



---

Nombre y firma del autor

San Luis Potosí S.L.P. Octubre del 2009