

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSTGRADOS

Influencia de la práctica pre profesional de Enfermería Familiar de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sobre la percepción de Calidad de Vida Relacionada a la Salud de las familias del barrio Tola Chica, parroquia de Tumbaco, Quito, agosto a noviembre de 2014

Christian Fernando Juna Juca
Fernando Ortega Pérez, MD., MA., Ph.D., Director de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Magister en Salud Pública.

Quito, mayo de 2015

Universidad San Francisco de Quito
COLEGIO DE POSTGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Influencia de la práctica pre profesional de Enfermería Familiar de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sobre la percepción de Calidad de Vida Relacionada a la Salud de las familias del barrio Tola Chica, parroquia de Tumbaco, Quito, agosto a noviembre de 2014

Christian Fernando Juna Juca

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., Ph.D.,
Director de la tesis _____

María Isabel Roldós, MPA., MS., Dr.PH.,
Miembro del Comité de Tesis _____

Erika Guerra, RN., Mgtr.,
Miembro del Comité de Tesis _____

Fadya Orozco, MD., Ph.D.,
Directora Maestría de Salud Pública _____

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., Ph.D.,
Decano de la Escuela de Salud Pública _____

Victor Viteri Breedy, Ph.D.,
Decano del Colegio de Posgrados _____

Quito, mayo de 2015

© Derechos de autor

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Christian Fernando Juna Juca

C. I.: 1104498777

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2015

DEDICATORIA

A todas las personas que construyen salud día a día, con el único afán de mantener o mejor la salud de las personas, su familias y su comunidad.

Y a la memoria de las personas que han caminado junto a mí a lo largo de la vida, en especial a la de mi hermano Pedro quién me enseñó que para hacer salud se necesita de dos cosas: conocimiento y sentimientos...

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por darme la sabiduría y capacidad de discernimiento en todo momento de mi vida; a mis padres René y Susana, quienes con su ejemplo de trabajo y constancia me enseñaron que todo lo que me proponga lo puedo cumplir, a mi abuela Victoria Armijos por enseñarme a reconocer y disfrutar de las cosas más simples de la vida; a la Universidad San Francisco de Quito y su Escuela de Salud Pública, por haber abierto sus puertas y darme el privilegio de transitar por sus aulas; al Doctor Fernando Ortega que con su calidez humana y conocimiento, creyó en mí y mi potencial aporte a la Salud Pública y aceptó guiarme en mi proceso de disertación; a la Doctora María Isabel Roldós, por su calidad y calidez humana y la excelencia con la que también guio mi trabajo; a la Mgtr. Erika Guerra docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por su amistad y la pertinencia de sus sugerencias y comentarios. A mi futura colega Anahí Ramírez por su ayuda en todo el proceso de investigación. A la Señora Paulina Quingalagua, por apoyo en los trámites administrativos.

Mi agradecimiento para las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal por abrirme la puerta de sus hogares y poder realizar esta investigación, a los y las estudiantes de la carrera de Enfermería por realizar sus intervenciones con las familias y a las docentes que supervisan las prácticas y dan aportes valiosos a las estudiantes y familias.

Finalmente a todos mis maestros, maestras, compañeros, compañeras, amigos y amigas, quienes con aportes desde su área de conocimiento, transformaron mi entendimiento de la de la Salud Pública; en especial a la Doctora Fadya Orozco por ayudarme a comprender a la Salud como “un proceso de construcción política y social”...

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la influencia que tienen las prácticas pre profesionales de Enfermería Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la percepción de la Calidad de Vida Relacionada a Salud (CVRS) de las familias del barrio Tola Chica de Quito en el periodo agosto a noviembre de 2014. Se realizó un estudio cuasi-experimental con un diseño de grupo control sin selección aleatoria, se administró un pre y post test que evaluaba la CVRS mediante la encuesta SF-12v2, además se administró una encuesta sociodemográfica y una de estratificación socioeconómica y se aplicó una lista de chequeo de las Intervenciones de Enfermería sobre los dominios de salud de CVRS. Para el procesamiento de la información del SF-12 se utilizó el software Quality Metric Health Outcomes, para los otros instrumentos el programa SPSS versión 20 y programa JMP® 9.0.1.

Los resultados encontrados fueron que el tipo de familia que se presenta con mayor frecuencia es la nuclear 68,9% en Tola Chica y 76,2% en El Arenal; en lo que se refiere al estrato socioeconómico de las familias se encontró que la mayoría de las familias de los dos barrios pertenecen al estrato C-, el 64,4% en Tola Chica y 57,7% en El Arenal. En lo referente a las actividades de los estudiantes de Enfermería se encontró que la actividad que se realizó con mayor frecuencia fue la educación sanitaria con 95.6% de cumplimiento, seguido por actividades de incremento del afrontamiento en un 91.9%, potenciación de la socialización 91.7%.

Las intervenciones de Enfermería influyeron en la CVRS, en el componente físico ($F = 26.19$, $GL = 44$, $p < 0.001$) y en el componente mental ($F = 54.49$, $GL = 44$, $p < 0.001$) debido a que las intervenciones de Enfermería fueron planteadas en función de necesidades de la comunidad en general y contemplan los dominios de la CVRS para su planteamiento.

Keywords: Calidad de vida relacionada a salud, prácticas pre-profesionales, Intervenciones de Enfermería

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the influence of the Family Nursing rotation of Pontificia Universidad Católica del Ecuador on the perception of the health related quality of life (HRQOL) of families living in Tola Chica and El Arenal in Quito from August to November 2014. A quasi-experimental study with a control group design without random selection was performed, pre and post test evaluation of HRQOL was done by the SF-12v2 survey in addition a sociodemographic and socioeconomic stratification surveys that were applied as well as a checklist of nursing interventions on health domains of HRQOL. In order to process the information of the SF-12v2 Health Outcomes Quality Metric software was used as well as SPSS version 20 and JMP® 9.0.1. programs.

Nuclear families are presented in Tola Chica 68.9% and 76.2% in El Arenal; in relation to socioeconomic status of families it was found that most families in the two districts belong to stratum C, 64.4% to 57.7% Tola Chica and El Arenal. With regard to the activities of nursing students it was found that the activity that was performed more often was health education with 95.6% compliance, followed by coping activities increased in 91.9%, enhancing socialization 91.7% .

Nursing interventions influenced HRQOL in the physical component ($F = 26.19$, $GL = 44$, $p < 0.001$) and mental component ($F = 54.49$, $GL = 44$, $p < 0.001$) probably because Nursing interventions were raised depending on needs of the community and contemplate the domains of HRQOL for its approach.

Keywords: Health Related Quality of Life, nursing student practices, nursing interventions.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
Antecedentes	14
El problema	17
Propósito del estudio	20
Innovación del estudio	20
Hipótesis	21
2.1 Definición de Calidad de Vida	22
2.2 Definición de Calidad relacionada a salud	24
2.3 Medición de Calidad de Vida	25
2.4 Factores que influyen en la Calidad de Vida Relacionada a Salud	32
2.5 Conceptualización del Proceso de Atención de Enfermería	37
2.6 Prácticas de Enfermería enmarcadas en el Aprendizaje de Servicio	39
2.7 Prácticas de Enfermería y Calidad de Vida	40
2.8 Prácticas Pre profesionales en la PUCE	42
3.1 Objetivo General	46
3.1.2 Objetivos Específicos	46
3.2 Tipo de estudio	47
3.2 Población objetivo	48
3.3.1 Criterios de inclusión	50
3.3.2 Criterios de exclusión	50
3.3.3 Operacionalización de variables	38
3.4 Metodología	52
3.4.1 Instrumentos	52
3.4.2 Tiempo	59
3.4.3 Procedimientos / procesos	60
3.4.4 Tipo Análisis y almacenamiento de datos	60
4.1 Familias participantes en el estudio	62
4.2 Descripción de las actividades de los estudiantes de Enfermería de la PUCE	70
4.3 Descripción de la Calidad de Vida relacionada a Salud de las familias de	
Intervención	71
5.1 Discusión	83
5.2 Conclusiones	86
5.3 Limitaciones	87
5.4 Recomendaciones	90
Referencias bibliográficas	92
 ANEXOS	 99

LISTA DE TABLAS

Tabla 4.1. 1 Descripción del parentesco de los miembros de las familias que respondieron las encuestas de los barrios Tola Chica y Arenal.....	63
Tabla 4.1. 2 Características del tipo de familia de los barrios Tola chica y El Arenal.....	63
Tabla 4.1. 3 Características Socioeconómicas.....	64
Tabla 4.1. 4 Descripción de la escolaridad de padres y madres de las familias de los barrios Tola chica y Arenal.....	65
Tabla 4.1. 5 consumo de cigarrillo y alcohol de los miembros de las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal	66
Tabla 4.1. 6 Uso de los servicios de salud de las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal.....	68
Tabla 4.1. 7 Conocimiento y medios de obtención de información que tienen las familias de los barrios tola chica y El Arenal sobre los servicios de salud	69
Tabla 4.2. 1 Calidad de Vida relacionada a Salud de las familias del grupo caso del barrio Tola chica.....	72
Tabla 4.2. 2 Calidad de Vida relacionada a Salud Post test: Tola Chica y El Arenal	74
Tabla 4.3. 1 Cumplimiento de las actividades de los estudiantes de Enfermería en el barrio Tola Chica.....	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 3. 1 Descripción de estudio de investigación	47
Gráfico 3. 2 Diseño muestral del estudio de investigación	50
Gráfico 3. 4 Clasificación de las intervenciones de enfermería para alteraciones en los dominios de cuestionario SF-12	55
Gráfico 3. 3 Modelo de Medida del cuestionario SF-12	59
Gráfico 4. 1 Asociación del Pretest y Postest del Resumen del componente Físico de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014.....	75
Gráfico 4. 2 Asociación del Pretest y Postest del Resumen del componente Mental de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014.....	76
Gráfico 4. 3 Comparación del Resumen del componente Físico de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica pretest y las familias del grupo Control El Arenal, septiembre a noviembre de 2014	77
Gráfico 4. 4 Comparación del Resumen del componente Mental de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica pretest y las familias del grupo Control El Arenal, septiembre a noviembre de 2014	78

Gráfico 4. 5 Intervenciones de Enfermería de Educación Sanitaria que influyen en el funcionamiento Físico de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014	79
Gráfico 4. 6 Intervenciones de Enfermería de Escucha Activa que influyen en la Salud General de la CVRS de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014	80
Gráfico 4. 7 Intervenciones de Enfermería de Apoyo familiar que influyen en la Vitalidad de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014	80
Gráfico 4. 8 Intervenciones de Enfermería de Potenciación de la autoestima que influyen en la Vitalidad de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014.....	81
Gráfico 4. 9 Intervenciones de Enfermería de Escucha Activa que influyen en Rol emocional de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014.....	82

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La educación superior se encuentra sustentada en “un nuevo contrato social entre la universidad y la sociedad” (Sena, Coelho, 2001, p.124). Por este motivo las universidades se centran en la búsqueda de alianzas con los actores sociales de la comunidad, para lo cual deben innovar la producción y réplica del nuevo conocimiento que permita el desarrollo económico, político, social, ambiental, etc. de las comunidades en las cuales intervienen sus estudiantes.

En los documentos de la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior convocada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 1998 se hicieron sugerencias para afrontar los desafíos de la educación superior a nivel mundial, entre estos se encuentran: la actualización permanente de los profesores, de los contenidos y del currículo; la introducción de redes electrónicas para el aprendizaje; modernización de los sistemas de gestión y dirección; e integración y complementación de la educación pública y privada.

La enseñanza universitaria en el ámbito de la salud es considerada un fenómeno de recombinación de conocimientos, como consecuencia de la rapidez con que estos se producen. “La velocidad de acumulación de conocimientos es mucho mayor que la velocidad a la cual se evalúa el impacto de cada hallazgo en otros campos de la ciencia” (LAGE, 1995, p.248). Se debe considerar además el cambio continuo de las necesidades de la población en lo que respecta a salud.

Ya para el año 2003 la UNESCO ratifica que: “la educación, como bien público, debe ser una preocupación de todos los niveles de gobierno estatal, federal, y municipal asegurando calidad y el ejercicio de sus funciones sociales. El sector privado también deberá colaborar con el desarrollo de la educación superior.”

En Ecuador para ir a la par con este desafío, la Ley Orgánica de Educación Superior en su artículo 87, establece como uno de los requisitos previos a la obtención del título universitario lo siguiente:

Como requisito previo a la obtención del título, los y las estudiantes deberán acreditar servicios a la comunidad mediante prácticas o pasantías pre profesionales, debidamente monitoreadas, en los campos de su especialidad, de conformidad con los lineamientos generales definidos por el Consejo de Educación Superior. Dichas actividades se realizarán en coordinación con organizaciones comunitarias, empresas e instituciones públicas y privadas relacionadas con la respectiva especialidad (Ley Orgánica de Educación Superior, 2011).

Por otra parte, el artículo 88 Servicios a la comunidad, establece que: “Para cumplir con la obligatoriedad de los servicios a la comunidad se propenderá a beneficiar a sectores rurales y marginados de la población, si la naturaleza de la carrera lo permite, o a prestar servicios en centros de atención gratuita” (Ley Orgánica de Educación Superior, 2011).

Los estudiantes de Enfermería brindan atención a familias y sus integrantes con actividades centradas en la atención familiar y comunitaria. Para ello, los programas investigan las características de las familias, y proyectan un potencial incremento en su calidad de vida relacionada a salud. En su conjunto, las intervenciones y los análisis de

características familiares entregan información relevante a las Facultades y Carreras de Enfermería sobre sus programas académicos y su impacto en la salud pública de las comunidades intervenidas.

La evaluación de la Calidad de Vida Relacionada a Salud es útil para medir el impacto de las intervenciones en salud, ya que las medidas clínicas tradicionales proporcionan información sobre la efectividad de los tratamientos de determinada enfermedad, por lo general las personas que son intervenidas no son encuestadas sobre su percepción de salud. “Dentro de ellas se incluyen su capacidad funcional y el sentimiento de bienestar, de forma tal que las personas en el mismo estado de una enfermedad pueden tener diferentes capacidades funcionales y sentimientos de bienestar” (Martínez, Pérez, Sanabria, 2010, p. 147). En este sentido se debe tomar en cuenta que la salud es la suma de todos los componentes mencionados como lo refiere el concepto de salud de la OMS.

Este estudio constituye un apoyo para la fundamentación de los resultados que tienen las intervenciones de Enfermería a nivel familiar, además servirá para que estudiantes y docentes de las carreras de Enfermería del país tengan una línea de base sobre el impacto de sus prácticas y poder mantener o mejorar las líneas de acción de las mismas con el fin de lograr una buena calidad de vida de las personas que reciben el cuidado de Enfermería.

El problema

La formación de recursos humanos en salud depende en gran parte del rol que tienen las instituciones de educación superior en la ejecución de procesos de enseñanza aprendizaje. Dichos procesos establecen métodos específicos de planificación, ejecución y evaluación de acuerdo a las necesidades y demandas de las comunidades atendidas, lo que permite determinar el impacto social de las diferentes actividades de educación, investigación y asistencia realizadas, con el objetivo de determinar la pertinencia de los procesos de educación.

Siguiendo este camino el sistema actual de educación superior de Ecuador promueve la vinculación con la comunidad como eje transversal en todo proceso educativo y con mayor énfasis en las carreras de carácter social como son las relacionadas con las ciencias de salud y afines. En la actualidad las carreras de la salud tienen como desafío trabajar con las familias y con ellas desarrollar nuevas formas de relación con su medio ambiente y colectividad, instalando buenas prácticas sanitarias, desarrollando intervenciones concretas y eficaces en salud.

En busca de los requerimientos del sistema actual de educación superior, las universidades y en especial las carreras de la salud han tenido que reestructurar su mallas curriculares planteando alternativas de vinculación con la comunidad; se han enfrentado a un modelo biologista de salud que se ha enraizado tanto en las instituciones de salud como en las comunidades que se muestran poco participativas en espera que los profesionales de

la salud satisfagan sus requerimientos sin dar de parte de ellos o nada a cambio. (Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Loja, 2014).

En este proceso de modificación de las mallas curriculares y tomando en cuenta el papel que desempeña la familia para el logro de la salud colectiva y en cumplimiento con el Plan Nacional del Buen vivir, la Carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador puso mayor énfasis en el desarrollo de actividades de enseñanza aprendizaje a nivel familiar y comunitario, de tal forma que dirigió su misión a:

Cuidar a los individuos, grupos y comunidades a través de la formación de estudiantes y profesionales que brinden un servicio integral, amoroso, ético y seguro que contribuya al mejoramiento del bienestar, de la salud, de la vida, en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con pertinencia a la realidad del país y a la armonía con el medio ambiente (Facultad Enfermería, PUCE, 2012).

El Plan Nacional del Buen Vivir contemplado por el Gobierno Nacional enmarca el mejoramiento de la calidad de vida de la población, empleando como estrategia el mejoramiento del nivel educativo. Como contribución a las nuevas tendencias sociales y educativas del gobierno nacional, la Facultad de Enfermería de la PUCE, trabaja a través de sus asignaturas familiares y comunitarias para contribuir al logro de objetivos enmarcados en el mejoramiento de prácticas sanitarias que evidencien un mejor nivel de salud de la población, participando docentes y estudiantes directamente en campo, con individuos, familias y comunidades, considerando los diferentes grupos etarios y necesidades puntuales detectadas al interior de las familias; lo que facilita mediante el

Proceso de Atención de Enfermería individualizado dar soporte educativo, de promoción de salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación. Ahora bien, dentro de este contexto, en la carrera de Enfermería de la PUCE no se han realizado estudios que evalúen el resultado o impacto que han tenido las intervenciones por parte de los estudiantes directamente en su trabajo con familias. Los estudiantes han dirigido sus intervenciones de forma muy puntual e individualizada con los pacientes/clientes dependiendo de sus necesidades particulares, se han evaluado sus planes de cuidado en relación a la asistencia que la población ha recibido; pero de forma global, no ha habido un estudio para evaluar un impacto que a nivel grupal, familiar o comunitario se haya conseguido.

Los estudios existentes a la fecha evalúan la práctica clínica de la Enfermería en relación a la Calidad de Vida relacionada a Salud tomando en cuenta el modelo biologista y de enfermedad dentro de un ambiente hospitalario. Este modelo además no considera que el estado de salud de una persona está influenciado por su estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social, los cuales son aspectos que influyen en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes (Schwartzmann, 2003).

La evaluación de la Calidad de Vida Relacionada a Salud permite a los estudiantes y profesionales de la salud obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales, explorando la percepción que tienen las personas de su salud y del impacto de las intervenciones sanitarias. La medición de la CVRS se ha

convertido en los últimos años en la medida estándar en los estudios clínicos para realizar mediciones de la efectividad de intervenciones que vayan más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de mortalidad y morbilidad (Duran, Gallegos, Salinas, Martínez, 2004, p.306-315).

Propósito del estudio

El presente estudio tiene como propósito evaluar la influencia que tienen las prácticas pre profesionales de Enfermería de la PUCE sobre la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica del Distrito Metropolitano de Quito, a fin de plantear estrategias que permitan desarrollar intervenciones de Enfermería en el marco de Salud Pública que mejoren la calidad de vida de las familias.

Innovación del estudio

El cuestionario SF12 v2 ha sido utilizado en diversas poblaciones y con diferentes propósitos, por ejemplo se ha utilizado para evaluar el impacto que tienen ciertas enfermedades en la CVRS de los pacientes por ejemplo, el impacto de la artritis reumatoide en la Calidad de Vida Relacionada a Salud (Carmona, L. 2001); para medir el nivel de salud de la población de Utah (Bureau of Surveillance and Analysis, 1997); así como para medir el efecto del cambio de medicación en el estado de salud (Hart, D. 2000). Esta es la primera investigación que se realiza en la Facultad de Enfermería de la PUCE donde se evalúa la influencia que tienen las intervenciones de la práctica pre profesional de

los estudiantes de Enfermería en la Calidad de Vida Relaciona a Salud de las familias a su cuidado.

Hipótesis

Las prácticas pre profesionales de Enfermería familiar de los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador influyen en la percepción de la calidad de vida relacionada a salud de las familias del barrio Tola Chica de la parroquia Tumbaco del Distrito Metropolitano de Quito.

CAPITULO II

Revisión de la literatura

En el presente capítulo se exponen algunas definiciones de Calidad de Vida Relacionada a Salud, sus dimensiones, formas de medición; además se describirán aspectos básicos de las intervenciones de enfermería en la familia y la comunidad.

2.1 Definición de Calidad de Vida

El concepto de Calidad de Vida fue utilizado en un inicio en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. Para los investigadores de la época era importante conocer la percepción de las personas sobre si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Meeberg, 1993). El concepto de Calidad de Vida es utilizado con mayor frecuencia a partir de los años 70, cuando los científicos sociales inician sus investigaciones recolectando información y datos objetivos como edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de educación, características de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes porque sólo eran capaces de explicar un 15% de la variabilidad en la Calidad de Vida individual (Bognar, 2005).

Frente a las evaluaciones objetivas que se realizaban, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de variación en la Calidad de Vida de las personas, toda vez que indicadores psicológicos

como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999).

El análisis de la calidad de vida involucra variables psicológicas que parten del concepto de bienestar lo que ha provocado que hasta la fecha muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta. En este sentido comenta Meeberg (1993), que muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, auto-reporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar Calidad de Vida, agregando además que muchos autores no definen lo que para ellos significa CV, introduciendo confusión acerca de lo que intentan referir.

Partiendo de un punto de vista complementario Ferrans (1990), sugiere que las aproximaciones a la Calidad de Vida han seguido por dos rumbos: la vida normal y evaluativas. La primera da cuenta de cuan bien funciona un individuo dentro de la sociedad a través de indicadores observables y en la segunda cómo la persona percibe aspectos particulares de su vida, utilizándose para ello variados instrumentos (Bradley et al., 2010).

Al sintetizar las ideas expuestas se puede mencionar que las personas que tienen la capacidad interna de adaptarse a los factores cambiantes intentarán mantener o mejorar su nivel de bienestar. La evaluación de la Calidad de Vida en general requiere que las personas evalúen las diversas capacidades y analicen la relación entre estas.

2.2 Definición de Calidad relacionada a salud

La evaluación de calidad de vida relacionada con salud CVRS de las personas está ligada con el impacto que una enfermedad, su tratamiento o una intervención en el ámbito de la salud tienen sobre la percepción de las personas de su bienestar. La Calidad de Vida relacionada a Salud es “la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud” (Patrick y Erickson, 1993).

Para otros autores la Calidad de Vida Relacionada a Salud es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La importancia de este concepto radica en la percepción que las personas tienen sobre su estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual que se ve influenciado en gran parte por valores y creencias, su contexto cultural e historia personal, es decir dependerá de sus modos y estilos de vida (Naughton, Schumaker , 1996).

El concepto de calidad de vida relacionada a salud se ha analizado de varias maneras, en especial en los campos de la comunicación y del consumo (Schwartzmann,

2003). Se debe tomar en cuenta la dificultad de medir en su totalidad un fenómeno multicausal como es la autoevaluación de la percepción individual de la salud, se deberá partir de una base empírica, que permita pasar del concepto de percepción y preferencias a datos que provean evidencia científica de calidad (Schwartzmann, 2003). Además se deberá tomar en cuenta que las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento).” (Schwartzmann, 2003). Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que se puede encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena (Leplege y Hunt, 1998).

2.3 Medición de Calidad de Vida

Teniendo como antecedente que no existe una definición totalmente compartida de: la Calidad de Vida Relacionada con Salud CVRS, ni su completa diferenciación con el término Calidad de Vida en general, la información obtenida en base a diferentes investigaciones revela que se han construido guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos (Urzúa, 2010). La evidencia sugiere que su uso puede ser beneficioso en la práctica clínica cotidiana, (Martin, A. 2010), en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado. (Wu AW., 2000).

Los propósitos específicos de las mediciones en CVRS son: monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento. (Ebrahim, 1995).

Para Testa, 2000, las mediciones en CVRS tienen sus ventajas, ya que su uso ha permitido describir una condición o estado de salud, señalar cambios en el funcionamiento del individuo, establecer normas de referencia. Pese a esto, plantea inconvenientes en el uso de la CV, indicando que los resultados de CV son evaluados a menudo por mediciones del estado de salud filtradas por percepciones subjetivas y expectativas de las personas, lo cual podría alejarse del criterio clínico.

Según Testa, 2000 la importancia de la medición de la CVRS son los efectos del tratamiento cuando se toman decisiones clínicas. La utilización de la CVRS como un indicador de evaluación, fundamentalmente en las enfermedades crónicas, ya que las mediciones biológicas tradicionales que proveen información para el personal de salud, pero limitan su interés para la persona que recibe la intervención, lo que da como resultado una pobre medición de la capacidad funcional y el bienestar, áreas que son más familiares y que despiertan mayor interés en los pacientes. Se debe considerar además que pacientes con similares criterios clínicos, tienen a menudo respuestas diferentes (Guyat, G., Feeny D., Patrick D., 1993).

Los instrumentos que se utilizan para medir CVRS son comúnmente cuestionarios que deben basarse en el paciente como fuente de información, reflejando su opinión. Hay que tener en cuenta algunas consideraciones prácticas cuando se pretende administrar el cuestionario en condiciones habituales de la práctica clínica. Es decir, éste debe ser aceptado por los pacientes, profesionales sanitarios y por los investigadores. Por tanto, al diseñar el estudio y seleccionar el cuestionario de CVRS a utilizar es fundamental maximizar la información conseguida y minimizar la carga para investigadores y pacientes.

Como norma general, se deben seleccionar instrumentos que hayan sido evaluados debidamente. Los cuestionarios de CVRS pueden ser auto administrados o realizarse mediante entrevista personal o telefónica. En general un cuestionario que pueda ser completado por el paciente es más práctico (Sanz 1991). Los cuestionarios de CVRS tienen dos partes. La primera parte contiene unas instrucciones de administración para el usuario, o el entrevistador si los datos se recogieran mediante entrevista. El formulario debe ir también acompañado de una declaración explícita de confidencialidad y garantía de anonimato. La segunda parte es el cuestionario que consta de unas dimensiones de la CVRS y unos ítems o preguntas que describen los diferentes niveles de estas dimensiones. Cada pregunta es respondida en forma de una escala. Al describir las respuestas obtenidas o compararlas entre grupos de individuos, pueden utilizarse los ítems originales, las dimensiones de salud específicas o incluso una medida global de CVRS (Lohr, 2002).

Los cuestionarios de CVRS se pueden clasificar en función de si se desea explorar las distintas dimensiones o aspectos del daño que ocasiona una enfermedad, o de si se pretende integrar las dimensiones en un único indicador que resuma y cuantifique las consecuencias de padecer una determinada enfermedad. El primer caso es un enfoque multidimensional que refleja la naturaleza de la CVRS como un concepto tridimensional, recogiendo aspectos físicos, mentales y sociales (McDowell y Newell 1996). El segundo es un enfoque unidimensional donde se busca colapsar las distintas dimensiones para buscar un único indicador que pueda servir para medir o comparar distintas actuaciones o estados de salud. La obtención de las dimensiones y una medida global requieren de técnicas de ponderación. En muchas ocasiones la puntuación en una dimensión se obtiene simplemente sumando los resultados de los ítems correspondientes a dicha dimensión; mientras que, en otras ocasiones, los resultados de los ítems se ponderan de forma más o menos compleja. Sin embargo, la mayoría de los expertos coinciden en que es preferible obtener puntuaciones de manera simple y razonablemente justificada, realizando un análisis de sensibilidad posterior de los resultados bajo diferentes supuestos, que conducir experimentos muy elaborados para derivar escenarios de ponderación sofisticados (Cox et al. 1992).

Los instrumentos de CVRS se pueden clasificar en genéricos y específicos (Patrick y Deyo, 1989). Se denominan instrumentos genéricos aquellos que miden múltiples dimensiones o categorías y están diseñados para su aplicación en una gran variedad de pacientes. Los instrumentos específicos se centran en la medida de aspectos concretos de una determinada enfermedad (como, por ejemplo, cáncer o asma), de una

población (como, por ejemplo, ancianos o adolescentes), una función (como, por ejemplo, sueño o actividad sexual) o un aspecto clínico (como, por ejemplo, dolor o disnea). En general, los instrumentos específicos tienen un mayor poder de discriminación; es decir, son más capaces de detectar diferencias entre tratamientos alternativos (Ferrer et al. 1997 y Torres et al. 1999). Sin embargo, cuando se pretende comprobar el impacto que una determinada intervención tiene en el estado de salud, hay que tener en cuenta que ésta también influye en las características más generales del paciente. Por tanto, al evaluar el estado de salud será conveniente utilizar también algún instrumento genérico (Guyatt et al. 1993) este es el caso del cuestionario SF12. Cuando se pretende dar respuesta a problemas específicos de salud, se buscan instrumentos que sean sensibles a variaciones de CVRS en enfermedades específicas. Sin embargo, cuando el objetivo es comparar estados de salud entre sí, de cara al establecimiento de prioridades sanitarias o sociales, se busca un nivel de comparación abstracto y global sobre el daño que producen las enfermedades.

Los instrumentos que se han utilizado con mayor frecuencia para la Calidad de Vida Relacionada a Salud son el EUROQOL-5D, que es un instrumento genérico de medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. Además incluye un tercer elemento que es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad,

cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimente el cuestionario (Herdman, 200, p.25).

Otro instrumento utilizado es el Índice de Utilidades de Salud IUS (Health Utilities Index) desarrollado en Canadá por Feeny et al (Fenny, Furlong W, Boyle M, Torrance, 1995). El Índice de Utilidades de Salud se concibió como un instrumento genérico, capaz de ser empleado tanto en investigación clínica como a la hora de evaluar resultados de salud en la práctica médica asistencial, pertinente para todo tipo de personas y enfermedades, y para todo tipo de opciones terapéuticas empleadas (Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW, 1997).

El IUS está formado por un conjunto de preguntas categóricas que describen el estado de salud funcional de los individuos en un total de 8 atributos: Visión, Audición, Habla, Deambulación, Destreza, Emoción, Cognición y Dolor (Ruiz, M., Rejas, J., Soto, J., Pardo, A., Rebollo, I., 2003). En cada atributo se incluyen 5 o 6 niveles que varían desde la normalidad hasta el deterioro serio. Un estado de salud del IUS es definido por un vector que identifica el nivel de cada atributo que corresponde a ese estado. El vector que representa el estado de salud de un sujeto puede compararse la población de referencia, tanto de manera global como individual. Como sistema de clasificación, el IUS-3 permite valorar la situación de un paciente en cada uno de los 8 atributos, conocer la puntuación normativa que corresponde a su estado de salud y, en el caso de aplicarse en

situaciones sucesivas, valorar el cambio producido en cada atributo. En el ámbito sanitario el IUS permite calcular el grado de preferencia, denominado utilidad, que la población general manifiesta hacia cada uno de los estados de salud.

Un tercer cuestionario que evalúa la Calidad de Vida Relacionada a Salud es el Cuestionario de Salud SF-36 compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el Estudio de Resultados Médicos (Ware J., Sherbourne C., 1992) que incluían 40 conceptos relacionados con la salud (Ware, 2000). Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento (Ware, 2000). Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36 (Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., Gandek B., 1993). Existen 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la estándar (4 semanas) y la aguda (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas mayores de 14 años de edad y preferentemente debe ser auto-administrado, aunque también es aceptable la

administración mediante entrevista personal y telefónica (Ware, J, 2000). La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios auto-administrados y los administrados mediante entrevista.

El instrumento que se utilizó en el presente estudio corresponde a la encuesta SF12 v2 que es una versión reducida del SF-36. El SF-12 está formado por 12 ítems extraídos del SF-36 a partir de modelos de regresión múltiple que cubren con uno o dos ítems cada una de las ocho dimensiones que ofrece este instrumento. El SF-12 ofrece la ventaja de poder ser completado en apenas 2-3 minutos, en comparación a los 10 minutos que requiere el SF-36 (Iraugui, I. 2006, p.1).

2.4 Factores que influyen en la Calidad de Vida Relacionada a Salud

La toma de decisiones en el sector salud debe considerar la percepción de las personas que reciben la atención de los profesionales, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere además de indicadores cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, indicadores cualitativos que expresan el impacto de las intervenciones de los profesionales de salud sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente (Schwartzmann, 2003).

Además Schwartzmann, (2003) recomienda analizar el proceso de atención en salud en lo referente a la evaluación de la aplicación de procedimientos técnicos así como la evaluación del trato interpersonal del personal de salud, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación equipo de salud-paciente.

El esquema de Donabedian, (1966) para la evaluación en salud incorpora varios aspectos donde la característica de los profesionales de salud en relación a su excelencia técnica y su excelencia interpersonal dan como resultado indicadores clínicos, de satisfacción con el servicio y de percepción de la calidad de vida, de la siguiente manera:

Estructura	Proceso	Resultados
Características de la comunidad Características de la organización sanitaria Características de los proveedores de salud Características de la población	Excelencia técnica -Tecnología apropiada -Conocimiento científico Excelencia interpersonal -Relación médico-paciente -Eficiencia	Situación clínica -Morbilidad -Mortalidad Calidad de Vida Sobrecarga familiar Satisfacción con la atención en salud Expectativa de vida Costos

Fuente: Donabedian (1966).

La Calidad de Vida relacionada a Salud es un concepto multidimensional que está influenciado por componentes físicos, psicológicos y sociales asociados con la enfermedad o el tratamiento terapéutico (Revicki, D., 1989).

La mayoría de los autores citados coincide en que el constructo teórico de la CVRS involucra al menos cuatro dimensiones, con distintas representaciones de acuerdo con el problema que se quiera abordar. Estas son: estado físico y ocupacional y habilidades funcionales; Estado psicológico y bienestar; Interacciones sociales; Sensaciones somáticas (Spilker, B., 1990).

Lugo, L., García, H., Gómez, C., (2002) realizan una revisión sobre los conceptos de calidad de vida en general y calidad de vida relacionada a salud y hacen un compendio

de los cuatro componentes que tiene la Calidad de Vida Relacionada a Salud y los diferentes subcomponentes que esta contempla desde la visión de salud como el resultado de la interacción de varios factores, estos son:

1. **Funcionamiento físico y ocupacional:** es el factor más utilizado para evaluar los resultados de una intervención. Incluye preguntas típicas sobre la fuerza muscular, la vitalidad o la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
2. **Funcionamiento psicológico:** numerosos estudios que muestran que los médicos son pobres estimadores del estado psicológico del paciente, en comparación con las enfermeras, los trabajadores sociales y los psicólogos. De los múltiples parámetros psicológicos que tienen un impacto en la CRVS, unos de los más ampliamente estudiados son la ansiedad, la depresión y el pánico. Las medidas psicométricas utilizadas en los estudios de CVRS pueden ser simples preguntas que inquieren directamente sobre el estado de ánimo, la depresión o la ansiedad, o pueden ser preguntas sofisticadas y complejas tomadas de las pruebas psicométricas existentes.
3. **Interacción social:** se refiere a la capacidad del paciente para mantener relaciones con las demás personas en la vida comunitaria. Estas relaciones son generalmente jerárquicas: con los familiares, con los grupos de amigos, en el trabajo y asociaciones laborales o profesionales y con la comunidad en general.

4. Sensaciones somáticas o síntomas: es el sentimiento de discomfort físico del paciente. Incluye entre otros, el dolor, las náuseas y las sensaciones de ahogo por falta de aire.

Abordar el tema de Calidad de Vida es algo desafiante y difícil porque la búsqueda por un sentido común en torno a su concepto ofrece aún más preguntas que requieren profundas reflexiones sobre este tema (Araújo, G., Soares, M., Henriques, M., 2009). Estas preguntas se reflejan en la práctica del campo de la salud, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas, en otras palabras, un mejor y más saludable modo de vida.

La enfermería tiene un papel importante en relación al mantenimiento, la promoción de la salud y la calidad de vida de los individuos y de las comunidades. Al analizar a la salud como la promoción de la calidad de vida requiere no solo pensar en la solución de los problemas relacionados con su recuperación, sino en actividades de integración con el orden público (Albuquerque, S., 2003), capaces de transformar los entornos y espacios en ambientes saludables y armoniosos para vivir.

El instrumento que fue diseñado por el autor y docentes de la PUCE se basa en el Proceso de Atención de Enfermería, considerada una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de Enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico.

Así pues los diagnósticos, las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados de Enfermería para el ámbito asistencial y también para el comunitario, contribuyen al registro y medición de la calidad del cuidado, de manera que se fortalezca la evidencia en el quehacer de Enfermería y los diversos aspectos derivados de la investigación.

Igualmente, es claro para la docencia que el proceso de enfermería es una herramienta que permite enseñar el cuidado de Enfermería en las prácticas con los estudiantes tanto comunitarias como asistenciales, y que éste proceso ha sido aceptado y aprobado por la academia de Enfermería a nivel mundial, por los efectos positivos que produce el hecho de que se hable en el mismo lenguaje de Enfermería en la mayoría de los países.

Por estas razones, se podría decir que el Proceso de Atención de Enfermería es un instrumento válido, ya que es producto de la ciencia, la academia y la investigación, que se caracteriza por ser sistemático, metódico, dinámico, medible y oportuno; y porque a través de la implementación y evaluación de sus resultados tanto en el campo asistencial como comunitario y con la investigación, se aporta a revisar, priorizar y fortalecer la práctica del cuidado y el estatus del profesional de Enfermería que sin lugar a duda tendrán impacto en la Calidad de Vida o evaluación de salud de las personas que reciben la atención (Donabedian,1966).

2.5 Conceptualización del Proceso de Atención de Enfermería

Desde sus inicios, la Enfermería ha buscado el camino para ser una ciencia y se logra consolidar a través de la aplicación del método científico. A continuación se presentan las definiciones que se ha dado al PAE, razón de ser de esta profesión.

Existen en la actualidad diferentes definiciones del Proceso de Enfermería, Iyer P. (1995), lo define como:

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Alfaro (1996), lo define como “un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados” ya que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real o potencial.

Reyes, I. (2004), en el artículo de Proceso de Enfermería define al PAE como: “aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia”.

Por tanto, a raíz de estos conceptos: es importante conocer los fines de la profesión para entender que el Proceso de Enfermería consiste en la aplicación del método científico

(valoración, diagnóstico, fundamento científico del diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) para brindar al paciente una atención individualizada mediante el cuidado holístico, centrado en el logro de resultados esperados. Este es un proceso cíclico y los pasos se encuentran interrelacionados, combina: habilidades del pensamiento crítico, valores éticos que llevan a la creación de un método de resolución de problemas. Este concepto se lo va a tomar en cuenta para la presente investigación.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es brindar una atención ya sea al individuo, familia y/o comunidad con un enfoque holístico, aunque también se mencionan otros objetivos específicos:

- a. Establecer una base de datos para planificar, desarrollar y evaluar el plan de cuidados que se va a brindar al individuo, familia y/o comunidad.
- b. Identificar las necesidades reales y potenciales del individuo, familia y/o comunidad: una vez que se obtiene la base de datos, la identificación y priorización de las necesidades, es útil para la elaboración del diagnóstico enfermero.
- c. Plantearse un objetivo en función de las necesidades del cliente: el fin es guiar las intervenciones para que el individuo alcance resultados positivos.
- d. Establecer y ejecutar un plan de cuidados con las actividades en orden de prioridad a realizarse: dichos cuidados o intervenciones ayudarán a la persona a alcanzar su bienestar y mejoría.
- e. Evaluar resultados esperados: es decir valorar la eficacia y la efectividad de las actuaciones de Enfermería.
- f. Por último el seguimiento para dar continuidad al cuidado de las personas.

2.6 Prácticas de Enfermería enmarcadas en el Aprendizaje de Servicio

Se hace necesario incluir dentro de la revisión bibliográfica el concepto de Aprendizaje de Servicio o “Service learning” entendido como: “una forma de experiencia educativa en donde los estudiantes se involucran en actividades enfocadas a las necesidades de las personas y comunidades en función de oportunidades de aprendizaje y desarrollo estudiantil” (Jacoby, B., 1996). El aprendizaje de servicio involucra a docentes y estudiantes en conjunto con los miembros de la comunidad en actividades enmarcadas en el cumplimiento de objetivos de aprendizaje al mismo tiempo que se cubren las necesidades de la comunidad.

De acuerdo a Eyler, J., Giles, D. (1999), la calidad de la experiencia del aprendizaje de servicio incluye las siguientes componentes: malla curricular y proyectos que son sustentables y desarrollados en conjunto con la comunidad; actividades que tengan significado para el estudiante y la comunidad. Deberá existir una relación clara entre conexión entre las actividades comunitarias y los objetivos de aprendizaje y metas que alcancen a cubrir las diversas necesidades y problemas sociales.

Estudios demuestran que el aprendizaje de servicio tiene un impacto positivo en las actitudes de los estudiantes frente al compromiso con la comunidad, así como su crecimiento en relaciones interpersonales y habilidades para la resolución de problemas

(Eyler & Giles, 1999; Eyler, Giles, Stentson, & Gray, 2001; Moely, McFarland, Miron, Mercer, & Illustre, 2002).

La mayoría de estudios de investigación sobre este tema se centran en la evaluación de los resultados de aprendizaje y el impacto que tiene su participación en las creencias, actitudes y prácticas de los estudiantes (Astin, A., Sax, L., 1998).

El integrar la educación superior en salud en la dinámica de la comunidad ha ido teniendo mayor frecuencia. Literatura encontrada en el campo de medicina, enfermería, salud pública y trabajo social indican beneficios en incorporar el aprendizaje de servicio como parte del currículo y como una experiencia de aprendizaje interdisciplinar (Hodges, E., Videto, D., 2008; Gitlow, L., Flecky, K., 2005; Gutheil, Kearny, 2008; Peabody, C., Block, A., Jain, S., 2008). Los estudiantes se benefician de las oportunidades para desarrollar su conocimiento y habilidades al trabajar en las situaciones de la vida real y las comunidades se benefician del servicio y recursos de salud que se les proveen (Brush, D., Markert, R., Lazarus, C., 2006).

2.7 Prácticas de Enfermería y Calidad de Vida

La bibliografía consultada no arroja resultados que evalúen el impacto de las prácticas pre profesionales de Enfermería sobre la Calidad de Vida relacionada a Salud tanto a nivel nacional como internacional, en consecuencia el autor plantea que se evalúe la asociación entre dichas prácticas y la calidad de vida relacionada a salud de las familias

puesto que los estudiantes dan seguimiento a las actividades que se plantean en función de un diagnóstico inicial de necesidades sin determinación de los resultados de sus intervenciones.

El autor ha sido responsable de las prácticas pre profesionales por cuatro años consecutivos; tiempo que le ha permitido detectar la necesidad de plantear el presente estudio de investigación. El autor plantea plantear la descripción de la práctica de Enfermería en general, los objetivos que esta pretende alcanzar y describir su situación en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Es importante destacar que la integración de la teoría y la práctica en la formación académica es una de las acciones claves de las instituciones de educación superior. Las facultades y escuelas de enfermería no son una excepción y la relación entre lo que se enseña en las aulas y laboratorios y lo que se aprende en los sitios de práctica genera en los estudiantes y las personas que reciben su atención grandes interrogantes. El estudiante implicado en el proceso de aprendizaje es el que utiliza los recursos disponibles a su alcance para integrar teoría y práctica de una manera dinámica (Ubeda, et al., 1993).

Algunos autores han introducido conceptos como praxis o práctica reflexiva en el campo de la docencia en enfermería (Colina, Medina, 1997). El eje central lo constituye la práctica, entendida como un concepto más que la simple aplicación mecánica de lo que el estudiante aprende en el aula o una repetición de lo observado durante los periodos que pasa en los laboratorios y centros asistenciales. La práctica reflexiva consiste en una

visión mucho más amplia de la labor de enfermería, en la que cada problema es único, desarrollado en una realidad determinada, y cuya resolución radica en la acción desde el aprendizaje reflexivo. Desde este punto de vista, las prácticas clínicas toman gran relevancia y la necesidad de que el aprendizaje en este ámbito sea riguroso (Pérez, et al., 2002).

Según Medina (1998) el aprendizaje de la enfermería es significativo cuando se produce un proceso en el que se parte de los conocimientos, se reflexiona sobre la acción con el conocimiento como marco, se lleva a cabo la acción y nuevamente se realiza un proceso reflexivo. Sin embargo, este proceso es particularmente complejo, porque el estudiante vive y aprende en dos realidades diferentes y en cierto modo contradictorias: una que fomenta la independencia, dentro del aprendizaje en el aula y otra que fomenta la dependencia, a lo largo del aprendizaje en las prácticas. La causa, según Zabalegui (2000), está en la falta de autonomía en su ejercicio profesional. La relación entre la competencia profesional y la autonomía es motivo de reflexión frecuente. Autores como Havens et ál. (2002) relacionan la mejora en los resultados de los cuidados con el mayor nivel de autonomía de las enfermeras.

2.8 Prácticas Pre profesionales en la PUCE

Con la finalidad de que el estudiante de Enfermería brinde atención de calidad y segura a las personas con un enfoque biopsicosocial que integre a la familia, la carrera de Enfermería de la PUCE ha desarrollado la materia Fundamentos de Enfermería familiar y

comunitaria, que es una asignatura teórico-práctica, que permite al estudiante analizar las bases conceptuales de las teorías de Enfermería y su aplicación en la práctica, además la historia de la Enfermería a nivel mundial y del país. Proporciona al estudiante conocimientos y elementos necesarios para trabajar con las familias y la comunidad a través de la aplicación del Modelo de Atención Integral del Salud utilizando como base la Atención Primaria de Salud e incluyendo herramientas para el abordaje familiar y comunitario.

Además esta asignatura le permite al estudiante adquirir conocimientos sobre aspectos más relevantes de los niveles de prevención, haciendo énfasis en la promoción de la salud.

Objetivo General

Aplicar los principios de Promoción en Salud en las familias de atención prioritaria.

Objetivos específicos

- a. Fundamentar las bases teóricas en las familias seleccionadas.
- b. Realizar procedimientos aprendidos como entrevistas, visitas domiciliarias, técnica del maletín en la atención de las familias.
- c. Aplicar los recursos del abordaje familiar en la atención de las familias seleccionadas para identificar factores de riesgo.
- d. Identificar factores de riesgo individual y familiar.
- e. Identificar problemas individuales y familiares.

- f. -Realizar acciones de educación para la salud.
- g. -Realizar acciones de seguimiento a las familias.
- h. Producir materiales para la promoción de la salud tomando en cuenta las necesidades.
- i. Referir al Centro de Salud a las familias que necesiten atención médica.

Actividades

- a. Seleccionar dos familias en la comunidad.
- b. Cronograma de trabajo con las familias para el semestre.
- c. Planificación de visitas domiciliarias para las familias seleccionadas.
- d. Planificación de entrevistas para recolección de información.
- e. Aplicación de procedimientos aprendidos en clase.
- f. Recolección de la información que exige el instrumento para la práctica de Fundamentos de Enfermería.
- g. Referencias a familias que necesiten atención especializada.
- h. Promoción de la salud mediante charlas educativas a nivel familiar o grupal en la unidad operativa.
- i. Realizar el diario de campo para cada familia seleccionada.
- j. Evaluación de las actividades realizadas en la visita domiciliaria

La Calidad de Vida Relacionada a Salud abarca aspectos subjetivos, por lo que es importante recordar que el objeto de Enfermería es la experiencia de salud de las personas, y que durante el proceso de cuidado de enfermería en las familias, se está garantizando no

solo el reconocimiento de la labor del profesional de Enfermería sino el logro de mejores condiciones de bienestar para este y para la persona que recibe la atención, recordando que en la medida en que cada uno de los miembros de la familia goce de salud, esta contribuirá a la salud familiar y de su comunidad.

CAPITULO III

Metodología y diseño de la investigación

3.1 Objetivo General

Determinar la influencia de la práctica pre profesional de Enfermería Familiar de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sobre la percepción de calidad de vida relacionada a la salud de las familias del barrio Tola Chica de la parroquia Tumbaco del Distrito Metropolitano de Quito, de agosto a noviembre de 2014

3.1.2 Objetivos Específicos

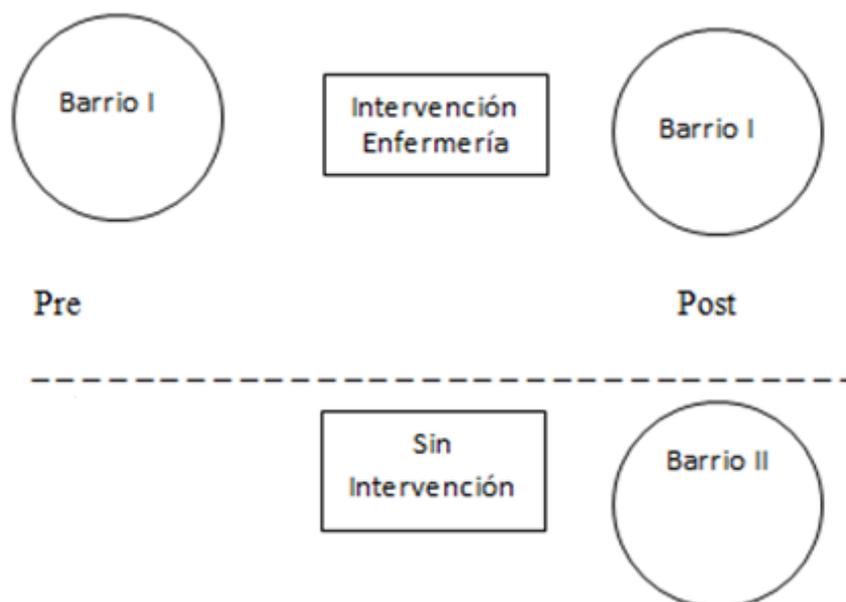
1. Caracterizar socio-demográficamente a las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal del Distrito Metropolitano de Quito.
2. Evaluar el cumplimiento de las intervenciones de Enfermería de los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la PUCE en relación a las escalas de dominio de salud.
3. Evaluar la calidad de vida relacionada a salud a través de la medición de las escalas de dominio de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función Social, Rol emocional y Salud mental de las familias de los dos barrios seleccionados antes y después de la intervención.
4. Analizar las brechas (diferencias) de percepción de calidad de vida relacionada a salud que se encontraron antes y después de la implementación y no implementación de las prácticas pre profesionales de Enfermería Familiar.

3.2 Tipo de estudio

El presente estudio utilizó el diseño denominado Grupo Control sin selección aleatoria, perteneciente al diseño cuasi-experimental. El diseño compara dos grupos poblacionales, uno denominado grupo de intervención y el otro denominado grupo control cuya asignación de sujetos no se ha realizado de manera aleatoria. Se tomó en cuenta que los individuos de los dos grupos a ser comparados sean asignados de la misma manera y posean características similares para la lograr que la investigación tenga mayor validez interna.

Se realizó una evaluación sobre la percepción de la calidad de vida en salud que tenían las familias antes (pre) y después (post) de las intervenciones de Enfermería y en el grupo control que no tuvo ninguna intervención se realizó una sola evaluación.

Gráfico 3. 1 Descripción de estudio de investigación



3.2 Población objetivo

Los barrios donde se llevó a cabo la investigación pertenecen a la Parroquia Tumbaco, ubicada al nororiente del Distrito Metropolitano de Quito. Los barrios están ubicados a 2.235 m.s.n.m. su clima es cálido-seco, con una temperatura media: 17.5°C.

La población de Tumbaco según el censo del INEC 2010 es de 49.944 habitantes con una tasa de crecimiento anual del 5.3%, esto determina una relación de 588 habitantes por km², de la cual el 36.3% está localizado en la zona urbana de la parroquia; las aglomeraciones de población se asientan en alrededor del 32 % a lo largo de las Tolas y El Arenal, 23% en el Centro, 18% en Collaquí (GAD Tumbaco, 2012).

Los barrios donde se realizó la investigación fueron Tola Chica y El Arenal, puesto que concentran una cuarta parte de la población total de Tumbaco, es decir aproximadamente 11.487 habitantes (GAD Tumbaco, 2012). Además tienen características similares como: altura, temperatura, actividad económica, cobertura de red de agua potable, alcantarillado, energía eléctrica, cuentan con vías de primer y segundo orden.

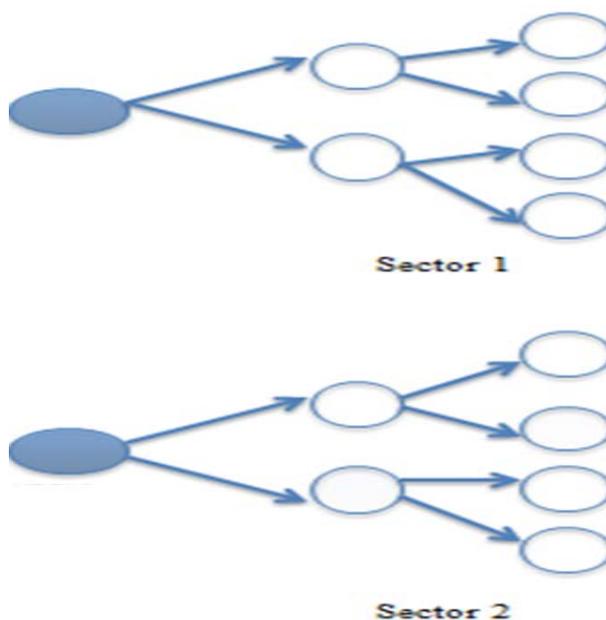
En la investigación se tomó en cuenta a toda la población; participaron las 45 familias del barrio Tola Chica que recibieron la intervención de los estudiantes de Enfermería, en primera instancia 10 familias fueron seleccionadas en un inicio según referencias del líder del barrio; para la selección de las demás familias se utilizó la técnica de muestreo de bola de nieve no discriminatorio exponencial, donde algún miembro de las familias referidas nominó a otras familias que tenían un rasgo de interés similar y de esta manera se logró que las familias tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas.

Para la selección del grupo control se tomó un número equiparable de familias del barrio El Arenal correspondiente a 42 familias; las cuales que tenían características similares al grupo control en lo referente al número de miembros de familia, características de vivienda y tipo de familia.

Las familias seleccionadas firmaron un formulario de consentimiento informado para participar en el estudio donde se les explicó el propósito del proyecto de investigación, los beneficios de participar en el estudio, posibles riesgos, etc. (ver Anexo 1). Las familias que participaron en el grupo control fueron informadas que serían beneficiadas el año académico siguiente con las intervenciones de los

estudiantes de Enfermería, una vez que se haga el análisis de los resultados obtenidos.

Gráfico 3. 2 Diseño muestral del estudio de investigación



3.3.1 Criterios de inclusión

- a. Familias de los barrios Tola Chica y El Arenal que aceptaron de forma voluntaria participar de la investigación.
- b. Familias donde el miembro que proporcionó la información era mayor de 18 años y sabía leer y escribir
- c. Familias que no fueron intervenidas por algún estudiante de Enfermería de la PUCE en los últimos tres semestres anteriores al de la intervención.

3.3.2 Criterios de exclusión

- a. Familias donde el miembro que proporcionó la información era menor de 18 años y que no sabía leer y escribir

- b. Familias que no desearon participar del estudio y que no firmaron el consentimiento informado.
- c. Familias que se encontraban recibiendo intervenciones por estudiantes de Enfermería o Medicina de cualquier universidad.

3.3.3 Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Escala
Estado civil	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Casado Divorciado Soltero Viudo Unión Libre	Estado civil que se obtiene al contraer matrimonio. Persona que ha disuelto su matrimonio legalmente. Persona que no ha contraído matrimonio. Estado por haber perdido a su conyugue por fallecimiento. Una pareja de hecho, emparejamiento doméstico o asociación libre.	Frecuencia	Nominal
Escolaridad	Tiempo en el que un niño/a asiste a un centro de enseñanza.	Analfabeto Primaria Secundaria Tercer Nivel	Persona que NO sabe leer ni escribir. Persona que culminó sus estudios hasta 7mo de básica. Persona que culminó sus estudios hasta el bachillerato. Persona que culminó sus estudios universitarios.	Frecuencia	Ordinal
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Trabaja Quehaceres Domésticos Desempleado	Persona que acude normalmente a trabajar. Persona que se dedica al cuidado del hogar. Persona que ha perdido su trabajo.	Frecuencia	Nominal
Número de miembros de	Cuantos integrantes comprende la	2-4 5-8		Intervalo	Nominal

la familia	familia.	9 y mas			
Tipos de familias	Familias que se caracterizan por las personas que la integran.	F. Nuclear F. Ampliada F. Monoparental F. Compuesta	Familia que se compone de padre, madre e hijos. Familia que se compone de padre, madre, hijos y otros familiares como abuelos, tíos, primos etc. Familia con un solo progenitor (padre o madre) e hijos. Familia con padres, hijos y otras personas que conviven con ellos pero no son parientes.	Frecuencia	Nominal
Salario mensual	Suma de dinero que recibe una persona por su trabajo.	Sueldo básico < sueldo básico >Sueldo básico	\$340 dólares americanos Menos de \$ 340 dólares americanos Más de \$340 dólares americanos • 340 a 1000 USD • 1001 a 1500 USD • 1500 a 2000 USD	Intervalo	Nominal
Función Física (2)	Actividades o cosas que se podrían hacer en un día normal. <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o	1 2 3 1 2	Limita mucho Limita poco Limita nada Limita mucho Limita poco	Frecuencia	Ordinal

	<p>caminar más de 1 hora. <u>Subir varios pisos</u> por la escalera</p>	3	Limita nada		
Rol físico (2)	<p>Problemas en el trabajo u otras actividades cotidianas a causa de la salud física <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer</p> <p>Estuvo <u>limitado</u> en el tipo de trabajo u otras actividades</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>1 2 3 4 5</p>	<p>Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca</p> <p>Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca</p>	Frecuencia	Ordinal
Dolor corporal (1)	<p>hasta qué punto el dolor dificulta el trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las</p>	<p>1 2 3 4 5</p>	<p>Nada Un poco Regular Bastante Mucho</p>	Frecuencia	Ordinal

	tareas domésticas)				
Salud General (1)	Percepción de la salud en general	1 2 3 4 5	Excelente Muy buena Buena Regular Mala		
Vitalidad (1)	Energía para realizar las actividades	1 2 3 4 5	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Frecuencia	Ordinal
Función Social (1)	Frecuencia con la que la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)	1 2 3 4 5	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Frecuencia	Ordinal
Rol Emocional	Frecuencia con la que ha tenido				

(2)	<p>problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso</p>	<p>1 2 3 4 5</p>	<p>Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca</p>
	<p><u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer</p>	<p>1 2 3 4 5</p>	<p>Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca</p>
	<p>Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente que de costumbre</u></p>		
Salud Mental (2)	<p>Cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas</p>	<p>1</p>	<p>Siempre</p>

Se sintió calmado y tranquilo	2	Casi siempre
	3	Algunas veces
	4	Casi nunca
	5	Nunca
	1	Siempre
Se sintió desanimado y deprimido	2	Casi siempre
	3	Algunas veces
	4	Casi nunca
	5	Nunca

3.4 Metodología

3.4.1 Instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizaron cuatro instrumentos que estaban acordes con los objetivos de la investigación y se aplicaron de la siguiente manera:

Con el fin de alcanzar el primer objetivo se utilizaron dos instrumentos, el primero consistió en un cuestionario sociodemográfico elaborado por el equipo de docentes del área de Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2005 para la recolección de datos sobre variables como: edad, tipo de familia, nivel de educación, ingresos familiares, tipo de vivienda, servicios básicos, etc. El instrumento ha sido utilizado en las comunidades de Machachi, Nanegal, Pacto, Cayambe y Cutuglagua (ver Anexo 2).

El segundo instrumento correspondía a la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico de hogares elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador en el año 2010 (ver Anexo 3), la misma que sirvió para la recolección de datos de seis dimensiones relacionadas con: vivienda, uso de tecnología, tenencia de bienes, hábitos de consumo y actividad económica; la educación del jefe del hogar en una variable que va sola en esta dimensión. Para la estratificación de las familias se las agrupó en 5 conglomerados, y a la vez permitió obtener los umbrales para cada uno de los estratos como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 3. 1	<u>Grupos socioeconómicos</u>	<u>Umbrales</u>	Niveles de
		A	
	B	De 696,1 a 845 puntos	
	C+	De 535,1 a 696 puntos	
	C-	De 316,1 a 535 puntos	
	D	De 0 a 316 puntos	

estratificación socioeconómica de Ecuador

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013).

Aplicando el modelo de regresión se obtuvo un puntaje para cada hogar, si el hogar alcanza un puntaje entre 0 y 316 puntos pertenece al estrato D, si el hogar alcanzaba un puntaje mayor a 316 y menor o igual a 535 se dice que pertenece al estrato C-, los hogares que obtuvieron un puntaje mayor a 535 y menor o igual a 696 pertenecen al estrato C+, los hogares que tenían un puntaje mayor a 696 y menor o igual a 845 se las colocó en el estrato B, y finalmente los hogares que alcanzaban un puntaje mayor a 845 hasta 1000 puntos estaban en el estrato A (INEC, 2010).

Para el logro del segundo objetivo que fue evaluar el cumplimiento de actividades de Enfermería de acuerdo a las dimensiones de salud el autor en conjunto con las docentes responsables de la práctica pre profesional de Enfermería de la PUCE elaboraron una lista de chequeo de las intervenciones de Enfermería

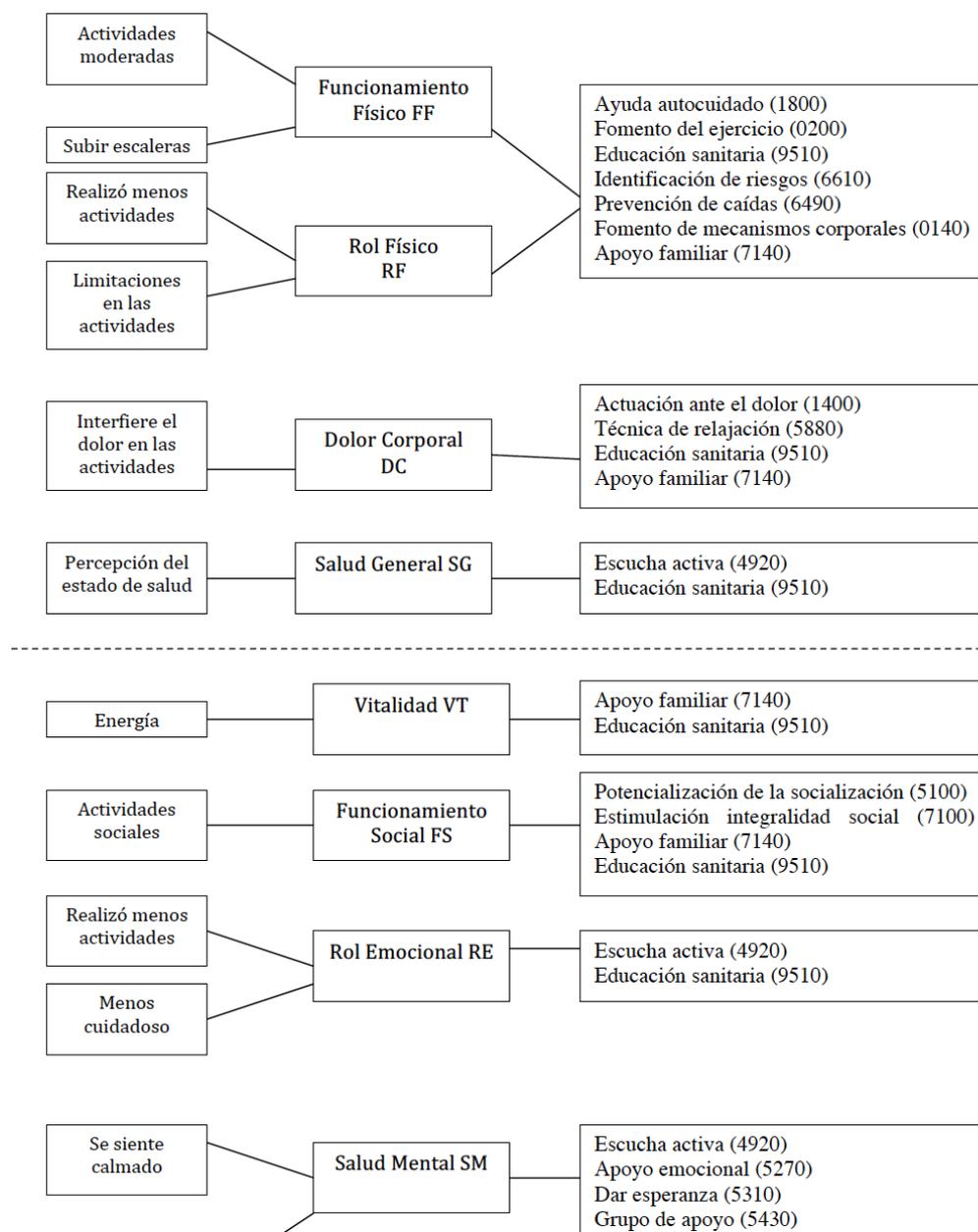
en lo referente al componente de Promoción de Salud, Educación para la salud, Prevención de Riesgos (Ver Anexo 4). Las actividades de Enfermería que se evaluaron estuvieron agrupadas en la categoría NIC (Nursing Interventions Classification), este es un lenguaje comprensivo, estandarizado que describe los cuidados de los profesionales de Enfermería en todos sus campos de acción. Las intervenciones NIC incluyen cuidados en las esferas física, psicológica, social y espiritual.

Cabe recalcar que “cada intervención del NIC tiene un número único que pueda facilitar la automatización. Las intervenciones del NIC se han ligado al desarrollo del trabajo de la enfermera y están en curso de ser ligado a resultados en los pacientes” (Ibarra, 2014). Las intervenciones han pasado por un proceso de revisión y estandarización del lenguaje enfermero para que sea adoptado a nivel mundial.

De acuerdo a los objetivos de práctica descritos en el marco teórico el autor y docentes de la práctica pre profesional plantean diversas actividades enfocadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que fueron evaluadas al concluir el semestre académico. Se realizó un test de confiabilidad de este instrumento basado en una variación del alfa de Cronbach (Shevlina, J., Milesb,

M., Daviesc, S., Walkerc, 2000). El alfa de Cronbach general fue 0,923 que indica una robusta confiabilidad del instrumento.

Gráfico 3. 3 Clasificación de las intervenciones de enfermería para alteraciones en los dominios de cuestionario SF-12



A fin de cumplir con el tercer objetivo y cuarto objetivos de la investigación se aplicó la encuesta SF-12v2 (ver Anexo 5) en dos momentos antes y después de las intervenciones de los estudiantes de Enfermería en las familias del barrio Tola Chica y en un solo momento en las familias de El Arenal. La encuesta SF-12v2 traducida al español consiste en 12 preguntas que se contestan en una media de 2 minutos (Rebollo, 2008).

El cuestionario SF-12v2 no se dirige a una población específica, ni a una enfermedad o grupo de tratamiento específicos. “Ha demostrado ser útil en estudios de poblaciones generales y específicos, en la comparación del peso de las enfermedades, y en la diferenciación de los beneficios para la salud producidos por una amplia gama de tratamientos. Sin embargo, no es un estudio exhaustivo de la salud” (Ware, Kosinski, Turner, Sundaram, Gandek, Maruish, 2009).

El SF-12 pondera y suma escalas interpretables para la salud física y mental. Las puntuaciones físicas y mentales se calculan utilizando las puntuaciones de doce

preguntas en un rango de 0 a 100, donde una puntuación de cero indica el nivel más bajo de la salud y 100 indica el más alto nivel de salud. Los datos obtenidos con la encuesta SF-12 han sido desarrollados, probados y validados por Quality Metric Incorporated. De acuerdo a la población americana del año 2000 la confiabilidad del Resumen del Componente Físico del SF12 corresponde a 0.89 y el Resumen del Componente Mental corresponde 0.86 (Ware, J., Kosinski, M., Turner, D., Sundaram, M., Gandek, B., Maruish, M., 2009).

Con las 12 preguntas del cuestionario se construyen ocho dimensiones de la CVRS, y a partir de ellas dos componentes resumen: físico (PCS) y mental (MCS). Las dimensiones son:

- 1) Función física (FF; generada con dos preguntas del cuestionario): grado en que la salud limita las actividades físicas de subir escaleras y andar más de 1 h.
- 2) Rol físico (RF; dos preguntas): grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- 3) Dolor corporal (DC; una pregunta): intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- 4) Salud general (SG; una pregunta): valoración personal de la salud.

5) Vitalidad (VT; una pregunta): sentimiento de vitalidad frente a sentimiento de cansancio y agotamiento.

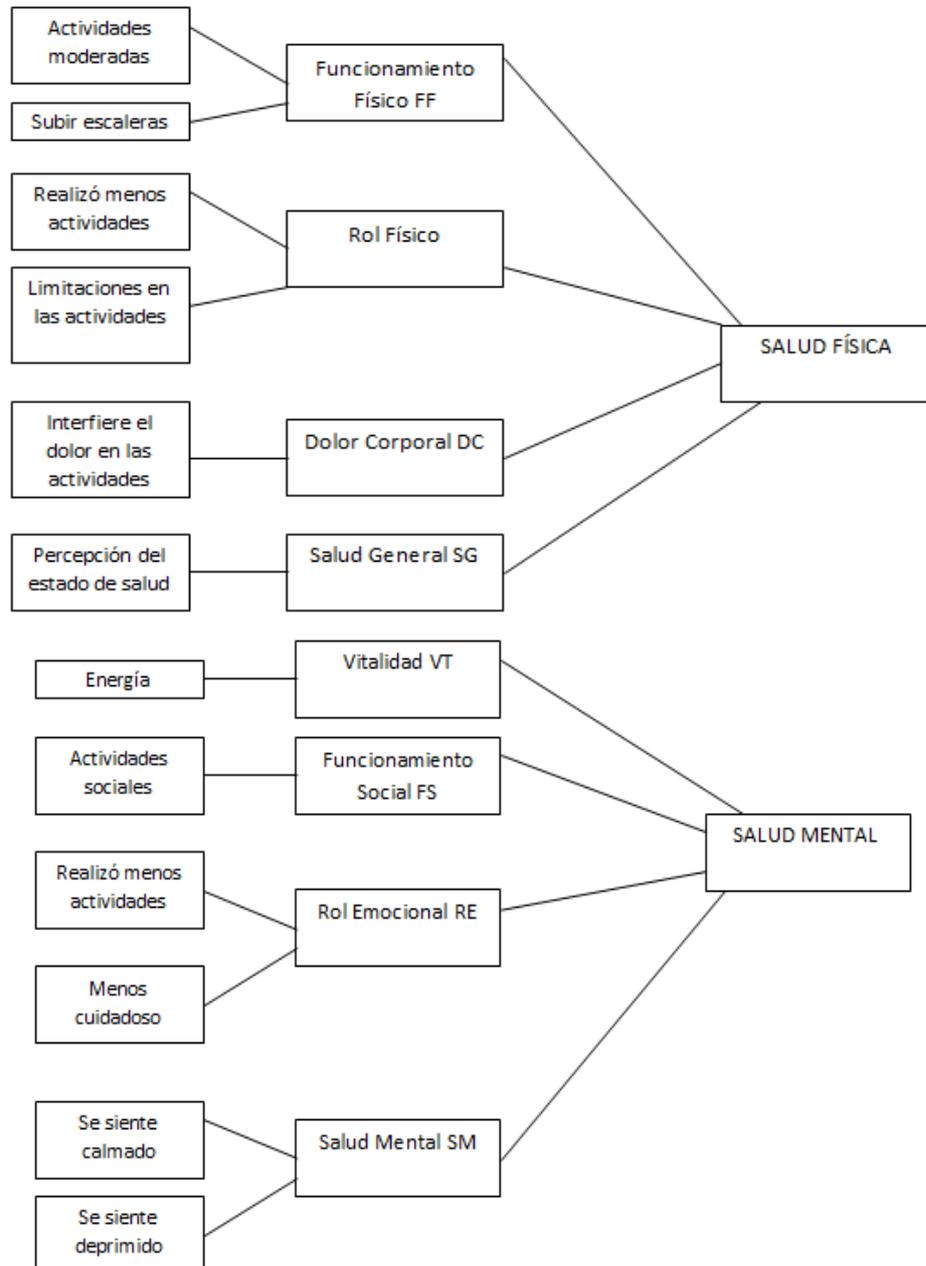
6) Función social (FS; una pregunta): grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida habitual.

7) Rol emocional (RE; dos preguntas): grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo o las actividades cotidianas.

8) Salud mental (SM; dos preguntas): sentimiento de tranquilidad, desánimo o tristeza.

La estimación de las dimensiones y componentes sumarios se las hará en base al método estándar que utiliza el algoritmo con las medias, las desviaciones estándar y los pesos factoriales de la población general americana. Para facilitar la interpretación de los resultados el algoritmo genera, para cada dimensión y componente resumen, una nueva variable centrada en el valor de media de 50 con una desviación estándar de 10; que corresponde a la media de la población americana de 1998 (Ware, Kosinski, Turner, Sundaram, Gandek, Maruish, 2009).

Gráfico 3. 4 Modelo de Medida del cuestionario SF-12



3.4.2 Tipo

En la parroquia de Tumbaco a 50 familias con la intención de ampliar los instrumentos y disminuir la posibilidad de sesgo en la investigación.

La aplicación del instrumento se realizó en dos momentos, el primero fue la primera semana de septiembre de 2014 antes de que los estudiantes de Enfermería iniciaran las prácticas familiares. El segundo momento de recolección de datos fue la última semana de noviembre de 2014, una vez culminadas las prácticas.

Las intervenciones de Enfermería que los estudiantes ejecutaron en el grupo experimental estuvieron programadas una vez por semana los días jueves o viernes en un periodo de 2 horas semanales durante 8 semanas seguidas.

3.4.3 Procedimientos / procesos

Personal	Función
Investigador	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, ejecución , monitoreo y evaluación de la investigación • Publicación de los resultados de la investigación • Capacitación a los encuestadores sobre la aplicación del instrumento • Aplicación del cuestionario • Análisis de la información obtenida
Estadístico Encuestadores	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis estadístico, utilizando para ello el software estadístico de SPSS. • Aplicación del instrumento

3.4.4 Tipo Análisis y almacenamiento de datos

Para el procesamiento de la información de la encuesta SF-12 se utilizó el software Quality Metric Health Outcomes, donde para cada dimensión del cuestionario SF-12v2 se calculó la media de la distribución, el valor mínimo, el valor máximo y el porcentaje de sujetos que refirieron puntuaciones por encima y por debajo del valor 50, de manera que los valores por encima y por debajo se corresponden con una mejor o peor de la CVRS.

Para el almacenamiento de los datos de las familias se utilizaron códigos alfanuméricos para asegurar el anonimato y la confidencialidad de los participantes en el estudio.

Para el almacenamiento y procesamiento de las variables sociodemográficas y de cumplimiento de las intervenciones de Enfermería de los estudiantes se utilizó el programa SPSSv20.

El análisis de las variables de los componentes físico y mental que miden la Calidad de Vida Relacionada a Salud (análisis bivariado) fue realizado en un inicio con un test de normalidad (Shapiro and Wilk, 1965). Para determinar si esas variables son homocedásticas fue hecho test de Levene (Levene, 1960). Fue hecho un test de ANOVA para determinar si existen diferencias significativas entre el grupo caso pretest y postest, y en el grupo pretest caso y grupo control. Todos los análisis fueron hechos en el programa JMP® 9.0.1 (SAS Institute 2010).

CAPÍTULO IV

Análisis de datos

El presente capítulo presenta los datos obtenidos después de la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Estratificación Socioeconómica del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Cuestionario Sociodemográfico de la Facultad de Enfermería de la PUCE para la caracterización de familias, una lista de chequeo de las Intervenciones de los estudiantes de Enfermería de la PUCE y el Cuestionario de la Evaluación de la Calidad de Vida SF12v2 versión en español.

Este capítulo está dividido en tres secciones: La primera caracteriza socio demográficamente a las familias que participaron en el estudio, la segunda describe el cumplimiento de las intervenciones de Enfermería de los estudiantes de la PUCE y la tercera sección describe los resultados de la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias estudiadas antes y después de las intervenciones de los estudiantes de Enfermería.

4.1 Familias participantes en el estudio:

Este estudio tuvo un modelo cuasi-experimental aplicado en dos grupos de individuos, que luego de un proceso de consentimiento informado se dividieron de la siguiente manera: el grupo al cual se realizó la intervención de Enfermería fue Tola Chica y consta de 45 familias y el grupo control, El Arenal, barrio de características aparentemente similares al primero con un grupo de 42 familias. Las encuestas fueron respondidas por un miembro de la familia (aquel que se encontraba con mayor frecuencia en casa): padre, madre o abuelos; quienes proporcionaron los datos relacionados a la familia.

Tabla 4.1. 1 Descripción del parentesco de los miembros de las familias que respondieron las encuestas de los barrios Tola Chica y Arenal

Característica	GRUPO CASO TOLA CHICA		GRUPO CONTROL EL ARENAL	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Parentesco				
Padre	15	33.3	18	42.9
Madre	27	60.0	23	54.8
Otro	3	6.7	1	2.4

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico PUCE a las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal de septiembre a octubre de 2014.

Se observa que el miembro de las familias que en su mayoría respondió a las 3 encuestas aplicadas fue la madre, 60% en el caso de la Tola Chica y 54.8% en El Arenal. Seguido del grupo de los padres, 42.9% en El Arenal y 33.3% en Tola Chica. Cabe mencionar que el grupo Otro correspondió a dos abuelos y una abuela en Tola Chica y una abuela en El Arenal, estas personas se encargan del cuidado de los hijos mientras los padres están ausentes, 6.7% en La Tola Chica y 2.4% en El Arenal.

Tabla 4.1. 2 Características del tipo de familia de los barrios Tola chica y El Arenal

Características	GRUPO CASO TOLA CHICA		GRUPO CONTROL EL ARENAL	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Tipo familia				
Nuclear	31	68,9	32	76,2
Ampliada	11	24,4	3	7,2
Monoparental	3	6,7	7	16,7
Número miembros				
1	1	2,2	2	4,8
2 a 3	23	51,1	18	42,9
4 a 5	19	42,2	18	42,9
6+	2	4,4	4	9,5

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico PUCE a las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal de septiembre a octubre de 2014.

Considerando las características familiares de la población de los dos barrios de estudio, se observa que el tipo de familia que predomina es la familia nuclear, 68,9% en el barrio Tola Chica y 76,2% en El Arenal. En el barrio Tola Chica el 93,3% de las familias tienen entre 2 a 5 miembros mientras que El Arenal está representado por un 85,8%.

Tabla 4.1. 3 Características Socioeconómicas

Característica	GRUPO CASO TOLA CHICA		GRUPO CONTROL EL ARENAL	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Estratificación Socioeconómica				
B (medio alto)	2	4,4	6	14,3
C+ (medio típico)	12	26,7	9	21,4
C- (medio bajo)	29	64,4	24	57,1
D (bajo)	2	4,4	3	7,1

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico PUCE a las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal de septiembre a octubre de 2014.

Según la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del INEC la mayoría de las familias se encuentran en el nivel C-, 64,4% en el barrio Tola Chica y 57,1% en el Arenal, seguidas del Nivel C+ representado por el 26,7% en la Tola Chica y 21,4% en El Arenal. Es importante mencionar que no se encontraron familias de Nivel A dentro de las familias de estudio.

Tabla 4.1. 4 Descripción de la escolaridad de padres y madres de las familias de los barrios Tola chica y Arenal

Característica	GRUPO CASO TOLA CHICA		GRUPO CONTROL EL ARENAL	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Escolaridad madres				
No tiene estudio	3	14,0	3	7,3
Primaria incompleta	8	17,5	6	14,6
Primaria completa	8	14,0	13	31,7
Secundaria incompleta	11	28,1	7	17,1
Secundaria Completa	7	12,3	11	26,8
Estudios técnicos	5	8,8	1	2,4
Estudios superiores	2	3,5	-	-
NR	1	1,8	-	-
Escolaridad padres				
No tiene estudio	1	3,4	2	5,4
Primaria incompleta	2	6,9	5	13,5
Primaria completa	9	31,0	9	24,3
Secundaria incompleta	7	24,1	9	24,3
Secundaria Completa	6	20,7	11	29,7
Estudios técnicos	3	10,3	1	2,7
NR	1	3,4	-	-

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico PUCE a las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal de septiembre a octubre de 2014.

En el barrio Tola Chica se obtuvieron los datos del 100% de madres y del 64.4% de los padres en relación a la obtención de los datos de 97,6% de las madres y 88% de los padres del barrio El Arenal.

Con respecto a la escolaridad de las madres se puede apreciar diferencias en los dos grupos de las madres 14% de las madres de Tola Chica tienen primaria completa en comparación al 31.7% de El Arenal. Con lo que respecta a educación secundaria en general se aprecia que 40,4% de las madres de Tola Chica y 43,9% de El Arenal alcanzan este nivel de educación.

Al comparar la escolaridad de los padres se aprecia que el 31% de los padres de Tola Chica completan sus estudios secundarios en relación al 24,3% de El Arenal. En cuanto al logro de la educación secundaria en general se observa que el 44,8% de los padres de Tola Chica alcanzan este nivel de educación en comparación al 54% de El Arenal.

Tabla 4.1. 5 consumo de cigarrillo y alcohol de los miembros de las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal

Características	GRUPO CASO TOLA CHICA		GRUPO CONTROL EL ARENAL	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Miembros de la familia que fuman				
Padre	9	20,0	7	16,7
Hijo	3	6,7	2	4,8
Abuelo	0	0	1	2,4
Miembros de familia consumen alcohol				
Madre	5	11,1	0	0
Padre	4	8,9	11	26,2
Hijo	6	13,3	3	7,1
Abuelo	1	2,2	0	0

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico PUCE a las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal de septiembre a octubre de 2014.

En lo referente al consumo del tabaco se observa que los padres y los hijos son quienes fuman con mayor frecuencia; en el barrio Tola Chica 20% de los padres fuman en comparación al 16,7% de los padres de El Arenal; de la misma manera se observa que 6,7% de los hijos de las familias de la Tola Chica fuman contrastando con el 4,8% de los hijos de El Arenal.

En lo que respecta al consumo de alcohol se observa diferencias entre los dos barrios, en 16 de las 45 familias de la Tola Chica (35,5%) se consume alcohol en relación a 14 de las 42 familias de El Arenal (33,3%); 11% de las madres de Tola Chica consumen alcohol mientras que en El Arenal ninguna madre consume alcohol. Al igual que el consumo de cigarrillo los padres e hijos son los que mayoritariamente consumen alcohol 8,9% y 13,3% respectivamente en Tola Chica en comparación al 26,2% y 7,1% respectivamente en El Arenal.

Tabla 4.1. 6 Uso de los servicios de salud de las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal

Características	GRUPO CASO <u>TOLA CHICA</u>		GRUPO CONTROL <u>EL ARENAL</u>	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Lugar a donde acude en caso de enfermedad				
Centro de salud Tumbaco	20	44,4	19	45,2
Otros sector Público	11	24,4	9	21,4
Otros privado	14	31,1	13	31
Otros	-	-	1	2,4
Calificación de la atención recibida				
Centro de salud Tumbaco				
Buena	11	55	12	63,2
Regular	7	35	7	36,8
Mala	2	15	-	-
Otro sector público				
Buena	7	63,6	5	55,6
Regular	4	36,4	4	44,4
Mala	-	-	-	-
Otro Sector privado				
Buena	11	78,6	10	76,9
Regular	3	21,4	3	23,1
Mala	-	-	-	-
Otros				
Regular	-	-	1	100

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico PUCE a las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal de septiembre a octubre de 2014.

En lo referente al uso de los servicios de salud se observó que en el barrio Tola Chica el 44,4% de las familias acude al Centro de Salud Tumbaco y el 31,1% de las familias acuden a un centro privado. De las familias que acuden al servicio público 55% califican la atención de ese lugar como buena y 35% como regular. De aquellos que acuden a un centro privado, 78,6% califican la atención como buena y 21,4% como regular.

En lo que respecta al barrio El Arenal 45,2% de las familias acuden al Centro de Salud de Tumbaco, 31% acuden a centros privados, 21,4% acuden a otras unidades de salud públicas. El 62% de las familias que acuden al Centro de Salud de Tumbaco califican su atención como buena en comparación al 76,9% de las familias que acuden a los centros privados.

Tabla 4.1. 7 Conocimiento y medios de obtención de información que tienen las familias de los barrios tola chica y El Arenal sobre los servicios de salud

Características	GRUPO CASO <u>TOLA CHICA</u>		GRUPO CONTROL <u>EL ARENAL</u>	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Conocimiento sobre los servicios que oferta el MSP				
Si	24	53,3	14	33,3
No	21	46,7	28	66,7
Medios por los que obtienen información en salud				
Centros educativos	1	2,2	2	4,8
Vecino	10	22,2	7	16,7
Televisión	26	57,8	20	47,6
Teléfono convencional	2	4,4	3	7,1
Periódico	1	2,2	1	2,4
Carteles en la tienda del barrio	1	2,2	1	2,4
El centro de salud	4	8,9	5	11,9
NR	-	-	3	7,2

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico PUCE a las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal de septiembre a octubre de 2014.

4.2 Descripción de las actividades de los estudiantes de Enfermería de la PUCE:

Las actividades que realizan los estudiantes de Enfermería están clasificadas según la Clasificación Internacional de las Actividades de Enfermería NIC de las Asociación Americana de Enfermería ANA. Las actividades están basadas en actividades de promoción y prevención que desarrollan los estudiantes en cada una de las familias en el aspecto físico, psicológico y social. Los estudiantes realizaron sus actividades en dos grupos los días jueves o viernes, una vez por semana a partir del 18 de septiembre de 2014 con una duración promedio de 2 horas por familia. La evaluación del cumplimiento de las actividades de Enfermería se realizó en noviembre de 2014 por parte de las docentes responsables de la práctica.

Tabla 4.3. 1 Cumplimiento de las actividades de los estudiantes de Enfermería en el barrio Tola Chica

Características	<u>SI CUMPLE</u> Porcentaje	<u>NO CUMPLE</u> Porcentaje
Ayuda al autocuidado NIC 1800	82.6	17.4
Fomento del ejercicio NIC 0200	77.2	22.8
Escucha activa NIC 4920	83.9	16.1
Aumentar el afrontamiento NIC 5230	91.9	8.1
Potenciación de la autoestima NIC 5400	89.3	10.7
Apoyo a la familia 7140	91.5	8.5
Potencialización de la socialización NIC 5100	91.7	8.3
Aumentar los sistemas de apoyo NIC 5440	84.9	15.1
Identificación de riesgos NIC 6610	83.1	16.9
Educación sanitaria NIC 5510	95.6	4.4

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de la lista de chequeo a los estudiantes de la carrera de Enfermería de la PUCE en el barrio Tola Chica, noviembre de 2014.

La Intervención de Enfermería que se realizó con mayor frecuencia fue la educación sanitaria con 95.6% de cumplimiento, seguido por actividades de incremento del afrontamiento en un 91.9%, potenciación de la socialización 91.7% y apoyo a la familia 91.5%.

Las actividades que se realizaron en menor porcentaje de cumplimiento son ayuda al autocuidado 82.6%, identificación de riesgos 83.1% y escucha activa 83.9%.

4.3 Descripción de la Calidad de Vida relacionada a Salud de las familias de Intervención:

El objetivo de la presente investigación es evaluar la Calidad de Vida relacionada a salud de las familias del barrio Tola Chica donde las estudiantes de Enfermería realizan sus prácticas comunitarias. La tabla 4.2.1 contiene los resultados de la evaluación de la calidad de vida relacionada a salud en el pre y pos test. Los datos fueron recolectados en dos periodos, un en septiembre y el otro en noviembre de 2014.

Tabla 4.3. 1 Calidad de Vida relacionada a Salud de las familias del grupo caso del barrio Tola chica

Característica	PRE TEST		POST TEST	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Funcionamiento Físico				
<50	34	75.6	33	73.3
>50	11	24.4	12	26.7
Rol físico				
<50	37	82.2	34	75.6
>50	8	17.8	11	24.4
Dolor corporal				
<50	37	82.2	36	80.0
>50	8	17.8	9	20.0
Salud General				
<50	38	84.4	38	84.4
>50	7	15.6	7	15.6
Vitalidad				
<50	15	33.3	12	26.7
>50	30	66.7	33	73.3
Funcionamiento social				
<50	31	68.9	28	62.2
>50	14	31.1	17	37.8
Rol emocional				
<50	35	77.8	33	73.3
>50	10	22.2	12	26.7
Salud Mental				
<50	22	48.9	23	51.1
>50	23	51.1	22	48.9
Resumen componente físico				
<50	34	75.6	29	64.4
>50	11	24.4	16	35.6
Resumen componente mental				
<50	26	57.8	24	53.3
>50	19	42.2	21	46.7

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

Al comparar los resultados del pre y post test sobre la Calidad de Vida relacionada a Salud en la Tola Chica (grupo caso) y tomando como referencia los puntajes mayores a 50, se observa un incremento del 11.2% en el resumen del componente físico y 4.5% del componente mental.

En lo referente al componente físico se observa un incremento en el dominio Rol físico en un 6.6% y un incremento de 2.2% en los dominios funcionamiento físico y en el dominio dolor corporal. En lo que respecta al componente mental se tiene que hay un incremento de 6.6% en las esferas de Vitalidad y funcionamiento social, seguido de un incremento de 4.5% en el rol emocional y un decremento de 2.2% en la esfera salud mental.

Tabla 4.3. 2 Calidad de Vida relacionada a Salud Post test: Tola Chica y El Arenal

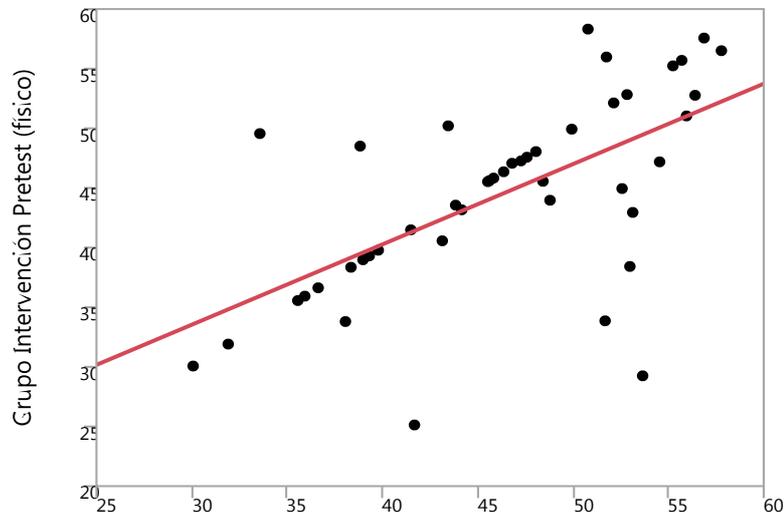
Característica	GRUPO CASO <u>TOLA CHICA</u>		GRUPO CONTROL <u>EL ARENAL</u>	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Funcionamiento Físico				
<50	33	73.3	28	66.7
>50	12	26.7	14	33.3
Rol físico				
<50	34	75.6	31	73.8
>50	11	24.4	11	26.2
Dolor corporal				
<50	36	80.0	30	71.4
>50	9	20.0	12	28.6
Salud General				
<50	38	84.4	32	76.2
>50	7	15.6	10	23.8
Vitalidad				
<50	12	26.7	11	26.2
>50	33	73.3	31	73.8
Funcionamiento social				
<50	28	62.2	34	81.0
>50	17	37.8	8	19.0
Rol emocional				
<50	33	73.3	32	76.2
>50	12	26.7	10	23.8
Salud Mental				
<50	23	51.1	20	47.6
>50	22	48.9	22	52.4
Resumen componente físico				
<50	29	64.4	27	64.3
>50	16	35.6	15	35.7
Resumen componente mental				
<50	24	53.3	23	54.8
>50	21	46.7	19	45.2

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

Al comparar la Calidad de Vida Relacionada a Salud de Casos y Controles se observa que existe una diferencia de 0.1% en el resumen del componente físico y un incremento de 1.5% en el resumen del componente mental. Al observar por separado los dominios que forman parte del componente físico se tiene que hay un incremento de 6.6% en el funcionamiento físico, dolor corporal y salud general un incremento de 8,2% en el barrio Arenal en relación a la Tola Chica.

Al observar los dominios del componente mental por separado se encuentra un resultado inverso el Barrio Tola Chica tiene mayor funcionamiento social con un incremento de 18.8% al igual que el dominio rol emocional con un incremento de 6.6% en relación al barrio El Arenal.

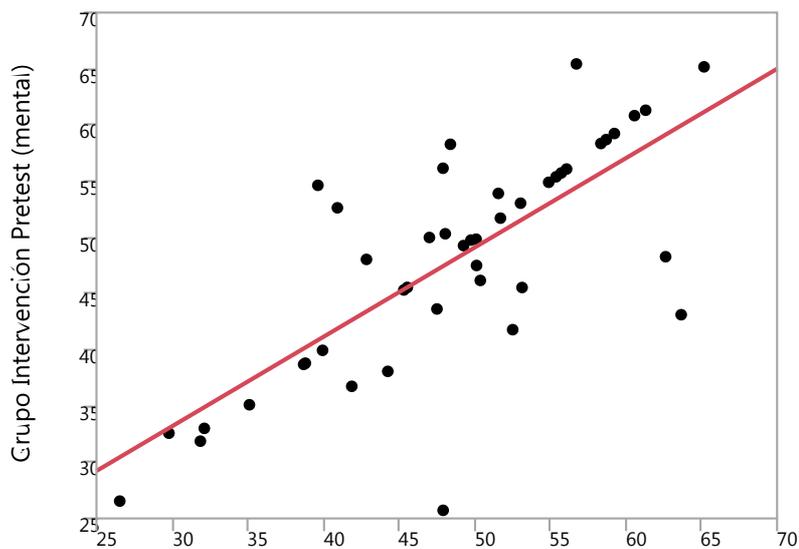
Gráfico 4. 1 Asociación del Pretest y Posttest del Resumen del componente Físico de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

Al comparar la evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud en su componente físico en el Pretest y Postest se observa que hay diferencia significativa entre las dos variables, tomando en cuenta que los datos tienen una distribución normal y son homocedásticos, ($F = 26.19$, $GL = 44$, $p < 0.001$).

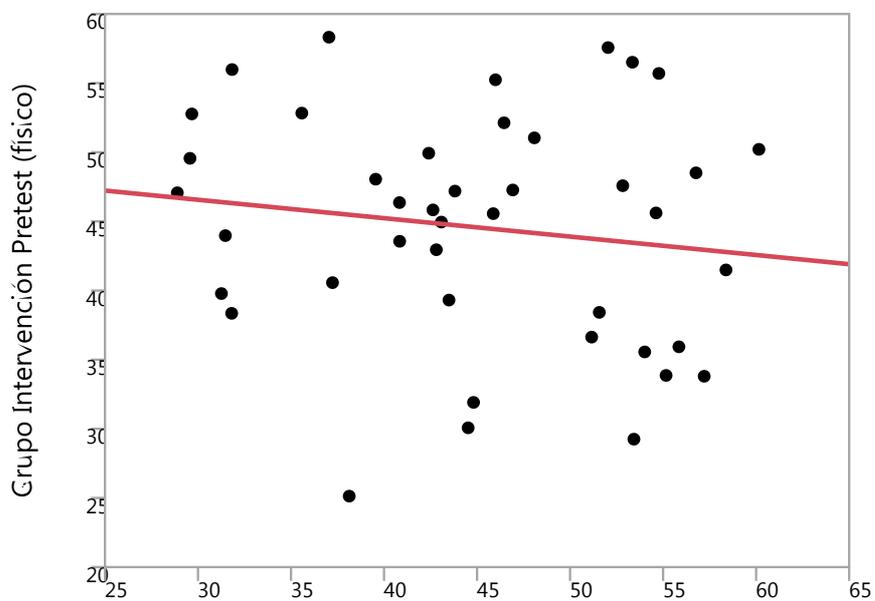
Gráfico 4. 2 Asociación del Pretest y Postest del Resumen del componente Mental de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

El gráfico anterior revela que hay diferencia significativa entre la evaluación pretest del resumen del Componente Mental de la Calidad de Vida relacionada a Salud y el resumen posttest del mismo, ($F = 54.49$, $GL = 44$, $p < 0.001$).

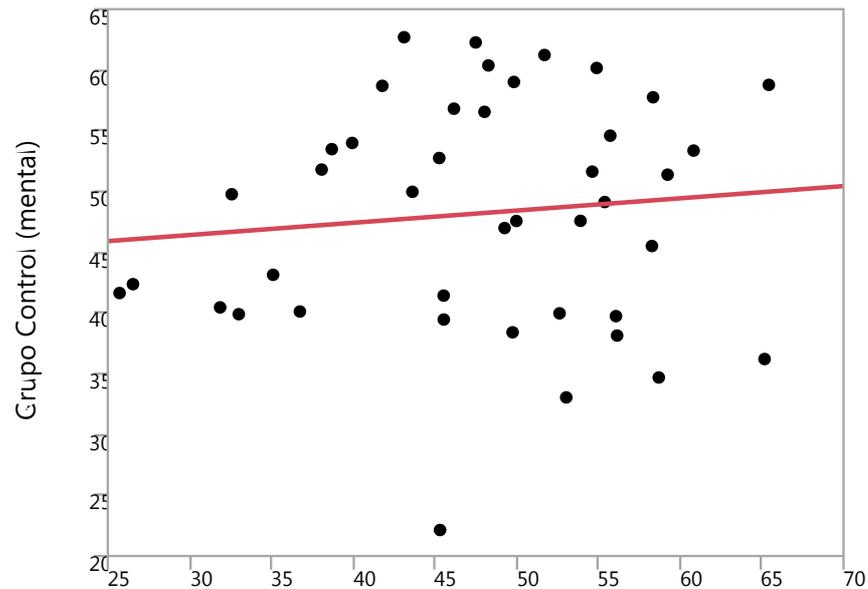
Gráfico 4. 3 Comparación del Resumen del componente Físico de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica pretest y las familias del grupo Control El Arenal, septiembre a noviembre de 2014



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

Los datos obtenidos arrojan que no existe diferencia en lo que respecta al Resumen del Componente Físico de la CVRS del grupo Caso, es decir las familias del barrio Tola Chica con las del grupo Control, las familias del barrio El Arenal ($F= 0.8456$, $GL = 41$, $p = 0.3622$)

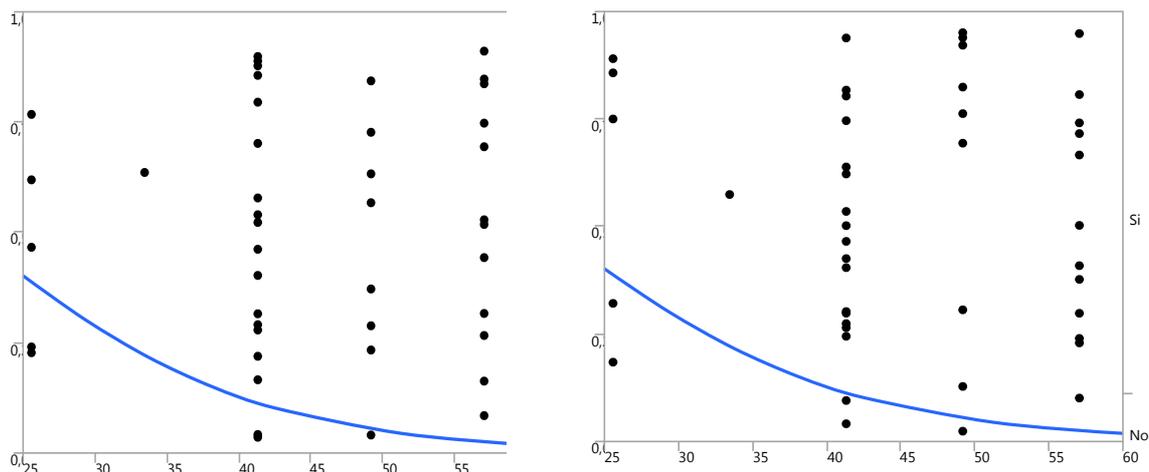
Gráfico 4. 4 Comparación del Resumen del componente Mental de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica pretest y las familias del grupo Control El Arenal, septiembre a noviembre de 2014



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

En la gráfica anterior se observa que no existe diferencia en el Resumen del Componente Mental de la CVRS de las familias del barrio Tola Chica con las familias del grupo Control de El Arenal ($F= 0.4508$, $GL = 41$, $p = 0.5058$).

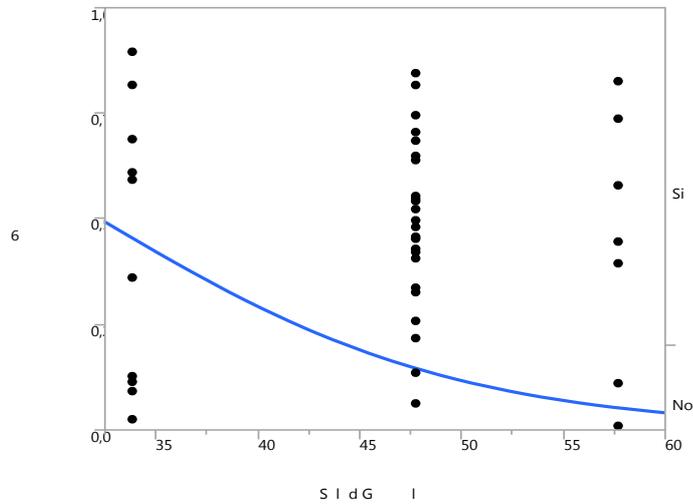
Gráfico 4. 5 Intervenciones de Enfermería de Educación Sanitaria que influyen en el funcionamiento Físico de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

Después de realizar un análisis de tablas de contingencias se obtuvo que las actividades de Enfermería que tuvieron mayor asociación con el Funcionamiento Físico de la Calidad de Vida fueron la Actividad J1 que corresponde a Instruir al paciente en los cuidados de su salud en base a riesgos detectados y la Actividad J4 que corresponde a Instruir al paciente en el procedimiento terapéutico a seguir ($X^2 = 4.2711$, $GL = 1$, $p = 0.0388$).

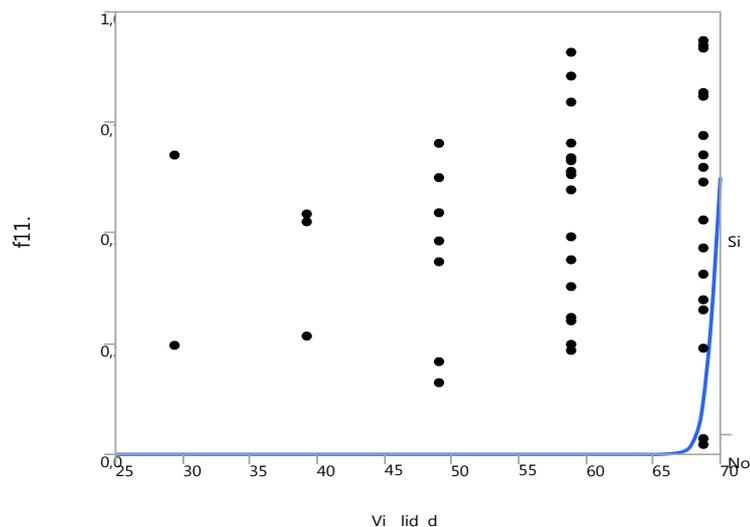
Gráfico 4. 6 Intervenciones de Enfermería de Escucha Activa que influyen en la Salud General de la CVRS de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

En lo referente a las informes de Escucha Activa la actividad que tiene mayor asociación con la Salud General corresponde a aclarar el mensaje o recomendaciones de otros profesionales de salud mediante el uso de preguntas y retroalimentación ($X^2 = 5.1065$, $GL = 1$, $p = 0.0238$).

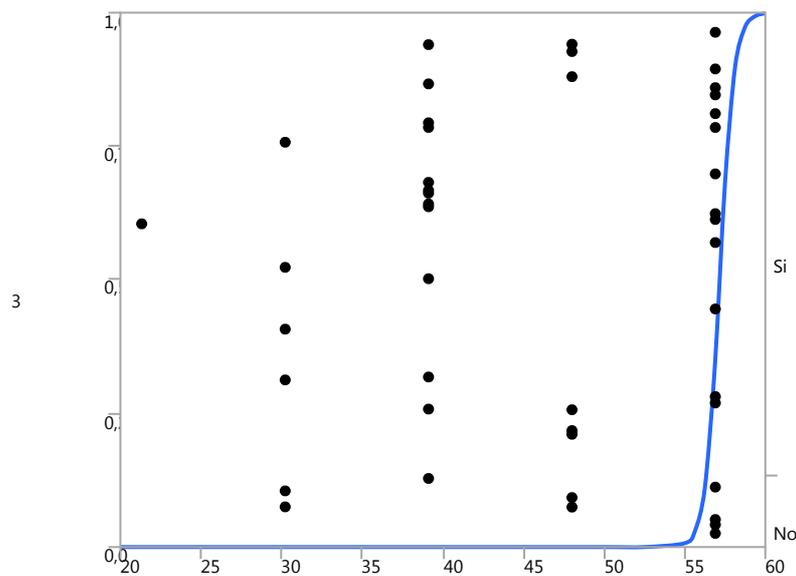
Gráfico 4. 7 Intervenciones de Enfermería de Apoyo familiar que influyen en la Vitalidad de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

La intervención de apoyo familiar NIC 7140 que tuvo mayor asociación con la vitalidad de los miembros de la familia corresponde a la actividad f11 que corresponde a respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver sus propios problemas, ($X^2 = 4.0486$, $GL = 1$, $p = 0.0442$).

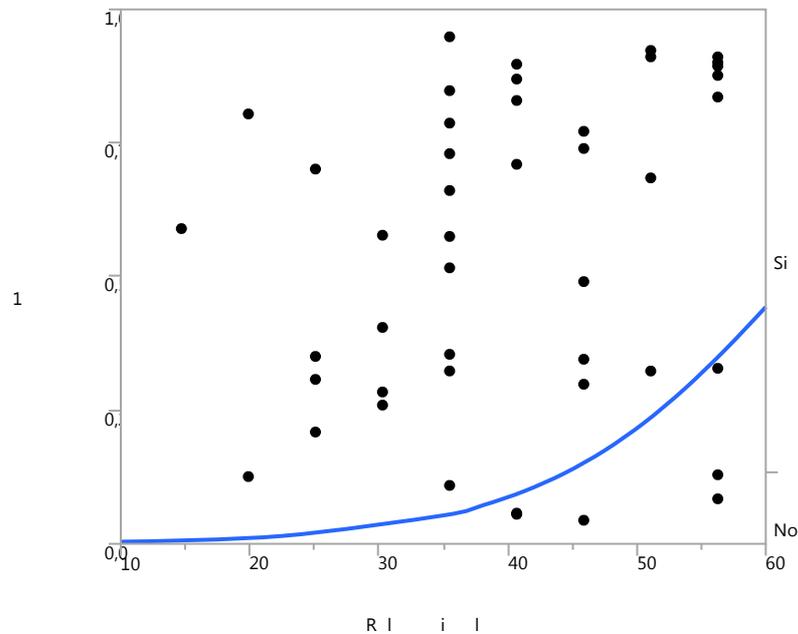
Gráfico 4. 8 Intervenciones de Enfermería de Potenciación de la autoestima que influyen en la Vitalidad de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

Dentro de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 5400 que corresponde a la potencialización de la autoestima, se encontró que la actividad e3 que corresponde a proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente tiene mayor asociación con el logro del Funcionamiento social de la CVRS a salud de las familias, ($X^2 = 13.2662$, $GL = 1$, $p = 0.0003$).

Gráfico 4. 9 Intervenciones de Enfermería de Escucha Activa que influyen en Rol emocional de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias del barrio Tola Chica, septiembre a noviembre de 2014



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada a Salud a las familias de los barrios Tola Chica de septiembre a noviembre de 2014.

En lo que respecta a las Intervenciones de Enfermería de escucha activa NIC4920 se observa mayor asociación entre la actividad C1 que comprende mostrar interés por el paciente y su rol emocional, ($X^2 = 5.2519$, $GL = 1$, $p = 0.0219$).

CAPÍTULO V

Discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones

5.1 Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo fundamental determinar la influencia de las prácticas pre profesionales de Enfermería de la PUCE en la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias en las cuales se llevaron a cabo Intervenciones de Enfermería clasificadas bajo la Categoría NIC en lo que respecta a promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Las intervenciones de Enfermería que se realizaron con menor frecuencia de cumplimiento fueron ayuda al autocuidado, identificación de riesgos y escucha activa. Las razones para el logro de las intervenciones de Enfermería pueden ser explicadas al revisar los objetivos de la práctica de las Estudiantes de Enfermería y el logro de competencias que las estudiantes han adquirido en los semestres anteriores, la identificación de riesgos en salud depende de gran manera del tiempo la formación que debe evolucionar permanentemente. Si los alumnos son distintos, si la sociedad tiene sobre la educación expectativas distintas a las que tenían hace años (Zaragoza, A., 2007, p2.); el perfil de la población es diferente en lo referente al lugar, tiempo, modos de vida, etc.

En este estudio, la influencia de las prácticas pre profesionales de Enfermería estuvo asociada positivamente a la Calidad de Vida Relacionada a Salud, las intervenciones que tuvieron mayor asociación fueron las de Escucha Activa con Salud General y Rol Emocional, Potenciación de autoestima con Funcionamiento Social, Apoyo a la familia con Vitalidad y Dolor Corporal y Educación Sanitaria con Funcionamiento Físico

Aunque en la literatura consultada fueron escasos los estudios encontrados sobre la medición de las competencias en proceso de Enfermería en general, es evidente la aplicación de este método en la práctica clínica y comunitaria (Frías VM, Anguera M, Rius MM, Martínez E., 2005).

La mejora en la percepción de la Calidad de Vida Relacionada a Salud de las familias después de las intervenciones de enfermería pudo deberse a que el esquema para la evaluación en salud incorpora varios aspectos donde la característica de los profesionales de salud en relación a su excelencia técnica y su excelencia interpersonal dan como resultado indicadores clínicos, de satisfacción con el servicio y de percepción de la calidad de vida. (Donabedian, 1966).

En el presente estudio se encontró en el pretest del barrio Tola Chica que la dimensión del SF 12 con menor promedio de puntuación (pobre percepción de calidad de vida) fue la salud física. Resultados similares son los reportados en el estudio de Rojas, A., Zapata A., Anaya, J., Pineda, R. (2005) donde el rol físico tuvo el promedio más bajo ($x=26,41$ ptos $\pm 38,42$ ptos) igual ocurrió en el estudio de Scalconely, F. (2011) donde la peor puntuación fue para el rol físico ($x =54,8$ ptos $\pm 47,8$ ptos).

La Vitalidad fue el área mejor percibida dentro de los dominios de CVRS en las familias participantes del estudio hecho coincidente con los datos arrojados por Scalconely, F. (2011) donde la mejor puntuación fue para aspectos sociales ($x =82$; $DE=26,6$). Resultados semejantes encontraron en el estudio realizado por Alonso, J. (1995) el cual muestra que la salud física fue una de las más bajas puntuadas con un promedio de 69 puntos en población española, reflejando que la población percibe de acuerdo al significado de esta dimensión, la existencia de muchas dificultades en la realización de actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir y bajar escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos como aspectos clave que influyen de manera negativa la percepción de su calidad de vida.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas encontradas se encuentra que las personas que en su mayoría contestaron la encuesta fueron las madres, esto puede deberse a que dentro de una familia tradicional, la madre es la que permanece en el hogar preparando alimentos, cuidando a los niños y realizando los quehaceres domésticos, mientras que el padre es el que sale a trabajar para lograr el sustento económico de todos los integrantes (Secretaría de Gobernación México, 2014). En cuanto al tipo de familia que encontró que en los dos barrios el tipo de familia que más se presenta es la familia nuclear, seguido de las familias ampliadas; esto puede deberse a que en los países de América Latina entre 1990 y 2010 el cambio principal observado una caída del porcentaje de hogares nucleares de 68,0 a 63,6 por ciento, un porcentaje de hogares extensos que se mantiene alrededor del 20 por ciento y el aumento del porcentaje de hogares no familiares de 11,3 a 16,0 por ciento (CEPAL, 2014, p11). Las familias ampliadas son las que reportan mejor percepción sobre su CVRS, seguida por las familias nucleares y como ultimo las familias monoparentales son las que reportaron menor CVRS.

Al relacionar el nivel socioeconómico de las familias, la mayoría se encuentran en el nivel C-, seguidas del Nivel C+, lo que apoya el planteamiento que los factores demográficos y socioeconómicos como: género, raza, educación, ingresos y clase social tienen efectos en la CVRS (Damián, et al., 2008).

Las variables socioeconómicas que influyeron mayormente en la CVRS de las familias fueron el mayor nivel educacional de los padres y los mayores ingresos económicos de la familia, especialmente en las dimensiones función social, salud general y salud mental, similar a lo observado en la población general (Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L., 1998).

Además, los padres obtuvieron mayores puntuaciones que las mujeres en la función social, rol físico y función física, que muestran muy probablemente mejor desempeño en la capacidad funcional de los varones (Ferrer R, Palmer R, Burge S., 2005); mientras que la

vitalidad y el rol emocional en las madres muestra mayor puntuación que los padres, a diferencia de otros estudios (Zullig K, Valois R, Wanzer, Drane J., 2005).

Para medir la salud de manera más precisa los instrumentos elaborados de recolección de datos miden y caracterizan el estado multidimensional de la salud, prometen un acercamiento en la relación personal de salud-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud, y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida, los cuales han permitido incorporar el concepto de evaluación de la calidad de vida, como calidad de vida y lo han convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo (Ware, J, 1994. p330).

Al considerar a la salud como un estado multidimensional se debe tener presente que esta característica hace que existan inequidades en los grupos de personas en los cuales se realiza la medición de la Calidad de Vida puesto que cada individuo percibirá a su salud de manera diferente dependiendo del lugar donde resida o de la forma como fue educado; a pesar de escoger familias de características similares se tuvo mediciones de salud diferente por esta característica de las personas.

5.2 Conclusiones

Las variables sociodemográficas de los barrios Tola Chica y el Arenal se asemejan a las de la población ecuatoriana en lo referente al nivel socioeconómico, educativo y de características de la vivienda. El tipo de familia que se presenta con mayor frecuencia es la nuclear el igual que reportes en el resto de América Latina.

Las actividades realizadas con mayor frecuencia por los estudiantes de Enfermería fueron educación sanitaria en la familias, seguido por actividades que ayuden a aumentar el afrontamiento, potenciación de la socialización y apoyo a la familia lo que concuerda con los objetivos de práctica familiar.

Se encontró que los dominios de la CVRS que están por debajo de la media de 50 son: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, funcionamiento social, rol emocional.

Con las intervenciones de los estudiantes de Enfermería existió incremento en los dominios físico y mental en general, al analizar los dominios por separado se observó que las actividades de los estudiantes tuvieron mayor influencia en Rol Físico, Vitalidad, Funcionamiento Social y Rol Emocional; esto puede estar explicado por los objetivos de práctica propuestos al inicio del semestre académico que fueron planificados en función de los componentes de la CVRS.

Las Intervenciones de Enfermería que tienen mayor asociación con los componentes de la Calidad de Vida Relacionada a Salud son Escucha Activa con Salud General y rol emocional, Potenciación del autoestima con funcionamiento Social, Apoyo a la familia con Vitalidad y Dolor Corporal y Educación Sanitaria con Funcionamiento Físico.

5.3 Limitaciones

Se encontraron algunas limitaciones en la investigación, entre ellas, se obtuvo la información de la persona que se encarga del cuidado del hogar, se hizo imposible recolectar la información de todos los miembros de la familia en un solo horario, este

estaba previsto en el horario de prácticas de los estudiantes de Enfermería. Esto puede sesgar la información de la percepción sobre su salud de un único miembro de la familia.

El presente estudio no puede extrapolar sus resultados a todo el barrio de El Arenal y Tola Chica, debido a la técnica de muestreo utilizada. El muestreo que se realizó pudo haber sesgado la información en las primeras familias puesto que el líder comunitario pudo haber tenido criterios diferentes para la selección de las familias.

En algunos casos las familias en las que intervinieron los estudiantes de Enfermería no estaban presentes en todas las visitas domiciliarias lo que dificultó completar todas las actividades de los estudiantes y establecer la influencia de las intervenciones.

Otra de las limitaciones de la investigación es la selección de la muestra para el grupo control, a pesar de haber tomado en cuenta las características de la vivienda, el tipo de familia y número de miembros familiares existieron diferencias en el grupo control. Los resultados pudieran variar con la aplicación de más variables para el pareo de los participantes del estudio.

Otra limitación encontrada es que el orden en el que aplicó el cuestionario SF12 pudo haber afectado la veracidad de los datos obtenidos, el SF12 se aplicó después de la aplicación de la Encuesta sociodemográfica y del INEC. La literatura recomienda aplicar los cuestionarios de CVRS antes de la aplicación de preguntas objetivas y específicas sobre la salud (Bowling, 2005, Keller & Ware, 1996, McColl et al., 2001).

No existen suficientes estudios de investigación que evalúen la Calidad de Vida Relacionada a Salud de la población ecuatoriana que permitan establecer medidas de tendencia central para su comparación con población similar. Y no existen estudios de investigación que evalúen el impacto que tienen las prácticas de los estudiantes de Enfermería en la salud de familia y comunidad, los estudios existentes corresponden a

evaluaciones de las intervenciones de Enfermería desarrolladas en los procesos de enfermedad.

Para el análisis de datos se toma en cuenta las medidas de tendencia central de la población americana, puesto que no se ha evaluado la CVRS en la población ecuatoriana, las poblaciones poseen diferentes características que pueden hacer que los resultados no sean comparables entre sí.

Hubo dificultad en lo referente a la recolección de datos de consumo de alcohol, tabaco y violencia en el hogar, algunas personas manifestaron no consumir alcohol ni tabaco a pesar de que las estudiantes de Enfermería reportaron el consumo de estas sustancias en la familia.

No existió un protocolo de implementación de las prácticas pre profesionales lo que puede influenciar en las prácticas futuras y puede crearse subjetividad de los docentes y estudiantes para la implementación de los procesos de Enfermería.

El aprendizaje de servicio influye en las actitudes de los estudiantes no solo en el conocimiento y la práctica, no se tomó en cuenta esta variable para ser estudiada tanto para la percepción de docentes como estudiantes.

Una última limitación identificada, fue que la presencia de un estudiante de Enfermería puede influir en las respuestas de la población, puesto que por reportes de las docentes encargadas de la práctica las familias tuvieron la tendencia de magnificar sus problemas de salud con el objetivo de recibir atención con mayor rapidez.

5.4 Recomendaciones

En el presente estudio se aplicó el cuestionario SF12 para medir la calidad de Vida Relacionada a Salud y los cuestionarios sociodemográficos de la PUCE y el de estratificación socioeconómica del INEC, se debe tener presente que las relaciones familiares y sociales podrían influir en la CVRS por lo que se debería aplicar instrumentos que midan el grado de funcionalidad familiar y apoyo social. Existen números estudios que demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente sobre el estado de salud, dando lugar a síntomas orgánicos, psíquicos y psicósomáticos (Rebelo, 1998).

Se podrá utilizar el presente estudio como un estudio piloto para futuros estudios de investigación puesto que este será el inicio para establecer medidas de tendencia central de CVRS de acuerdo a la población ecuatoriana.

Para realizar la selección de las familias del líder comunitario se recomienda escoger a una familia de cada sector de manera aleatoria y que no tenga relación cercana con el líder de la comunidad.

Es recomendable aplicar otro instrumento para recolectar información sobre hábitos de consumo de alcohol y tabaco y presencia en el hogar para evitar sesgo en la información.

Se recomienda realizar un estudio posterior con un grupo control que reúna todas las características similares de las que se contemplaron en el presente estudio, Se recomienda elaborar una lista de chequeo para poder ser el emparejamiento de características de la población.

Se recomienda aplicar el cuestionario SF12v2 a todos los miembros de la familia que reúnan las características para la aplicación de este instrumento puesto que podría

existir diferencias entre los miembros de la familia tomando en consideración la percepción de cada individuo sobre salud.

Se recomienda un crear un protocolo de recolección de datos para garantizar la fidelidad de implementación de las actividades de Enfermería para de esta manera generar cambios en el currículo de ser pertinente. Además se recomienda abrir los dominios del SF12 por campos del actuar de Enfermería para comparar en el campo en que las estudiantes tienen mayor influencia.

Se recomienda realizar una evaluación del proceso en conjunto con los estudiantes y los docentes para analizar posibles dificultades y recomendaciones para la implementación del proceso.

Como recomendación final se propone dar seguimiento a las actividades de Enfermería realizadas por los estudiantes de manera semestral en el barrio para de esta manera establecer el impacto de las actividades al concluir tres años de intervención.

Referencias bibliográficas

- Albuquerque, S. (2003). *Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença*. São Paulo: Casa do Psicólogo: Cedecis.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Med Clin España*.
- Alonso, J. (1995). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *BiblioPro*. 110-116.
- Araújo, G., Soares, M., Henriques, M. (2009). Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. *Rev Eletr Enf [online]* 2009;11(3): 635-41.
- Arnold. R., Ranchor, A., Sanderman, R., Kempen, G., Ormel, J., Suurmeijer, T. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of life Research*.
- Astin, A., Sax, L., (1998). How undergraduates are affected by service-learning. *Journal of college student development*. 39 (3).
- Badía, X., Lara, M. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*.
- Brush, D., Markert, R., Lazarus, C. (2006). The relationship between service learning and medical student academic and professional outcomes. *Teaching and learning in medicine*. 18(1).
- Calero, J., Del Rey, Al. (2001). El tratamiento y la calidad de vida. En Calero J. Del Rey, Herruzo R, Rodríguez F, editores. *Fundamentos de Epidemiología Clínica*. Madrid: Síntesis.
- Campbell A., Converse P., & Rodgers W. (1976) *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage.
- Colina J, Medina JL. Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva. *Re- vis ROL Enfermería*.

- Consejo de Educación Superior (2013). Reglamento de Régimen Académico. Registro Oficial.
- Cummins, R.A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. Social Indicators Research.
- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. (1997). Cost-utility analysis. In: Drummond MF, O'Brien D, Stoddart GL, Torrance GW, editors. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd. ed. Oxford: Oxford University Press.
- Durán, L., Gallegos, K., Salinas, G., Martínez, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de la calidad de vida relacionada a salud mediante el formato corto 36. Salud Pública de México.
- Eyler, J., Giles, D. (1999). Where is the learning in service-learning?. San Francisco: Jossey-Bass.
- Eyler, J., Giles, D., Stentson, C., Gray, C. (2001). At a glance: What we know about the effects of service-learning on college students, faculty, institutions and communities. 3era edición. Nashville: Vanderbilt University.
- Ferrans, C. (1990a) Quality of Life: Conceptual Issues. Seminars in Oncology Nursing.
- Ferrer R, Palmer R, Burge S. (2005). The family contribution to health status: a population level estimate. Ann Fam. Med 102-8.
- Frías VM, Anguera M, Rius MM, Martínez E. (2005). Diagnósticos enfermeros en una unidad socio sanitaria de asistencia psicogeriatría. Enferm Clínica.
- García, G., Hernández, M., Varona, P., Chang, M., Bonet, M., Salvador, S. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en el país. Revista Cubana Higiene y Epidemiología. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032010000100006&lng=es&nrm=iso.

- Gitlow, L., Flecky, K. (2005). Integrating disability studies concepts into occupational therapy education using service learning. *American Journal of Occupational Therapy*. 59.
- Gobierno Autónomo Descentralizado Tumbaco. (2012). Plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la parroquia Tumbaco 2012-2025.
- González, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*.
- Guyat GH, Feeny DH, Patrick DL. (1993). Measuring Health- related quality of life. *Annals of Internal Medicine*.
- Herdman M, Baró E. (2000). La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. En: Badía X, Podzamczar D. Madrid: Jarpyo Editores.
- Herdman, M. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria.
- Hodges, E., Videto, D. (2008). *American Journal of Health Education*. 39(1).
- Ibarra, A. (2014). Intervenciones de Enfermería (NIC) aplicadas a los cuidados críticos pediátricos y neonatales. 23. ISSN: 1885-7124. Recuperado de: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo23/capitulo23.htm>.
- INEC. (2010). Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-estratificacion-del-nivel-socioeconomico/>
- Jacoby, B. (1996). *Service-learning in higher education: Concepts and practices*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kearny, K. (2008). A service-learning course for first-year Pharmacy students. *American Journal of Pharmacy Education*. 72 (4).
- Leplège, A. y Hunt, S. (1998). El problema de la Calidad de Vida en Medicina, *Jama* (ed. esp.), vol. 7.

- Levene, H. (1960). Robust Tests for Equality of Variances. In: Olkin I, Ghurye SG, Hoeffding W, Madow WG, Mann HB (Eds) Contributions to Probability and Statistics: Essays in Honor of Harold Hotelling. Stanford University Press, 278–292.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública.
- Lugo, L., García, H., Gómez, C., (2002). Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. Iatreia , vol 15.
- Martin A, Stockler M. (1998). Quality of life assessment in health care research and practice. Evaluation and the Health Professions.
- Martínez, M., Pérez, L., Pérez, G., Sanabria, R. (2010). Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. Revista Cubana Medicina General Integral. 26(1), 1. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252010000100016&lng=es&nrm=iso.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 18, 32 – 38.
- Moely, B., McFarland, M., Miron, D., Mercer, S., Illustre, V. (2002). Changes in college student's attitudes and intention for civic involvement as a function of service-learning experiences. Michigan Journal of Service Learning, 8(2).
- Naughton, M.J.; Shumaker, S.A.; Anderson R.T.; Czajkowski, S.M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Spilker, B. Cap. 15 , 117- 131, New York, Lippincott-Raven.
- Oblitas, L. (2003). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson.
- Ortiz, M., Louro, I., Jiménez, L., Silva, L. (2000). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr.

- Patrick, D., Erickson P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York.
- Peabody, C., Block, A., Jain, S. (2008). *Medical Education*. 42(5).
- Pérez, C., Alameda, A., Albéniz, C., (2002). La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. *Rev Salud Pública*, 76: 517-530
- Pontificia Universidad Católica de Ecuador. (2012). Plan estratégico de la Carrera de Enfermería, p. 3
- Rebelo L. (1998). *Medicina familiar a pacientes con artritis reumatoide en sus familias* . Lisboa: Temática.
- Rebollo, P. (2008). Utilización del “grupo SF” de los cuestionarios de calidad de vida (SF-36, SF-12 y SF-6D) en el marco de ensayos clínicos y en la práctica clínica habitual. *Medicina Clínica*. 130 (19), 740-1.
- Revicki, D. (1989). Health related quality of life in the evaluation of medical therapy for chronic illness. *J. Family Practice*.
- Rojas, A., ZapataA., Anaya, J., Pineda, R., (2005). Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología* ;12(4):295-300.
- Ruiz, M., Andrade, D., (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescents. Guayaquil-Ecuador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*
- SAS Institute. (2010). User guide. SAS Institute. Cary. Version 8.01. Recuperado de: <http://www.jmp.com/>
- ScalconeIy, F. (2011). Calidad de Vida relacionada a la Salud de Pacientes que usan Anticoagulación oral. *Rev. Latino -Am. Enfermagem* ;19(4):09.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia de Enfermería*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.

- Schwartzmann. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX (2): 9-21*
- Secretaría de Gobernación México, (2014). Estadísticas a propósito del día del Niño. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/familia0.pdf>
- Sena, R., Coelho, S. (2001). Educación en Enfermería en America Latina: necesidades, tendencias y desafíos. *Investigación y Educación en Enfermería. 22(2), 124-125.*
- Shapiro, S., Wilk, M. (1965). An analysis of variance test for normality (Complete Samples). *Biometrika 52: 591–611. doi: 10.1093/biomet/52.3-4.591*
- Shevlina, J., Milesb, M., Daviesc, S., Walkerc. (2000). Coeficient alpha: a useful indicator of reliability?. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886999000938>
- Smith, K., Avis, N., & Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health satus in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research, 8, 447 – 459.*New
- Spilker, B. (1990). Introduction to the field of Quality of Life trials. En B. Spilker (Ed.), *Quality of Life Assessments in Clinical Trials (pp. 3-10)*. New York: Raven Press.
- Spilker, B.(1990). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trials. 2ª ed.* Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers.
- Testa M. (2000). Interpretation of quality of life outcomes: issues that affect magnitude and meaning. *Medical Care.*
- Úbeda I, Pujol G, Olivé C, Álvarez R, Segura MS. (1993). Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docentes. *Enfermería Clínica*
- Universidad Nacional de Loja. (2004). *Enfermería en la participación del modelo de atención integral de salud – MAIS en Hospital Universitario de Motupe* septiembre - diciembre 2013. Loja, Ecuador.

- Urzúa. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*; 138: 358-365.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal Of Happiness Studies*, 1, 1 – 39.
- Ware, J. (1994). The status of health assessment. *Ann Rev Public Health*.
- Ware, J., Kosinski, M., Turner, D., Sundaram, M., Gandek, B., Maruish, M. (2009). SF-12v2 Health Survey: Administration guide for clinical trial investigators. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Wu, A. (2000). Quality of life assessment in clinical research: application in diverse populations. *Medical Care*.
- Zaragoza, A. (2007). Competencias profesionales docentes y detección de necesidades de formación.
- Zullig K, Valois R, Wanzer Drane J. (2005). Adolescent distinction between quality of life and self- rated health in quality of life research. *Health and Quality of Life Outcomes*.

ANEXOS

ANEXO 1

**Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito**

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Impacto de las prácticas pre-profesionales de Enfermería familiar de los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la percepción de la calidad de vida relacionada a salud de sus familias en un modelo cuasi-experimental de los barrios Tola Chica y El Arenal de la parroquia Tumbaco del Distrito Metropolitano de Quito, agosto-noviembre de 2014

Versión y Fecha:

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: *Christian Fernando Juna Juca*

Números telefónicos 022867830/ 0984147939, dirección fija del investigador principal: Calle Gral. Urdaneta S16-25 y Balzar, Quito. Correo electrónico: chrisjuf@hotmail.com

Co-investigadores: *(nombres completos)*

1. Introducción

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación sobre la Calidad de Vida relacionada a Salud de las familias de los barrios Tola Chica y El Arenal, porque reside en estos barrios, es mayor de 18 años, sabe leer y escribir; además no ha trabajado con estudiantes de Enfermería durante los 3 semestres anteriores.

Se la va a proporcionar toda la información que usted requiera si existen algunas palabras usted no entienda. Por favor solicite una mayor explicación y con gusto se la daremos .

Su participación con su familia y amigos es voluntaria . Este formulario incluye un resumen de la información que los investigadores analizarán con usted. Si usted decide participar en el estudio, recibirá una copia de este formulario. Le invitamos a compartir sus inquietudes sobre el estudio y a hacer todas las preguntas necesarias para que cualquier duda quede clara.

2. ¿Por qué se está realizando este estudio de investigación?

El objetivo de esta investigación es determinar el impacto que tienen las prácticas pre-profesionales de Enfermería Familiar de la Carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la percepción de la calidad de vida de las familias en el barrio Tola Chica y El Arenal.

3. ¿Este estudio tiene algún beneficio para usted y/o para la sociedad?

Con los resultados obtenidos de esta investigación los participantes del estudio se beneficiarán a partir del próximo año ya que los estudiantes de Enfermería de la PUCE que realizan el seguimiento a estas familias puedan brindar un mejor cuidado a las familias y a la comunidad de los barrios Tola Chica y El Arenal.

4. ¿Cuántas personas participarán en el estudio?

En el estudio participaran 72 familias del barrio Tola Chica y 80 del barrio El Arenal. Las familias seleccionadas son aquellas que voluntariamente deseen participar y trabajar con los estudiantes de Enfermería, familias que no se encuentren trabajando con otros estudiantes de Enfermería, personas mayores de 18 años y que sepan leer y escribir.

Las primeras familias en ser encuestadas serán las del barrio Tola Grande y luego se escogerán las familias del barrio El Arenal con características similares a las del primer barrio.

5. ¿En qué consiste el estudio? .

El presente estudio compara dos grupos de familias de los barrios seleccionados . Se les aplicará un cuestionario de salud familiar elaborada por la PUCE, una encuesta de estratificación socioeconómica de hogares y un cuestionario de Salud y Bienestar que evalúa la percepción de la calidad de vida en salud que tienen las familias

6. ¿Cuánto tiempo durará su participación en este estudio?

El cuestionario sociodemográfico de la PUCE tiene una duración promedio para contestar de 10 minutos, el cuestionario de estratificación sociodemográfica del INEC le tomará responder 8 minutos y la encuesta de salud y bienestar 10 minutos aproximadamente. En total le tomará 28 minutos aproximadamente contestar todas las preguntas.

7. ¿Cuáles son los riesgos para usted, como participante de este estudio?

Los riesgos que existirían podrían ser incomodidad al momento de contestar las preguntas, por lo que usted puede negarse a contestar cualquier pregunta que le cause incomodidad o se detendrá la encuesta cuando lo desee, sin que implique que sea retirado del estudio.

8. ¿La información o muestras que doy son confidenciales?

Durante todo el estudio se mantendrá la confidencialidad de sus datos. Se aplicarán las siguientes medidas para mantener segura la información que usted nos proporciona:

- La información tendrá un código para proteger su privacidad.
- Las encuestas son anónimas
- Su nombre no será mencionado en las publicaciones o reportes de la investigación.

- La información será entregada al barrio cuando se culmine con el estudio de investigación.
- El Comité de Bioética podrá tener acceso a los expedientes en caso de necesidad por problemas de seguridad o ética en el estudio.

9. ¿Qué otras opciones tengo?

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Si usted elige no participar, o decide retirarse en cualquier momento de la investigación esto no implica que las estudiantes de Enfermería de la PUCE no realicen actividades de salud con su familia.

10. ¿Cuáles son los costos para el participante por ser parte de este estudio?

Usted no correrá con ningún gasto relacionado con este estudio.

11. ¿Me pagarán por participar en el estudio?

Usted no recibirá ningún pago por participar en este estudio

12. ¿Cuáles son mis derechos como participante de este estudio?

Como participante en la investigación usted tiene derecho a conocer los resultados de la misma a retirarse del estudio cuando lo decida, por ser una investigación sin fines de lucro su participación no tiene retribución económica.

13. ¿A quién debo llamar si tengo preguntas o problemas?

Si usted tiene preguntas sobre este formulario también puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito al teléfono 297-1700, ext. 1149, o a la dirección de correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

14. El consentimiento informado:

Comprendo mi participación, los riesgos y beneficios de participar en este estudio de investigación. He tenido el tiempo suficiente para revisarlo y el lenguaje del consentimiento fue claro y comprensible. Todas mis preguntas como participante fueron contestadas. Me han entregado una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento : _____

Firma del investigador

Fecha

(NOTA IMPORTANTE: Este formulario es parecido a la solicitud pero debe estar redactado en un lenguaje muy claro y sencillo, sin incluir términos técnicos ni información que el participante no necesite conocer. Además, una vez lleno deben borrarse todas las instrucciones-guía que se incluyen en paréntesis).



ANEXO 2

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Enfermería
Carrera de Enfermería

CUESTIONARIO DE SALUD FAMILIAR

2.6	¿Algún miembro de la familia tiene discapacidad? Si la respuesta es No o NS/NR, pase a la pregunta 2.7	Sí.....1 No.....2 NS/NR.....99	
1. IDENTIFICACIÓN			
	Nombre del Encuestador:		Madre.....0 Padre.....1 Hijo/s.....2 Hija/s.....3 Abuelo.....4
Fecha de la encuesta: 2.6.1	¿Cual(es) miembro(s) de la familia tiene discapacidad? (Pregunta de respuesta múltiple)	dd / mm / aaaa	Abuela.....5 Otros.....98
1.1	N° Familia:		La Morita.....1 NS/NR.....99 El Arenal.....2
1.2	Comunidad		
1.3	Sector		Auditiva.....0 Física.....1 Intelectual.....2
1.6	Número de casa		Lenguaje.....3 Psicológica.....4
1.6.2	Dirección habitual de la Familia- ¿Que tipo de discapacidad tiene? (Pregunta de respuesta múltiple)		Visual.....5 Otros.....98
1.6	Número de Teléfono de la vivienda - casa o celular		NS/NR.....99
1.7	Apellidos de la Familia		Diabetes.....1
1.8	¿Algún miembro de la familia tiene una de las siguientes enfermedades? Nombre del Jefe de Familia		Hipertensión.....2 Colesterol elevado.....3
2.7	2. DATOS Si la respuesta es No o NS/NR, pase a la pregunta 3		Enfermedades del corazón.....4
2.1	¿Quién es el encargado de la alimentación y cuidado de los miembros de la familia?	Padre..... Madre..... Otro..... NS/NR.....	NS/NR.....99 Madre.....0 Padre.....1 Hijo/s.....2
2.2	¿Cual(es) miembro(s) de la familia que tiene esta enfermedad? ¿Cuántas personas viven en este hogar? (que vivan bajo el mismo techo y coman de la misma entrevistada)		Abuelo.....4 Abuela.....5 Otros.....98
2.3	¿Usted es de aquí? (Si la respuesta es Sí, pasar a la pregunta 2.5)	Sí..... No..... NS/NR.....	NS/NR.....99
2.4	¿De dónde viene usted?		Costa.....1 Sierra.....2 Oriente.....3 Extranjero.....4 NS/NR.....99
2.5	Tipo de familia Nuclear: Padres e hijos Ampliada : Padres, hijos, abuelos , tíos , sobrinos Monoparental: Uno de los padres y sus hijos		Nuclear.....1 Ampliada.....2 Monoparental.....3 Reciente separación.....4 Familia reconstituida.....5 NS/NR.....99

4.1	¿Algún miembro de la familia fuma? Si la respuesta es No o NS/NR, pase a la pregunta 4.2	Sí.....1 No.....2 NS/NR.....99	
4.1.1	¿Cuál(es) miembro(s) de la familia fuma? (Pregunta de respuesta múltiple)	Madre.....0 Padre.....1 Hijo/s.....2 Hija/s.....3 Abuelo.....4 Abuela.....5 Otros.....98 NS/NR.....99	
4.2	¿Algún miembro de la familia consume droga? Si la respuesta es No o NS/NR, pase a la pregunta 4.3	Sí.....1 No.....2 NS/NR.....99	
4.2.1	¿Cuál(es) miembro(s) de la familia consume droga? (Pregunta de respuesta múltiple)	Madre.....0 Padre.....1 Hijo/s.....2 Hija/s.....3 Abuelo.....4 Abuela.....5 Otros.....98 NS/NR.....99	
4.3	¿Algún miembro de la familia consume alcohol? Si la respuesta es No o NS/NR, pase a la pregunta 4.4	Sí.....1 No.....2 NS/NR.....99	
4.3.1	¿Cuál(es) miembro(s) de la familia consume alcohol? (Pregunta de respuesta múltiple)	Madre.....0 Padre.....1 Hijo/s.....2 Hija/s.....3 Abuelo.....4 Abuela.....5 Otros.....98 NS/NR.....99	
4.4	¿Algún miembro de la familia ha sufrido violencia? Si la respuesta es No o NS/NR, pase a la pregunta 5.1	Sí.....1 No.....2 NS/NR.....99	
4.4.1	¿Dónde fue objeto de violencia?	Dentro del hogar.....1 Fuera del hogar.....2 NS/NR.....99	
4.4.2	¿Qué tipo de violencia ha sufrido?	Física.....1 Psicológica.....2 Sexual.....3 NS/NR.....99	
4.4.3	¿Cuál(es) miembro(s) de la familia que ha sufrido violencia? (Pregunta de respuesta múltiple)	Madre.....0 Padre.....1 Hijo/s.....2 Hija/s.....3 Abuelo.....4 Abuela.....5 Otros.....98 NS/NR.....99	
4.5	¿Qué tipo de organizaciones de ayuda familiar existen en su comunidad?	Club madres.....1 Club de jóvenes.....2 Servicios religiosos.....3 Promotor de salud.....4	

		Otros.....98	
		NS/NR.....99	
4.5.1	¿Acude Usted a estas organizaciones?	Si.....1	
		No.....2	

6. SERVICIO DESALUD			
6.1	Conoce sobre los servicios que brinda el Ministerio de Salud Pública?	Sí.....1 No.....2	
6.2	¿Por qué medios, usted y su familia obtienen información para su salud? (Pregunta de respuesta múltiple)	Centros educativos.....1 Vecino.....2 Televisión.....3 Teléfono convencional.....4 Celular.....5 Periódico.....6 Carteles en la tienda del barrio...7 Carteles en la junta parroquial...8 Perifoneo.....9 El centro de salud.....10 Otro.....98 NS/NR.....99	
6.3	En caso de enfermedad, ¿a dónde acude con mayor frecuencia para su atención o la de su familia? (Pregunta de respuesta múltiple)	Centro de salud Tumbaco.....1 Otro CS del MSP.....2 Hospital Yaruquí.....3 Hospital público Quito.....4 Hospital privado.....5 Médico particular.....6 Farmacia.....7 Curandero.....8 Partera.....9 Otro.....98	
6.4	En base a la pregunta anterior ¿Cómo califica Usted la atención recibida en dicho lugar?	Buena.....1 Regular.....2 Mala.....3 NS/ NR.....4	

ANEXO 3



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
Acceso a tecnología		
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

ANEXO 4



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

LISTA DE CHEQUEO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA PRÁCTICA FAMILIAR

NOMBRE ESTUDIANTE:

	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
a	Ayuda al autocuidado NIC 1800		
	Definición: ayudar al paciente a reliazar actividades de la vida diaria		
	Actividades:		
a1	Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.		
a2	Observar la necesidad por parte del paciente para dispositivos de adaptación para higiene personal, vestirse, arreglo personal y alimentarse.		
a3	Proporcionar al paciente ideas que le sirvan para llevar a cabo el autocuidado.		
a4	Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas a su capacidad		
a5	Enseñar a la familia a fomentar la independencia para intervenir solamente cuando el paciente pueda		
a6	Establecer una rutina de actividades de autocuidados.		
b	Fomento del ejercicio NIC 0200		
	Definición:		
	Actividades:		
b1	Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.		
b2	Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.		
b3	Instruir la paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.		
b4	Instruir al paciente en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.		
b5	Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.		
b6	Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.		
b7	Realizar un registro de la actividad.		
b8	Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente.		
c	Escucha activa NIC 4920		
	Definición: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y o verbales del paciente.		
	Actividades:		
c1	Mostrar interés en el paciente.		
c2	Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos sentimientos y		

	preocupaciones		
c3	Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones		
c4	Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas		
c5	Identificar los temas predominantes		
c6	Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación		
c7	Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura)		
c8	Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones		
d	Aumentar el afrontamiento NIC 5230		
	Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana		
	Actividades:		
d1	Disponer un ambiente de aceptación para trabajar con las familias.		
d2	Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación		
d3	Llevar un registro de las necesidades del paciente		
e	Potenciación de la autoestima NIC 5400		
	Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía		
	Actividades:		
e1	Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios		
e2	Animar al paciente a identificar sus virtudes		
e3	Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente		
e4	Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede		
e5	Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos		
f	Apoyo a la familia 7140		
	Definición: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.		
	Actividades:		
f1	Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.		
f2	Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.		
f3	Ofrecer una esperanza realista.		
f4	Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.		
f5	Facilitar la comunicación de inquietudes y sentimientos entre el paciente y la familia, o entre los miembros de la misma.		
f6	Favorecer una relación de confianza con la familia.		
f7	Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.		
f8	Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia, o ayudarles a obtener respuestas.		
f9	Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales, mediante el uso de técnicas de comunicación.		
f10	Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.		

f11	Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia, para resolver problemas.		
g	Potencialización de la socialización NIC 5100		
	Definición: Facilitar la capacidad de la persona para interactuar con otros		
	Actividades:		
g1	Animar al paciente a desarrollar relaciones con otros		
g2	Fomentar relaciones con personas que tengan interes communes		
g3	Fomentar encuentros sociales y comunitarios		
g4	Fomentar el respeto por los miembros de la comunidad		
h	Aumentar los sistemas de apoyo NIC 5440		
	Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos, la comunidad.		
	Actividades:		
h1	Determinar el grado de apoyo familiar		
h2	Determinar el grado de necesidades en salud de la familia		
h3	Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.		
h4	Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas		
h5	Remitir a un grupo de ayuda si se considera oportuno (Centros de Salud, psicología, educación, Centros de equidad y justicia, etc.)		
i	Identificación de riesgos NIC 6610		
	Definición: Identifica riesgos a nivel individual y familiar en su entorno		
	Actividades		
i1	Analiza las condiciones de la vivienda de la familia		
i2	Identifica fuentes de contaminación en la comunidad		
i3	Determina comportamientos perjudiciales para la salud		
i4	Identifica relaciones familiares de riesgo		
i5	Identifica situaciones de consumo de sustancias toxicas		
i6	Identifica signos de violencia en la familia		
i7	Propone alternativas de solución en conjunto con la familia		
i8	Refiere a las familias a centros de ayuda		
j	Educación sanitaria NIC 5510		
	Actividades:		
j1	Instruir al paciente en los cuidados de su salud en base a riesgos detectados		
j2	Instruir al paciente en el manejo de la higiene y nutrición		
j3	Animar al paciente a que eduque a los demás miembros de su familia		
j4	Instruir al paciente en el procedimiento terapéutico a seguir		
j5	Enseñar al paciente signos de alarma del aparecimiento de las enfermedades		

TOTAL			
-------	--	--	--

EVALUADOR:

ANEXO 5

Su Salud y Bienestar

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. *¡Gracias por contestar a estas preguntas!*

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual. ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
▼	▼	▼

- a. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora 1..... 2..... 3
- b. Subir varios pisos por la escalera..... 1..... 2..... 3

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Estuvo limitado en el <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de <u>costumbre</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5